

444
201



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CLASIFICACION DE QUISTES DE ORIGEN DENTAL

T E S I S

Que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

JOSE ANTONIO VANEGAS BOLAÑOS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D. F.

1988



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- DEFINICION
- 2.1.- SIGNIFICADO ETIMOLOGICO
- 2.2.- DEFINICION POR LA ACADEMIA AMERICANA DE PATOLOGIA
- 3.- CLASIFICACIONES
- 3.1.- R.B. LUCAS
- 3.2.- THOMA K.H.
- 3.3.- EDUARD. D. SERRAVALLE
- 3.4.- BERNIER
- 3.5.- G.O. KRUGER
- 3.6.- S.N. BHASKAR
- 3.7.- HENNER HANRICH
- 3.8.- SWAPER
- 3.9.- C.H.S.
- 4.- HISTOGENESIS
- 4.1.- TEORIA FOLICULAR DE BROCA.
- 4.2.- TEORIA DE TAILLIER Y GAUTHIER.
- 4.3.- TEORIA DE PALASSEZ.
- 4.4.- TEORIA DE LERICHE Y COTTE.
- 4.5.- TEORIA DE LICHTH - JOERGENSEN.
- 5.- DEFINICION
- 5.1.- CARACTERISTICAS CLINICAS
- 5.2.- CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS
- 5.3.- PRONOSTICO
- 6.- TRATAMIENTO.
- 6.1.- CIRUGIA DE PARTSCH I
- 6.2.- CIRUGIA DE PARTSCH II
- 7.- ESTUFA DE LOCALIZACION DE LOS QUISTES
- 8.- CONCLUSIONES.
- 9.- GLOSARIO.
- 10.- BIBLIOGRAFIA.

1.- INTRODUCCION- Los tumores de los maxilares de origen dentario abarcan una parte importante de la patología bucal.

Procesos Comunes; Algunos de ellos de diaria presentación, adquiere los aspectos mas distintos, las sintomatologías mas variadas, marchas y evoluciones mas desiguales. Estos tumores por lo general han sido enmarcados bajo el título de "tumores benignos," aunque alguno de estos procesos presentan cierta gravedad clínica (los adamantinomas).

Los tumores de origen dentario se desarrollan a expensas del germen dentario, total o parcial de restos dejados por este germen, o bien del diente adulto pero influido por los restos embriológicos que se pueden encontrar en los maxilares, es importante conocer la odontogénesis para poder comprender perfectamente la génesis de estos tumores odontogénicos.

BROCCA (1868) agrupa a todos los tumores de origen dentario bajo la denominación de "odontomas". BROCCA sostiene que todos los tumores de origen dentario son debido a trastornos del germen dentario, en épocas distintas y durante su desarrollo, y las diferencias que existen entre ellos radican precisamente en la variedad de las épocas de estos procesos patológicos. (teoría folicular de Brocca).

VERNEVIL (1875). también se dedicó con interesantes trabajos, a este tema, VERNEVIL insinúa un esbozo de la teoría paradentaria, con ciertas analogías, a las que -- mas tarde MALASSÉ llega con brillantes y bien fundadas conclusiones. Muchos autores atribuyen a VERNEVIL el honor de haber sido el primero en emitir la teoría para-

dentaria, dejando a MALASSEZ el merito de haberlo demostrado y fundado. Aparecen algunos investigadores que mostran incluso conclusiones al conocimiento de los tumores odontogenicos, sobre todo su ontogenia, ofreciendo cada uno de ellos fundamentos nuevos, completando teorías o presentando nuevos casos.

LOUIS CHARLES MALASSEZ (1842 - 1909) - dirigió sus estudios en el sentido de encontrar el origen de las formaciones epiteliales en los maxilares de los niños en el momento de la segunda dentición y en los maxilares de los adultos, con el objeto de comprobar si en estos últimos - pudiera hallarse algunos vestigios de masas epiteliales. MALASSEZ encontró al rededor de los órganos dentarios, y en su vecindad masas epiteliales que, aunque no presentaban características histológicas bien marcadas, no dejaron de ser interesantes para él, a estos restos epiteliales les dió el nombre de "restos epiteliales de Malassez" los cuales bajo la influencia de ciertas irritaciones pueden proliferar y diferenciarse. Fundando MALASSEZ su teoría de la epatogenia de los tumores de los maxilares.

MALASSEZ - presenta a la "Societe de Biologie" (1874) sus teorías iniciales, en 1885 publica en "Archives de Physiologie" los fundamentos de su trabajo, los cuales resultan la base para explicar la producción de todas las tumorraciones de los maxilares.

2.- DEFINICION:

a) Un quiste se define como una cavidad patológica tapizada por epitelio y que por lo general contiene material líquido o semisólido. (7)

b) El quiste es una cavidad que se presenta en tejidos blandos ó duros con un contenido líquido, semilíquido, o gaseoso.

Esta rodeado por una pared de tejido conectivo ó capsula y suele tener revestimiento epitelial. (9)

CLASIFICACION

3.1.- quistes en el tejido oral

R.B. LUCAS

QUISTES INTRAOSEOS

QUISTES FISURADOS

- 1.- Quiste mandibular
- 2.- Quiste palatino - linea media
- 3.- Nasopalatino
- 4.- Quiste globulomaxilar
- 5.- Quiste nasio - labial

QUISTES ODONTOGENICOS

I.- Del desarrollo

- a) primordial
- b) dentigero

II.-Inflamatorio

- a) radicular

QUISTES NO EPITELIALES

- 1.- Quiste oseo solitario
- 2.- Quiste oseo aneurismatico

QUISTES DE LOS TEJIDOS BLANCOS

- 1.- Quiste salival
 - 2.- Quiste gingival (#)
 - 3.- Quiste dermoide
 - 4.- Quiste branquial
 - 5.- Quiste tirogloso
 - 6.- Quiste nasolabial
- (#) este quiste puede ser de origen odontogenico.

3.2.- CLASIFICACION DE QUISTES

AUTOR; THOMA K.H. 1972

I.- QUISTES ODONTOGENICOS

- 1.- Quiste dentigero
- 2.- Quiste de erupción
- 3.- Quiste gingival en recién nacido
- 4.- Quistes parodontales y gingival lateral
- 5.- Quiste odontogenico queratinizante y calcificante
- 6.- Quiste radicular (periapical)
- 7.- Queratociste odontogenico
 - a) Quiste primordial
 - b) Queratocistes multiples de los maxilares carcinomas vasocelulares nevoide..cutaneos multiples y anomalias esqueléticas

II.- QUISTES NO ODONTOGENICOS Y FISURALES

- 1.- Quiste globulomaxilar (premaxilar-maxilar)
- 2.- Quiste naseoalveolar (nasoalabial de Klestadt)
- 3.- Quiste naseoalantino (maxilar anterior mediano)
- 4.- Quiste mandibular mediano
- 5.- Quistelingual anterior
- 6.- Quiste dermoide y epidermoide
- 7.- Quiste palatino de recién nacido

III.- QUISTE DEL CUESTO, PISO DE BOCA Y GLANDULAS SALIVALES

- 1.- Quiste del conducto tirogloso
- 2.- Quiste linfoepitelial (hendidura branquial)
- 3.- Quiste bucal con epitelio gastrico o intestinal
- 4.- Quiste de la glandula salival
- 5.- Mucocoele y ranula

IV.- SEUDO QUISTES DE LOS MAXILARES

- 1.- Quiste oseo aneurismatico
- 2.- Quiste oseo estatico
- 3.- Quiste oseo traumatico (hemorragico solitario)

3.3.- CLASIFICACION DE LOS QUISTES DE LA BOCA Y LOS MAXILARES

EDWARD V. ZAGARELLI 1972

- 1.- CENTRALES O INTRAOSIOS
 - a) Quiste infeccioso (radicular, periodontal, etc.)
 - b) Quiste del desarrollo:
 - 1.- de la linea media
 - 2.- globulomaxilares
 - 3.- del canal incisivo
 - 4.- nasopalatino
 - c) Quistes neoplasicos
 - 1.- Quiste primordial (folicular)
 - 2.- Quistes dentados
 - 3.- Quistes multicular
- 2.- PERIFERICOS
 - a) Quistes de retención
 - 1.- ranula
 - 2.- Quiste mucoso
 - b) Quiste de desarrollo
 - 1.- dermoide
 - 2.- epidermoide
 - 3.- fisuras branquiales
 - 4.- tiroglosos
 - 3.- ENFERMEDADES ENDOCRISTICAS
 - a) Quiste oseo ideomatico (hemorragico, traumatico, solitario.)
 - b) Quiste oseo aneurismatico
 - c) Quiste oseo latente (estatico de la cavidad lingual)

3.4.- QUISTES DE LA REGION ORAL. (BREMNER 1962)

- A.- Quiste oseo simple
- B.- Quiste oseo aneurismatico
- C.- Quiste odontogenos
 - 1.- FOLICULAR
 - a) simple (primordial)
 - b) lateral (periodontal)
 - c) central (dentigero)
 - d) multiple (multicular)
 - 2.- RADICULAR
 - a) apical
 - b) lateral
 - c) residual
- D.- QUISTES FISURALES
 - 1.- MEDIO
 - a) alveolar palatino
 - b) palatino medio
 - 2.- GLOBULO-FAMILAR
 - 3.- NASOALVEOLAR
 - 4.- NASOPALATINO
 - a) Quiste del conducto incisivo (palatino anterior)
 - b) Quiste de la vaila palatina
- E.- QUISTE POR RETENCION
- F.- TIROGLOSO
- G.- BRANQUIAL
- H.- DERMOIDE

3.5.- CLASIFICACION DE QUISTES

G.O. KRUGER. 1983

CIRUGIA MAXILOFACIAL

A.- QUISTES CONGENITOS

- 1.- tirogloso
- 2.- branquial
- 3.- dermoide

B.- QUISTES DEL DESARROLLO

- 1.- de origen no dentario
 - a) tipos fisurales
 - 1.- nasopalveolar
 - 2.- mediano
 - 3.- del conducto incisivo (nasopalatino)
 - 4.- globulomaxilar
 - b) tipos de retención
 - 1.- mucocele
 - 2.- ranula
- 2.- DE ORIGEN DENTARIO: a) periodontal
 - b) priordial (residual)
 - c) dentigero
 - d) queratoquistes

3.6.- CLASIFICACION S WAIN S.N. BHASKAR

QUISTES ODONTOGENICOS:

- 1.- primordial
- 2.- dentigero
- 3.- multilocular
- 4.- radicular
- 5.- residual
- 6.- queratoquiste odontogenico
- 7.- quiste odontogenico queratinizante y calcificante.

QUISTES NO ODONTOGENICOS

- 1.- palatino mediano
- 2.- alveolar mediano
- 3.- globulomaxilar
- 4.- masoalveolar
- 5.- mandibular mediano

QUISTES NO EPITELIALES (SEUDOQUISTES)

- 1.- traumatico
- 2.- cavidad osea idiopatica
- 3.- hueso aneurismal

3.7.- CLINICA Y TERAPÉUTICA DE LOS QUISTES MAXILARES

HERBERT HARRISCH 1971.

CLASIFICACION DE LOS QUISTES

QUISTES DISGENÉTICOS (por malformaciones)

A.- Quistes del periodo del desarrollo dentario

1.- quiste del liston dentario (sin relación con el organo dentario)

2.- quiste del desarrollo odontogenos sin diente (primordiales)

3.- Quiste de desarrollo odontogenos con rudimentos dentarios (odontomas)

B.- Quistes odontogenos

1.- Quiste de la raiz dentaria

a) quiste radicular

b) Quistes paradentales

c) quiste residual

d) quiste de la denticion temporal

2.- Quiste de la corona dentaria

a) quiste folicular (foliculares tipicos)

b) quistes del molar del juicio de distintos origenes.

C.- QUISTES DISCISTOGÉNICOS

1.- fisurales

a) quiste del antro nasal (Klestadt)

b) quiste globulomaxilar

c) quiste del conducto nasomaxilar

d) quiste palatofisurales

e) quiste mandibulares centrales

2.- quistes del tirogloso (quistes centrales del cuello)

3.- quistes braquiogenos (quistes del conducto braquialquistedel cuello laterales)

a) adenolinfomas quisticos

4.- quistes dermoides y epidermoides

a) teratomas quisticos

D.- quistes por retención

1.- ranula

2.- mucocelos de seno maxilar

3.- ateromas

E.- cavidades oseas solitarias

1.- quistes traumaticos, hemorragicos y quistes oseos solitarios

2.- cavidades osea estaticas

F.- tumores oseos quisticos

1.- osteoclastomas (tumor marron, tumor de células gigantes)

2.- osteodistrofia fibrosa quistica generalizada (morbus recklinhausen)

3.- adamantinomas (ameloblastomas)

3.8.- QUISTES DE ORIGEN ODONTOGENICO

SHAFER 1985

- 1.- quiste primordial
- 2.- quiste dentigero
 - a) quiste del brote
- 3.- quiste periodontal
 - a) apical
 - b) lateral
- 4.- quiste gingival
 - a) del recién nacido (quiste de la lamina dental)
 - b) del adulto
- 5.- queratociste odontogeno
 - a) síndrome de nevobasocelular
- 6.- quiste odontogeno queratinizante y calcificante.

3.9.- CLASIFICACION DE LA O.M.S. (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD) 1986.

A.- DEL DESARROLLO:

1.- ODONTOGENICOS

- a.- Quistes odontogenicos
- b.- quistes de eruccion
- c.- quiste folicular
- d.- quiste alveolar de los niños
- e.- quiste gingival de los adultos
- f.- quiste periodontal lateral del desarrollo.

2.- NO ODONTOGENICOS

- a.- quiste del paladar medio de los niños
- b.- quiste del conducto nasopalatino
- c.- quiste nasolabial

B.- INFLAMATORIOS:

- a.- quiste folicular inflamatorio
- b.- quiste radicular
- c.- quiste periodontal lateral inflamatorio.

4.- HISTOGENESIS

4.1.-TEORIA FOLICULAR DE BROCA: Para BROCA, el origen de los quistes dentigeros reside en el folículo dentario, este folículo sufre una hidropesia, que da como resultado que se origine un tumor (quiste) por cuya razón su bolsa quística se encuentra directamente insertada en el cuello del diente afectado.

BROCA distingue tres periodos en la odontogenesis, a cada uno de estos periodos corresponden tres especies distintas de quistes dentigeros.

I.- PERIODO EMBRIOPLASTICO: Se caracterizó por formaciones histológicas blandas, no diferenciadas, puede actuar cualquier factor que incida en el folículo en formación haciendo desviarse la normal mecanomorfosis hacia formaciones tumorales, el pulso sufre un proceso de atrofia debido al crecimiento excentrico y expansivo del liquido quístico, se tiene de esta manera la tumoración, la cual por consiguiente no presenta tejido dentario de ninguna especie, clinicamente estos quistes no son muy frecuentes.

II.-PERIODO ODONTOPLASTICO: Una vez iniciada la histodiferenciación y el destino de las células del organo del esmalte y de la papila dentaria, con sus células específicas y de función definida, como son los ameloblastos y odontoblastos, el factor irritante actúa sobre el folículo en plena dinamica, dando como resultado una bolsa con tejido dentario sin forma anatomica definida.

III.-PERIODO CORONARIO: Ya formada la corona del diente sin-raiz todavía, rodeada por el saco dentario, resultante de la histodiferenciación del mesenquima, el mecanismo de la formación tumoral puede dar origen a un quiste caracterizado por -

una bolsa conjuntiva (el saco dentario) y epitelial (el epitelio externo del organo del esmalte), incrustado en el cuello de la corona de un diente, por lo tanto no tiene raiz ni puede tenerla, porque el folículo desviado de su función no puede formar la raíz.

4.2.-TELLIER Y GAUTHIER (1905) modifican en algo la teoría folicular de BROCA, sosteniendo que las complicaciones periapicales de los dientes vecinos actúan como causa irritativa a distancia del organo adamantino, sus células bajo el influjo de esta irritación producen un líquido, que distiende y empuja a los elementos, originando así una cavidad quística.

4.3.-LA TEORÍA DE MALASSEZ: MALASSEZ atribuye a los restos epiteliales paradentales un papel importante en la formación de estos tumores, estas células epiteliales despertadas de su letargo por un factor irritativo, se hipertrofian y se asocian, su unión vacuolización posterior dan origen a una cavidad que, aumentando de volumen da lugar al quiste. Este quiste en contacto con un diente retenido, y por mutua atracción, es perforado por el diente que se incrusta exactamente a nivel de su cuello, MALASSEZ no puede admitir que BROCA y FAGITOT den a este quiste un origen folicular sobre todo cuando el diente portador ya posee su raíz formada y calcificada, la corona a salido de la cavidad folicular y se encuentra en una cavidad que es de origen "gubernacular", por su origen, su asiento y naturaleza de su epitelio.

Si un ensanchamiento se realizara en esta cavidad, el quiste resultante no será llamado folicular, es un quiste que merece el nombre de "gubernacular", el mecanismo para la formación de los quistes "gubernaculares" es un ensanchamiento -

por vacuolización de las células del "gubernaculum", da origen al quiste dentro del cual el diente viene a introducirse. La bolsa quística que se encuentra a nivel del cuello del diente, el diente se encuentra colocado en relación a la cavidad quística, de la misma situación que un diente normal con relación a la encía y de la misma manera al saco dentario, transformándose en ligamento, se adosa la encía al cuello del diente así, el saco dentario, por el mismo proceso se adhiere al quiste y al cuello del diente que ha penetrado.

Clinicamente comprobamos que esta teoría no es exacta, ya que no se ha encontrado radiográficamente, ni en la realidad anatómica, al efectuar la intervención de estos procesos, el momento de la conjunción de estas entidades., quiste y diente.

En los dientes que quedan retenidos siempre se comprueba radiográficamente un saco dentario rodeando la corona, a cuya espesa se inicia el quiste, por eso SOIRVILLE dice con justa razón "todo diente incluido es un quiste dentario en potencia". Los quistes dentarios no se dejan nunca atacar por un diente, es tal su poder expansivo que puede absorber las raíces de los dientes que se encuentran en su camino, con la corona de un diente la empuja y desvía hacia límites extremos, cuando se pone en contacto con una raíz esta no puede penetrar dentro de la luz del quiste, sino que la desvía, la desgasta produciendo diastemas.

4.4.-TEORIA DE LERICHE Y COTTE: Los quistes epiteliales pueden considerarse como "enclavomas" dentarios quísticos, se trata de procesos de inclusiones embrionarias, cuyo origen puede ser el folículo dentario, los restos paradentarios de MALASSEZ ó bien el epitelio gingival, dependiendo del caso del "enclavoma" sea mono ó bidermo.

4.5.-TEORIA DE BLOCH-JOERGENSEN.- son quistes paradentarios de los dientes temporales, en los cuales se introduce la corona - del diente retenido, BLOCH-JOERGENSEN tuvieron ocasion de encontrar en cinco años de investigación, veintidos quistes de origen folicular en directa relación con molares temporarios, con caries de cuarto grado y necrosis pulpar, ahora bien, a la teoría de BLOCH-JOERGENSEN se oponen las siguientes razones: los quistes paradentarios de los dientes temporarios son excepcionales, el examen radiografico de los supuestos quistes paradentarios que presenta el autor de esta teoría, no tiene las características de la perfecta limitación y cortical intacta; mas bien parecen infecciones periapicales (osteitis). El diente retenido no se introduce en el quiste, por las razones anteriores, los dientes que no tienen antecesores temporales (primero, segundo y tercer molar), ¿cómo se originan los quistes?

TEORIA DE LANSTON-WEIDEN.- el autor de esta teoría (1909) da las siguientes afirmaciones:

- 1.- Las raices necrosadas de los dientes temporales son una fuente de infección de los folículos de los permanentes.
- 2.- De todos los folículos los bicuspideos (premolares) - sufren con mayor frecuencia degeneración quística, -- por que están cerrados entre las raices bifurcadas de los molares temporales, tienen mayor facilidad para infectarse, cuando estos tienen complicaciones periapicales.
- 3.- Por su puesto los dientes temporales no pueden ser -- culpados de los quistes dentigeros de los molares sin antecesores. Para la infección del folículo del tercer molar debe tenerse en cuenta afecciones amigdaliti-

nas, y periamigdalinas, además de procesos gingivales, tales como estomatitis, gingivitis y aftas (estomatitis aftosa mayores y menores) herpetiformes.

QUERATOUISTE ODONTOGÉNICO DEFINICIÓN

Este término fué utilizado por primera vez por PHILIPSEN en 1956, en tanto que PINDBORG y HANSEN describiéron en 1963, las características esenciales de este tipo de quiste. en la actualidad se está de acuerdo en que, aunque este tenga orígenes diversos, hay un rasgo clínico que asegura su reconocimiento y separación como entidad característica: el índice de residiva es muy elevado.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El queratocuíste odontogénico suele ser considerado como perteneciente a un de las siguientes categorías:

- 1) quiste primordial
- 2) quiste periodontal lateral
- 3) quiste dentigero
- 4) síndrome de quiste odontogénico
- 5) quiste "ideopático de los maxilares"
- 6) posiblemente en raros casos, quiste periodontal o radicular

Algunos de estos quistes, no todos los mencionados pueden presentar queratinización del epitelio de revestimiento. Prácticamente todos los quistes del síndrome nevobasocelular y costilla bifida son queratinizantes.

El quiste primordial es el queratinizado con mayor frecuencia y lo sigue el quiste dentígero.

Algunos estudios indican que entre 3 y 6% de todos los quistes presentan queratinización, mientras que más del 20 % de todos los quistes primordiales son queratinizados. El queratoquiste odontogénico se origina a cualquier edad desde la infancia hasta la ancianidad. En unos estudios realizados, se vio que el 50 % de estos quistes se localizaban en la zona del tercer molar inferior y rama ascendente.

No hay manifestaciones clínicas características del queratoquiste. Entre los rasgos más comunes se halla el dolor, hinchazón del tejido blando y expansión del hueso.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

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

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

La pared quística suele ser delgada, el epitelio es de tipo escamoso estratificado, generalmente con paraqueratosis, aunque en algunos casos presenta ortoqueratosis. La pared del tejido conectivo suele mostrar pequeñas islas de epitelio similar al revestimiento, la luz del queratoquiste suele estar ocupada por un líquido poco espeso de color pajizo ó por un material cremoso más espeso. A veces la luz del quiste contiene gran cantidad de queratina, también puede haber colesterol, así como cuerpos hialinos en zonas de inflamación.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El queratociste ha de ser eliminado por cirugía. sin embargo, la experiencia clínica a enseñado que la erradicación del quiste es difícil por que la pared quística es delgada y - fiable y se fragmenta con facilidad.

BROWN (7), no encontro diferencias significativas en el indice de residiva despues de tres tecnicas basicas de tratamiento de estas lesiones; 1) marsupialización,

2) enucleación y cierre primario

3) Enucleación y mantenimiento abierto por empaquetamiento.

Como en esta lesión la residiva puede aparecer con gran retardo, todos los casos han de ser controlados mediante radiografias anuales, por lo menos durante los primeros cinco años que siguen a la cirugía.

QUISTE PRIMORDIAL; QUERATO QUISTE ODONTOGENICO; QUISTE POLICU- LAR; O QUISTE NEOPLASICO

DEFINICION

Es un quiste que puede ocurrir en el organo del esmalte en un estado temprano del desarrollo, antes de que el esmalte se forme.

Tiende a aparecer en la zona de los terceros molares mandibulares, y muy pocas veces aparecen en otro lugar como en el maxilar y otros dientes.

Es aquel que puede ocurrir en el organo del esmalte en un estado temprano del desarrollo, antes de que el esmalte se forma. (5)

CARACTERISTICAS CLINICAS

Son variables en el tamaño, aparecen generalmente en jóvenes adultos, pero puede presentarse en pacientes viejos. poseen potencial para expandirse en hueso y desplazar los dientes adyacentes por presión. segun shafer aparecen en igual distribución de sexo y cohen dice que aparecen mas en varones que en mujeres.

Su característica principal es que tienden a recurrir despues del tratamiento quirurgico (3).

Representan aproximadamente el 11 % de todos los de la mandibula. la mayoría son asintomaticos, pero conforme pasa el tiempo hay inflamación y dolor.

Toller en 1970 observo que los liquidos de los quistes primordiales tienen una capacidad osmotica mayor que la correspondiente al suero y esto también puede contribuir al creci-

miento expansivo de este quiste como los otros que se originan en la mandíbula.

La asociación de queratocistes múltiples (quiste primordial) con carcinoma baso celular nevoide cutaneo multiple y numerosas anomalías esqueléticas es un síndrome bien conocido con el "síndrome del carcinoma nevoide multiple de células basales". este aparece en 1 de cada 200 individuos es transmitido por un gen dominante autosómico con una elevada penetrancia y una expansividad muy variable. Es frecuente una prominencia frontal y temporoparietal que da al cráneo un aspecto "pagetoides"

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

El quiste primordial aparece como una lesión radiolúcida, redonda u oval y bien delimitada que puede tener un borde esclerótico o reaccional y que puede ser unión multilocular, se localiza debajo de las raíces de los dientes adyacentes o cerca de la cresta del reborde en el lugar de un diente congenitamente.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

En la pared del quiste presenta tejido fibroso recubierto por una delgada capa de epitelio escamoso estratificado. Muchas veces se encuentra una capa de queratina por encima del epitelio.

La forma de queratinización es predominantemente para queratocítica aunque en ocasiones es también ortoqueratocítica y ambas variedades pueden encontrarse en diferentes partes del quiste, existe una capa bien definida que es la capa basal que consiste generalmente en células columnares y en ocasiones cuboidales,

denso de variado espesor que generalmente presenta un infiltrado crónico de células inflamadas superficialmente moderadas, pero mas intenso cuando mas cerca del recubrimiento epitelial del quiste. En zonas no inflamadas dicho recubrimiento esta originado de dos a cinco capas celulares del escamoso o cuboidal bajo.

De forma variable, el recubrimiento esta edematizado e inflamado y las células separadas por el liquido.

TRATAMIENTO

No necesita tratamiento puesto que por lo general el diente erota sin retardo significativo (11). Como ya se había dicho los quistes de erupción son tratados por marsupialización. Se corta el "dorso" exponiendo la corona del diente, que así puede erupcionar (11).

PRONOSTICO

Favorable, ya que no tiende a residivar despues del tratamiento o ya erupcionado el diente.

QUISTE DE ERUCCION, QUISTE DEL BROTE, HEMATOMA DEL BROTE.

D E F I N I C I O N

Es un tipo poco frecuente de quiste dentigero asociado a dientes desiguos de erucción, es una dilatación del espacio follicular normal sobre la corona de un diente causada por la acumulación del líquido histico o sangre, el termino hematoma del brote se debe a la cavidad cística circunscoronaria que contiene sangre que es de color violeta o rojo oscuro. No se conoce la causa de la formación de este tipo de quiste. es raro que el quiste desolase al diente debido a la tensión interna del quiste.

C A R A C T E R I S T I C A S C L I N I C A S

Puede ser uni o bilateral, unico o multiple y existir al nacer, los quistes de erucción producen una blandinhinchazón sobre el diente en erucción, dicha hinchazón puede tener el color normal de la encia o ser azul (11) Raju (8), indicó que los quistes de erucción ocurren con mas frecuencia en mujeres estudios realizados por Clark (8) encontro seis quistes de erucción en 2910 niños, 5 de los cuales eran de raza negra, aun no se ha determinado la importancia de esta observación.

C A R A C T E R I S T I C A S H I S T O L O G I C A S

La superficie esta cubierta del epitelio gingival, esta se halla separada del quiste por una banda de tejido conjuntivo -

son poco frecuentes las células inflamatorias, pero puede haber un pequeño infiltrado de linfocitos y macrófagos. Si la pared del quiste está fuertemente inflamada, el epitelio adyacente puede perder su superficie queratinizada, engrosarse y desarrollar procesos radiculares (11).

La estimación del nivel de proteínas solubles en el líquido aspirado del quiste es una valiosa ayuda en el diagnóstico preoperatorio de los quistes primordiales ya que Toller (1970) creyó que un nivel proteico inferior a 4g/100 m. indica la presencia del quiste mencionado, si dicho valor está por encima de 5 g/ml se sugiere la existencia de otro quiste como el radicular, dentigero, fisural o incluso un ameloblastoma.

TRATAMIENTO

El tratamiento de este quiste consiste en la enucleación quirúrgica con curetado (3). En cambio Broxley en 1971, sugirió que depende de los tres tipos radiológicos que se trate. Si se trata del tipo unilocular y tiene un adecuado acceso debe extirparse intraoralmente, si el acceso es difícil, se llevara un tratamiento en dos fases: 1 primera es "descompensación" y la segunda que es la completa eliminación del área reducida, debe hacerse con mucho cuidado por asegurar que todos los fragmentos han sido extirpados. Estos dos métodos no son recomendados para los multiloculares. Cuando la lesión es pequeña, lo indica la exición de bloque dejando continuidad con la mandíbula; si es grande se hará la exición y se aplicará inmediatamente un injerto óseo. (11)

PRONOSTICO

El quiste tiende a residivar 33 % una vez hecho el tratamiento quirúrgico.

epitelio. De estas posibilidades, solo las dos ultimas seran validas y sobre esta base habria dos formas reconocidas de quiste gingival: 1) el que se origina por degeneracion quística de la lamina dental y 2) el que se origina por la implantación traumática de epitelio superficial.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Cuando se presenta un quiste gingival en el adulto puede haber una historia de hinchazones lentamente crecientes dolorosas o indoloras, estan bien circunscritas, hasta un centimetro de diametro, las lesiones son blandas y fluctuan y los dientes adyacentes generalmente estan vitalizados, esta es una lesión de tejido blando y por lo tanto no se manifiesta en la radiografía por lo general. Si hay una lesión quística circunscrita y radiolucida del hueso alveolar, con cierta tumefacción del tejido blando, es probable que corresponda a un quiste lateral periodontal y no a un gingival.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Este quiste es verdadero, puesto que es una cavidad tapizada de epitelio que suele contener un liquido. El epitelio de revestimiento es por lo general, escamoso, aplanado y muy delgado aun que en el quiste gingival por implantación el epitelio es considerable mas grueso y mas escamoso. En cualquiera de las formas quísticas gingivales puede haber cierta formación de queratina. La lesión esta libre en el tejido conectivo de la encia y puede o no presentar infiltración celular inflamatoria.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

La extirpación quirúrgica local de la lesión es lo recomendado en adultos, la lesión no tiende a residiva, nunca se comunicó la existencia de potencial neoplásico.

(QUISTE LATERAL, QUISTE GINGIVAL LATERAL, QUISTE PERI-FORDIAL LATERAL, QUISTE PERIODONTAL LATERAL.

D E F I N I C I O N

Es un quiste odontogénico raro, pero bien conocido, estos nacen directamente del ligamento parodontal lateral de un diente brotado. (3)

Se ha pensado que este quiste se forma directamente en el ligamento parodontal de restos de melasas. Es aquel que se encuentra dentro del hueso, no tiene comunicación con la cavidad bucal y está en posición con la superficie dental lateral de uno o varios dientes vitales., suele encontrarse en adultos sobre la raíz del canino o premolares inferiores. (11 15,5)

CARACTERISTICAS CLINICAS

La mayor parte de los casos, no han presentado signos o síntomas clínicos y han sido descubiertos durante exámenes radiográficos dentales de rutina. Sin embargo, cuando el quiste es muy grande o cuando su localización es más bucal, puede encontrarse un bulto color normal y de superficie lisa. La infección de un quiste generalmente estéril puede dar lugar a una tumefacción dolorosa de la zona, la formación de un conducto fistuloso con un drenaje purulento. Su patogenia no está clara; algunos investigadores creen que es un verdadero-

quistes primordiales, a partir de un brote supernumerario abortado; otros opinan que crecen a partir de los restos epiteliales de la membrana periodontal y otros lo atribuyen a restos epiteliales de la membrana periodontal y otros lo atribuyen a restos de la lamina dental.

Las características radiograficas son lo suficientemente especificas para permitir establecer un diagnostico seguro.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El quiste periodontal lateral esta cubierto por un estrecho epitelio que queratinizado, que se asemeja al del esmalte reducido es una idea sugerir que se origina inicialmente como un quiste dentifero por expansion de un folículo a lo largo de la superficie lateral de la corona (11).

El quiste es un saco hueco con la pared del tejido conectivo revestido, en la superficie interna de una capa de epitelio escamoso estratificado. Este epitelio suele ser delgado y ofrece pocos signos de proliferación (3).

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Este quiste es enucleado, no es necesario extraer el diente afectado. el pronostico es favorable y que no tiende a residual.

QUISTE DEL CONDUCTO NASOPALATINO, QUISTE DEL CONDUCTO INCISIVO, QUISTE DE LA PAPILA PALATINA.

D E F I N I C I O N

Los quistes que se originan en el conducto nasopalatino comprenden cerca del 54 % de los quistes no odontogénicos y no epiteliales (pseudoquistes) de los maxilares. Se dividen en dos grupos: el quiste de conducto incisivo y el quiste de la papila palatina, según que el quiste se localicen la papila incisiva o en el conducto nasopalatino.

C A R A C T E R I S T I C A S C L I N I C A S

Puede ser asintomático o reducir una elevación en la parte anterior del paladar la tunica mucosa es normal, y los dientes de la zona son vitales. Se presenta en la edad adulta generalmente.

La localización habitual es casi siempre detrás de los dientes anteriores del maxilar superior.

C A R A C T E R I S T I C A S R A D I O G R A F I C A S

Las radiografías muestran una zona radiolúcida circunscrita en la parte anterior del maxilar, por lo general la "sombra" de la esina nasal anterior se superpone a la radiolucencia comunicando a esta un contorno en forma de corazón.

El quiste se sitúa por encima y detrás en relación con la localización habitual del quiste alveolar mediano. El quiste de la papila palatina no produce, por lo común, ninguna imagen radiolúcida. Sin embargo, si erosiona el hueso de la superficie palatina, podrá verse la zona radiolúcida co-

respondiente.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Microscopicamente los quistes nasopalatinos muestran un revestimiento de epitelio respiratorio y/o escamoso estratificado, presencia de glándulas mucosas y nervios en la pared de tejido conectivo, lo que distingue a esta lesión de otros quistes e infiltración de linfocitos y plasmocitos en dicho tejido.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

La enucleación y el raspado es el tratamiento para esta lesión, el pronóstico es excelente siempre y cuando se haga una correcta enucleación.

QUISTE NASOLABIAL QUISTE NASOALVEOLAR

D E F I N I C I O N

Se trata, en realidad, de un quiste de los tejidos blandos, pero se le incluye en este grupo simplemente porque es de origen fisural y porque a veces produce resorción de hueso. Es uno de los menos comunes entre los quistes no odontogénicos y no epiteliales (seudokuistes) de los maxilares y componen de tan solo cerca del 2.5 % de esas lesiones. El quiste NASOALVEOLAR suele observarse en la raza negra y se localiza en la base de las narinas, ocasiona una tumefacción que puede verse y palparse debajo del labio superior, así como en el piso nasal, todos los dientes de la región poseen vitalidad.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

Las características radiográficas no muestran ninguna alteración ósea, Sin embargo puede aparecer una radiolucencia si el quiste produce una resorción ósea por presión desde el lado del periostio. Las características microscópicas son iguales a la de los quistes medianos y globulomaxilares.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Este quiste microscópicamente presenta una bolsa revestida de epitelio escamoso.

PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

El tratamiento de este quiste es quirúrgico, es la escisión, el pronóstico es excelente siempre y cuando se lleve a cabo una correcta intervención.

QUISTE PERIODONTAL APICAL, QUISTE RESIDUAL, QUISTE RADICULAR,
QUISTE PERIAPICAL, QUISTE INFECCIOSO.

D E F I N I C I O N

Es un quiste que surge de los residuos epiteliales en el ligamento periodontal a consecuencia de una inflamación, que se sigue de la necrosis pulpar (11).

El término de quiste residual se usa para referirse al quiste radicular que se cree se deja cuando el diente causante de su desarrollo se extrae (9).

Otra definición es que el termino residual se aplica a un quiste periodontal que permanece despues de la extirpación dental o se forma ulteriormente, aunque este termino puede ser también utilizado a cualquier quiste de el maxilar (y mandibula) que permanece sin causa aparente luego de un procedimiento quirurgico (3).

CARACTERISTICAS CLINICAS

El quiste puede no apreciarse clinicamente, ya que a veces faltan totalmente los signos clinicos, los quistes radiculares y residuales son los mas frecuentes de la mandibula, comprenden el 58 % de todos estos quistes.

Tienen una amplia distribución por edades, pero se ven pocos casos en la primera decada, en la cual existen un crecimiento bastante rapido con una incidencia maxima en la tercera y cuarta decada, existe una incidencia mayor en varones con respecto a las mujeres, se presenta en toda las areas dentarias, aunque un 60 % se encuentran en el maxilar y un 40 % en la mandibula, a veces las manifestaciones clinicas del quiste radicular consisten en una masa tumoral carnosa, de superficie lisa, blanda en la que se observa un conducto fistuloso por el que sale un exudado purulento o seropurulento al exprimirlo, al unos quistes son completamente asintomaticos, mientras que otros producen dolor, hipoestesia o malestar. Muchos quistes radiculares son de tamaño discreto (1 a 3 cm. de diametro) y su forma suele ser redonda u ovalada, pero son frecuentes las variaciones de forma y tamaño.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Radiográficamente es difícil distinguir un pequeño quiste radicular de un granuloma periapical o de un absceso crónico, las lesiones son generalmente zonas traslucidas redondas u ovoides redondeadas por un margen estrecho radiopaco que puede extenderse desde la lamina dura del diente involucrado, un quiste radicular sobre el margen lateral de una raíz asociado a un canal radicular accesorio debe diferenciarse de un quiste lateral periodontal.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Los quistes radiculares están cubiertos completa o parcialmente de epitelio escamoso estratificado, variando en espesor desde las 50 capas celulares. En los quistes radiculares se ven raras veces recubrimientos queratinizados pero cuando morfológicamente ocurre esto, son diferentes de los que se ven en los quistes primordiales, frecuentemente se encuentran células mucosas ciliadas en los recubrimientos epiteliales, es probable que proceden de una metaplasia. Se ven en los quistes del maxilar y la mandíbula. En un 10% aproximado de estos quistes es posible encontrar cuerpos de hialina en los recubrimientos, pero solo raras veces en la capsula fibrosa, se ha informado de cierto número de casos bien documentados que indican que el carcinoma escamoso puede surgir del recubrimiento epitelial del quiste radicular y otros de tipo odontogénico (11).

No hay ninguna prueba de que el epitelio del quiste radicular este sometido a algun riesgo, y por consiguiente, no hay justificación para considerar estos quistes como necancerosos.

TRATAMIENTO

Hay dos formas de tratamiento quirurgico para los quistes radicales, enucleación y marsupialización. El diente desvitalizado responsable debe ser extraido o bien se realizará una obturación radicular con amicentomía.

PROGNOSTICO

Es favorable, siempre y cuando se haga el debido tratamiento.

QUISTE ALVEOLAR DE LOS NIÑOS, QUISTE ALVEOLAR MEDIANO DEFINICION

Los quistes palatino mediano y alveolar mediano son los quistes de la línea media del maxilar superior; comprenden tan solo cerca del 7.5% de los quistes no odontogénicos y no epiteliales (seudoquistes) de los maxiliares.

El termino quiste medio palatino o palatino mediano se aplica a una lesión que se presenta en la línea media del paladar, mientras que se emplea la denominación de quiste alveolar mediano para referirse a una lesión cerca del proceso alveolar inmediatamente por detrás de los incisivos centrales. Ambas lesiones se originan a partir de las células epiteliales que quedan aprisionadas en la línea media del maxilar durante el desarrollo.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Las dos lesiones se presentan como una tumefacción sólida en la línea media del paladar. La túnica mucosa puede ser palida o blanqueada, pero siempre esta intacta no hay ulceración, las lesiones son indoloras pero pueden causar molestias durante la masticación y fonación.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

Este quiste presenta radiográficamente, una zona radiolucida solitaria en la línea media del paladar, detrás de la papila incisiva: es asintomático o puede producir tumefacción en el paladar, mientras que el quiste alveolar mediano presenta una zona radiolucida solitaria, circunscrita en la parte anterior de la línea media del paladar; asintomático o puede producir tumefacción los dientes vecinos se encuentran vitales.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Los cortes microscopicos preparados a partir de cualquiera de esas lesiones, muestran un quiste revestido de epitelio - columnar ciliado (respiratorio), escamoso, estratificado o seudoestratificado. En algunos casos, pueden observarse arbo tipos de epitelio, la cavidad quistica contiene restos celulares, líquido o queratina, el tejido conectivo periepitelial puede mostrar una leve infiltración linfocitica y plasmocitica.

TRATAMIENTO

Los quistes palatino mediano y alveolar mediano se tratan simplemente por enucleación.

PRONOSTICO

Excelente siempre y cuando se realice adecuadamente la enucleación.

QUISTE GINGIVAL DEL ADULTO

DEFINICION

Es un quiste que posee tejido blando gingival que aparece en la encia libre o incertada. no tiene relación con el quiste lateral. Son aquellas lesiones que no se comunican con los dientes.

Ritchey y Orban (12), han revisado la etiologia de esa lesión y sugirieron que las posibles causas de las formaciones quisticas eran: 1) tejido glandular heterotopico. 2) alteraciones degenerativas en un brote epitelial proliferante. 3) restos de la lamina dental, del organo del esmalte o islas epiteliales del ligamento periodontal. 4) implantación traumatica del -

QUISTE PERIODONTAL LATERAL, QUISTE LATERAL PERIODONTAL

Es un quiste que muestra una peculiar predilección o presentarse la región de los caninos y premolares de la mandíbula, aunque también se ha encontrado en otras localizaciones. - Su patogenia no está muy clara; algunos investigadores creen que es un verdadero quiste primordial, a partir de un protodentado supernumerario abortado; otros opinan que crece a partir de los residuos epiteliales de la membrana periodontal; y aun otros lo atribuyen a restos de la lamina dental.

Muchas veces no hay signos clínicos: la mayor parte de estos quistes se descubren en el curso de una exploración radiográfica habitual, sin embargo cuando el quiste es muy grande o cuando su localización es muy bucal, puede encontrarse un bulto de color normal y de superficie lisa. La infección de un quiste generalmente estéril puede dar lugar a una tumefacción dolorosa de la zona, a la formación de un conducto fistuloso con un drenaje purulento, o ambos.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

Las características radiológicas son las suficientemente específicas como para permitir establecer un diagnóstico seguro, las características de las lesiones son notables: la zona radiotransparente, que puede ser de forma redondeada pero que a menudo es ovalada o elíptica, se localiza generalmente en la zona mandibular de los caninos y de los premolares; su extensión suele limitarse a la zona situada entre las raíces de los dientes contiguos, extendiéndose muy pocas veces más allá de sus ápices; generalmente es de tamaño pequeño, con brotes bien delimitados, y a veces rodeado de una zona esclerótica. Muy pocas veces el quiste ofrece la suficiente fuer-

za expansiva como para desplazar a los dientes vecinos!

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El saco del quiste se compone de un recubrimiento de epitelio escamoso estratificado y una pared de tejido conjuntivo.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El diagnostico se suele basar en las características radiograficas, pero es esencial la extirpación quirúrgica seguida de un estudio histológico ya que los ameloblastomas pequeños pueden presentar un cuadro parecido.

6.- TRATAMIENTO

6.1.- CIRUGIA DE PARTSCH I

La técnica del método de PARTSCH está indicada en aquellos quistes de tamaño mediano en los cuales la enucleación de la bolsa mostraría en terreno patológico trastornos por parte de hueso (hemorragias, fracturas, comunicación a seno maxilar) y por parte de los órganos dentarios (lesión de la pulpa de dientes vecinos).

Las ventajas que presenta la técnica de PARTSCH son la sencillez de ejecución: buena visualización de la cavidad; la superficie ósea queda cubierta en toda su extensión por epitelio; se evita la infección (osteomielitis) y la lesión de los dientes vecinos (por conservar intacta la bolsa quística). Las desventajas que presenta la técnica de PARTSCH se deben tomar en cuenta y son las siguientes: el epitelio quístico es una estructura patológica que debe ser eliminada, por que puede sufrir transformaciones neoplásicas ameloblásticas; la integridad histológica de la membrana quística no es siempre absoluta; en muchos casos, el quiste está infectado y la membrana degenerada, siendo a sí su conservación es problemática; la cavidad artificial creada permite la acumulación de alimento y líquidos bucales a pesar de las contraindicaciones arriba señaladas la técnica de PARTSCH y tiene sus formales indicaciones, sobre todo en el maxilar superior. La conservación de la bolsa, reglada por medios quirúrgicos asociados, puede ser de gran utilidad para defender la cavidad sinusal en peligro o para reformar el piso de los corredores nasales, debilitado por un proceso quístico.

PASOS DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

- 1.- INCISION
- 2.- DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO
- 3.- OSTOTOMIA
- 4.- TRATAMIENTO DE LA BOLSA QUISTICA
- 5.- TRATAMIENTO DEL FONTE CAUSANTE
- 6.- TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES Y DIENTES VECINOS

1.- INCISION: La incisión se traza siguiendo los límites del del quiste sobre la cara vestibular, con una incisión de tipo circular. La incisión debe situarse en un lugar equidistante, entre el surco gingival y el borde libre de la encía.

La incisión se inicia en un punto distal a la lesión quística llegando desde ahí hacia mesial (puede utilizarse la incisión de PARTSCH o NEUMANN), en tal caso se secciona posteriormente el colgajo, detalle de mucha importancia pues si el quiste no es abierto completamente, el aplastamiento del mismo no se produce, siendo posible la recidiva de la lesión, la incisión debe ser profunda hasta llegar al hueso cortando periodonto y periosteo, en caso aunque los quistes se ha exteriorizado por la erosión de la tabla externa y la bolsa quística esta por lo tanto en íntimo contacto con el periosteo, hay que tener la precaución de no abrir extemporaneamente el quiste -- porque la maniobra de desprendimiento y separación de la bolsa quística y el periosteo es muy simple, por la dificultad de individualizar la pared quística.

2.- DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO: Este tipo quirúrgico se realiza con una legra pequeña o con una escotula roma, se toma el labio superior de la fibromucosa incidida con una pinza de disección o de dientes de ratón o bien con una pinza de KOCHER, esto para facilitar la separación del colgajo de su base ósea o de la bolsa quística, según el caso. se inicia la maniobra desde el centro del arco; la pinza se sostiene con la mano izquierda y la legra con la derecha, se separa el colgajo con movimientos suaves, con preferencia a expensas de la mucosa, tratando de no romper la bolsa quística; el labio del paciente debe mantenerse levantado con un separador de FARABEUF u otro similar, para evitar molestias al paciente en el curso de las maniobras operatorias (este separador es sostenido por el ayudante). El colgajo debe levantarse hasta los límites superiores del quiste (límites que son fijados radiográficamente).

En caso de erosión ósea, el colgajo debe ser separado hasta localizar hueso sano, en algunas ocasiones más allá de los límites preestablecidos radiográficamente. el hueso muy "dehiscente", puede fracturarse o bien necrosarse y al actuar como cuerpo extraño y genera una osteomielitis que dura mucho tiempo y por lo tanto exige una nueva operación, para eliminar el secuestro óseo.

OBSERVACIONES

En caso de realizarse la incisión de PARTSCH o NEUMANN, se retira el separador que mantiene levantado el labio y se coloca sosteniendo el colgajo, así; el campo operatorio quedará visible y no se lastimará el colgajo en maniobras operatorias subsiguientes.

3.- **OSTEOTOMIA:** La eliminación del hueso que cubre al quiste puede hacerse con diversos instrumentos, aplicables según el caso y grado de destrucción de la estructura ósea, en caso de que el hueso este muy destruido puede ser seccionado con un bisturí para hueso, y cuando parcialmente esta destruido se completa la enucleación con pinza gubia, si el hueso es firme y sólido, debe practicarse la osteotomía con escoflo o fresa, el escoflo es sostenido firmemente con la mano izquierda y golpeado con el martillo; la fresa quirúrgica da buenos resultados y es menos traumática que el escoflo, se recomienda una fresa quirúrgica de fisura del número cuatro o seis se practican orificios que coincidan con el diámetro del quiste, la tapa ósea se extrae con pinza gubia o bien con el mismo escoflo y en presencia de la bolsa quística se toma esta con una pinza COOPER, y con el bisturí se hace ampliamente toda la extensión del quiste, una vez retirada la tapa ósea del quiste, se vacía su contenido y se procede a lavar el interior de la cavidad con suero fisiológico. Es importante el uso de una solución isotónica al plasma celular para no producir lesiones en el epitelio quístico, sin embargo hay cirujanos que practican ligeros lavados con alcohol en el interior de la bolsa quística, utilizando también y otros medicamentos, si el epitelio se ha despegado de su inserción ósea se vuelve a adosar con la torunda de gasa, algunos cirujanos acostumbran a suturar el tejido gingival a la periferia de la bolsa quística. La adherencia de ambas entidades se produce con facilidad, siempre que se haya tenido precaución de no dejar tejido óseo entre ellas.

4.- TRATAMIENTO DE LA BOLSA QUISTICA: Para evitar los inconvenientes antes señalados HOFER, HOPFAT, BRANDT, STEIN, WEISEM, y HESSE, (cirugía maxilofacial - RIE CENTENO), recomiendan un tapón de "STEN" el cual obtura la cavidad y el cual debe ser retirado por la noche, para que actúe la presión negativa del aire de la cavidad bucal. En caso que se utilice este tapón se usa con gasa yodoformada, esta debe envaselinarse para evitar que se adhiera a los tejidos y pueda ser retirada fácilmente. En la técnica del método de PANTUCCI es necesario colocar dentro de la cavidad quística poca gasa por que no se utiliza como medio hemostático, el colgajo gingival está aun mantenido con el separador se retira el instrumento y el colgajo se introduce a la cavidad donde quedara mantenido por la gasa, ambos tejidos se adhieren íntimamente, mas adelante se comentará que por medio del método de WASHBURN se aprovecha esta adherencia de fibromucosa y mucosa quística para evitar aberturas exteriorizadas o bien reforzar órganos vecinos. La cantidad de gasa que se necesita para obturar la cavidad debe estar en proporción con el volumen de la misma.

WASHBURN aconseja evitar hacer el taponamiento con excesiva presión, para no producir "esfacelos" por compresión excesiva del colgajo gingival o bien de la bolsa quística esta gasa se debe remover cada veinticuatro horas, dependiendo del mayor o menor tiempo de permanencia en la cavidad del estado del material, si se infecta y da mal olor se debe retirar con mas frecuencia. Cada cambio de gasa exige un cuidadoso lavado de la cavidad quística con suero fisiológico ó con una solución de fenol alcanforado, se seca con gasa y se vuelve a obturar con cantidades cada vez menores.

La pinza balloneta facilita mucho la maniobra de obturación.

- 5.- TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE: El diente causante portador de una granjena pulnar, no puede ser conservado, - sin el peligro de una nueva infección del quiste. dos son los caminos a seguir; el tratamiento radicular y la apicectomía, o su extracción, muchos dientes pueden ser conservados por el metodo del tratamiento y la apicectomía, la esterilización y obturación del conducto debe hacerse en sesiones previas a la operación. La amputación del apice radicular, en el metodo de PARSONS EXIGE CIERTA -- DESTREZA, por la sección del apice debe hacerse con la conservación de la bolsa quística cuidadosamente y por la brecha ya creada, para este fin se levanta la bolsa quística cuidadosamente, se le separa del apice en cuestión se sostiene alejada con una gaza, se bruñe el cuerpo obturador del conducto, se eliminan los restos de dentina que pudieran quedar con el fresado de la raíz, se retira la torunda y se devuelve la bolsa quística a su sitio; si se ha optado por la extracción del diente, es preferible realizar esta, dias antes de la intervención quirurgica, teniendo cuidado de no fracturar a al hueso alveolar; por las consecuencias esteticas y funcionales que pueda acarrear, hay menor riesgo de fractura si aun estan conservadas las partes blandas y el hueso que cubre al quiste y que es parte del tabique bucal del alveolo. Con todo, la extracción no programada correctamente puede acarrear la apertura intempestiva del quiste, por lo tanto la extracción esta condicionada por el estado del maxilar, que se pueda observar radiográficamente y al criterio del cirujano que opera.

6.- TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES Y DIENTES VECINOS: Con el metodo conservador de PARTSCH, no hay que temer por la integridad del seno del maxilar, ni de las fosas nasales. La membrana quística actua como un telon de seguridad -- que defiende estos organos, siempre y cuando el tabique que separa al quiste del antro sea lo suficientemente resistente, si el hueso separador no existe, es decir si este en contacto bolsa quística y membrana nasal o sinusial en una extensión de un diametro mayor a un centimetro, la operación no debe terminarse como PARTSCH I, sino que hay comunicar ampliamente al quiste con el organo vecino del que se trate y suturar la incisión en arco, con la que se inició la cirugía.

Los dientes vecinos desviados por el crecimiento expansivo del quiste han de ser conservados durante un tiempo prudente, con el objeto de no fracturar la porción alveolar y no crear "golfos quirurgicos" en el ^B borde alveolar que resultan molestos estetica y funcionalmente hablando.

7.- TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.- El tratamiento postoperatorio consiste en los sucesivos cambios de la gasa yodoformada y lavados de la cavidad quística con suero fisiológico o con solución alcoholica de fenol alcanforado, este tratamiento es largo y molesto en ello reside uno de los inconvenientes de este metodo, despues de una vigilancia de veinte a treinta dias por parte del cirujano, se deje la cavidad abierta, sin gasa, el paciente debe encargarse del cuidado de su cavidad, practicandose el mismo lavados con una jeringa heróclada o con el vaporizador de DE BILFIS.

7.3.- CIRUGIA DE PARTSCH II

El metodo radical de PARTSCH consiste en la plena enu-

elección de la bolsa quística: la cavidad osea que la aloja queda por lo tanto vacía, y el mecanismo de su relleno se hace de dos maneras;

A) METODO DE PARTSCH II CON SUTURA

B) METODO DE PARTSCH II SIN SUTURA

A) METODO DE PARTSCH II CON SUTURA: La cavidad osea se llena de sangre para que de la organización del coágulo dependa la osificación, es este metodo, la cavidad se tapiza lentamente de epitelio y por un mecanismo análogo, por el cual se "asolana" el quiste en el metodo de PARTSCH I, tiene lugar la regeneración de las cavidades patológicamente creadas por el proceso quístico.

METODO DE PARTSCH II CON SUTURA:

Indicaciones: Todos los quistes dentígeros y radicales de un diametro no mayor de tres centímetros.

TIEMPOS QUIRURGICOS:

1.- INSICION

2.- DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJE Y TEJIDO GINGIVAL

3.- TREPANACION OSEA

4.- ENUCLEACION DE LA BOLSA QUISTICA

5.- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD VESINA

6.- TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE.

7.- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.

8.- SUTURA.

9.- TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

1.- INSICION: En la región vestibular, mas o menos a la altura de los apices dentario, se efectua a bisturí la insición, la cual debe abarcar una extensión mayor que los límites del proceso, y en profundidad debe lle

Ir hasta el tejido óseo, tomando las precauciones pertinentes para evitar que el bisturí lesione la -- bolsa quística (en caso de encontrar el tejido óseo -- muy adelgazado y "papiracio" el ayudante seca el -- campo con una gasa y se toman los bordes de la herida con pinzas de cocher).

Se recomienda utilizar la insisión de NEWMANN, la -- cual ofrece en caso de necesidad la epicectomía, en -- el caso de utilizar la insisión de PAITSCHE, si se -- quiere terminar la operación con sutura, la herida -- debe descansar sobre tejido óseo sano.

2.-DESPRENDIMIENTO DEL TEJIDO GINGIVAL Y CONFECCION DE -- LOS COLGAJOS: Con espátulas de "FISCH", periostotomo, -- se procede a separar con especial cuidado el tejido -- gingival de su inserción en el hueso, este desprendi -- miento debe abarcar un límite mayor que la extensión -- del proceso quístico, en caso de que el tejido óseo -- que cubre el proceso quístico se encuentra destruido -- por la invasión del quiste, el desprendimiento del te -- jido gingival debe realizarse hasta encontrar hueso -- sano y sólido.

3.-TREPANACION OSEA: En este tercer tiempo quirúrgico el -- cirujano puede encontrarse a dos situaciones distin -- tas: el tejido óseo está sano, como sin modifica -- ción de sus límites (abombamiento de la tabla externa) -- ó se encuentra destruido, en este caso la fibromucosa -- está directamente en contacto con la vaina conjuntiva -- del quiste.

En el primer caso, para llegar al quiste, es necesaa -- rio trepanar el tejido óseo, (se utiliza escoplo, mar

tillo y pinzas gubias), se fabrica una ventana osea en la tabla externa con pinzas gubias o de lombard, se aumentan diametro de la ventana osea, cuya extensión debe ser igual o mayor que los limites del quiste.

En el segundo caso, cuando la tabla osea externa ha desaparecido, sera suficiente agrandar la avertura patológicamente creada por el proceso, por lo que hay una amplia visión del contenido oseo.

- 4.- ENUCLEACION DE LA BOLSA QUISTICA: Esta maniobra quirúrgica tiene por objeto disminuir el volumen del quiste, e impedir el vuelco del contenido quístico en la boca del paciente, se pincha la bolsa quística con una aguja de calibre mediano y se hace la succión del liquido quístico (con jeringa de vidrio), despues del vaciado se secciona la pared con bisturi o tijeras y se realiza la limpieza del contenido quístico por medio de troços de gasa, o bien con el eyector, estando todo listo para practicar el tiempo mas importante de la intervención que es el de la enucleación de la bolsa quística. se toman los bordes de la incisión de la bolsa quística con pinzas de KOSHER o de CHAMPET (dos para cada borde) de esta manera, es posible, tener un perfecto dominio de la tumoración, la enucleacion de la bolsa quística se realiza siguiendo los limites superiores en primer termino, para que en seguida se realicen en la porción inferior, con esto se consigue desprender en su totalidad la membrana quística, por lo que solo queda adherida el cuello del diente productor del quiste, esta "gollilla quística" debe ser enucleada con prolijidad, hay varias vias para ha

cerlo, raspado de la misma por vía alveolar des pues - de extraído el diente causante, ó por la brecha opera- toria, extraída en su totalidad la bolsa quística, se practica la hemostasis de la cavidad osea con gasa.

- 5.- TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES VECINAS: Cuando estos - tumores invaden las cavidades vecinas, seno maxilar, - fosas nasales, bóveda palatina, hay que realizar el - tratamiento de ellas, modificadas en su estructura y - relaciones por el avance del proceso.
- 6.- TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE: Con respecto al - - diente causante del proceso patológico son dos las - - conductas a seguir, teniendo ambas la misma finalidad: la suresión del foco infeccioso, estas dos conductas son: la extracción del diente causante la cual ha de efectuarse de inmediato o bien la resección quirúr- gica de su apice, la cual se logra con un simple golpe de martillo, o bien la apicectomia con fresas quirúr- gicas.
- 7.- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA: Una vez terminada la enucleacion de la bolsa quística, el tratamiento de - las cavidades vecinas y del diente causante de la in- feccion, se procede a revisar detenidamente la cavidad que aloja el quiste, se provoca una hemorragia ligera de las partes blandas vecinas raspando con una cuchara- rilla.
- 8.- SUTURA: Este tiempo quirúrgico exige rigurosa asepsia de la operación; que el conulo y la cavidad osea no se contaminen con saliva o el medio ambiente.

bucal, si se toman estas precauciones se habra llevado al maximo dentro de las posibilidades de la cavidad oral, las condiciones favorables para mantener la esterilidad del coagulo sanguineo, si este coagulo sanguineo se infecta, dando sintomas claros como dolores, tumefacciones, enrojecimiento local, repercusion sobre el estado general del paciente, - se cortan los puntos de sutura, se abre ampliamente la cavidad despegando los labios de la incision y se trata como cavidad abierta.

Lavados con suero fisiológico y taponamiento con gasa yodoformada, si se temiera por la integridad del coagulo, sobre todo en cuistes grandes, se puede colocar una mecha de gasa entre los puntos de sutura como drenaje del hematoma, se retira a las veinticuatro o cuarenta y ocho horas y no se vuelve a repetir, el material que se utiliza como sutura es el hilo comun de nilo, la seda, o el nylon, los puntos deben distar entre sí de medio a un centimetro, este detalle es fundamental, en estas operaciones como en epicectomia la sutura debe descanzar sobre base ossea por eso la incision debe crever en lo posible esta ubicacion, los puntos se retiran al sexto u octavo dia.

- 9.- TRATAMIENTO POST - OPERATORIO: Una vez termina la intervencion quirurgica se traslada a el enfermo a su casa, donde guardar reposo, por lo menos el dia de la operacion; el enfermo debe permanecer serisento, descansando con varias almohadas colocadas de tras de la cabeza.

QUISTES DEL MAXILAR INFERIOR: El tratamiento de los quistes del maxilar inferior sigue, con ligeras variantes, el plan arriba comentado para el tratamiento de los quistes del maxilar superior (sean paradentarios u odontogénicos) La vía de acceso para estos tumores puede ser vestibular o vestibular combinada con la vía vestibular agrandada, - debido a los escasos límites de la mandíbula, hay que utilizar muy a menudo la vía alveolar como complemento.

TIPOS QUISTICOS:

- 1.- INCISION
- 2.- DESPRENDIMIENTO DE LA FIBROUCOSA
- 3.- TRASPANACION OSEA
- 4.- ENCLASION DE LA BOLSA QUISTICA
- 5.- TRATAMIENTO DE LOS DIENTES VECINOS
- 6.- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA
- 7.- SUTURA

1.- **INCISION:** Los límites, dirección, tamaño, de la incisión, variaran de acuerdo con la localización del quiste.

2.- **DESPRENDIMIENTO DE LA FIBROUCOSA:** Con la misma técnica que se utiliza para el maxilar, se preparan los colgajos. El colgajo se mantiene con un separador de Parabeuf que sostiene el ayudante.

3.- **TRASPANACION OSEA:** en este tercer tiempo quirúrgico se puede encontrar dos situaciones distintas: o bien el tejido óseo está sano, con o sin modificación de sus límites (abombamiento de la tabla externa); o se encuentra destruido, en este caso la fibroucosa está en contacto directo con la vaina conjuntiva del quiste.

En caso de que la entidad patológica presente el tejido óseo sano, para llegar al tumor quístico es necesario - trepanar el tejido óseo. Esta trepanación se realiza - con martillo, escoplo, y pinzas gubias, se fabrica una - ventana en la tabla externa.

Con pinzas gubias o de lombard se aumentan los diámetros de la abertura ósea, cuya extensión debe ser igual o ma - yor que los límites del quiste.

En caso que la entidad patológica se encuentre destruida la tabla externa y la fibromucosa este en contacto direc - to con la vaina conjuntiva del quiste sera suficiente a - grandar con pinzas gubias, la abertura patológica creada por el proceso.

4.- ENUCLEACION DE LA BOLSA QUISTICA: Se procede en es - te tiempo quirúrgico con la técnica que ya a sido señala - da para el maxilar superior: (vaciar el contenido quísti - co con jeringa, desprendimiento y extracción de la mem - brana).

Aunque solo hay una variante de importancia, y esta resi - de en las relaciones que puede tener el proceso con el - paquete neuromuscular, en caso de íntima fusión (situación que no se presenta muy a menudo), es necesario efectuar - una buena disección, con el objeto de separar a ambos e - lementos.

5.- TRATAMIENTO DE LOS DIENTES VECINOS: Este tiempo o - peratorio tiene las mismas indicaciones que las que se - comentan para el maxilar superior.

6.- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA: Se procede de la misma manera que con el maxilar superior.

7.- SUTURA: Las mismas indicaciones y el mismo procedimiento que en el maxilar superior aun en los casos de tratar a los quistes que se obturan con pus, (sobre todo en los grandes quistes del maxilar inferior), en los que a sido menester efectuar una incisión muy extendida esta indicado disminuir los limites de esta incisión, colocando en los extremos de la misma algunos puntos de sutura, así el colgajo no queda "flameado" dentro de la cavidad bucal.

8.- POST - OPERACION: Las mismas indicaciones que se dan al paciente para el tratamiento del maxilar superior.

METODO DE PARTSCH II SIN SUTURA

(obturando la cavidad osea con distintos materiales)

La operación de PARTSCH II sigue todas las normas señaladas para la operación con sutura, los tiempos son los mismos, con la única variación de los tiempos septimo y octavo.

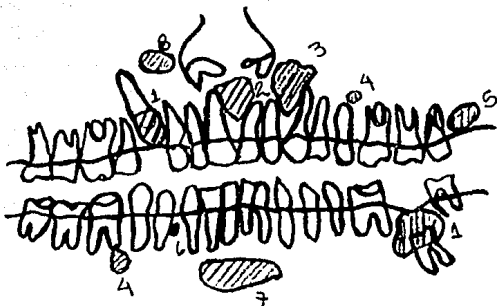
7.- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA:

(tratamiento de obturación de la cavidad osea con materiales extraños al organismo) se procede a lavar la cavidad con suero fisiológico y agua oxigenada, se seca con gasa simple, se aconseja el tocamiento de las paredes osneas con el cloruro de zinc al 10%. El labio superior del colgajo (labio inferior en el maxilar inferior), se introduce en la cavidad osea y sobre el, relleno la cavidad se aplica la gase de obturación, este relleno tiene varias ventajas, cuando se realiza con

suturar, se preve la producción de una hemorragia osea, esta puede presentarse varias horas despues de la intervención, cuando el efecto de la adrenalina del anestésico a desaparecido, tambien se evita la infección de la cavidad osea, impidiendo la introducción de microorganismos bucales, para este fin se emplea la gasa yodoformada, en tiras con bordes orillados, con el objeto de que no queden hilachas en la cavidad osea, la gasa se retira despues de un tiempo aproximado de venticuatro a noventa y seis horas.

8.- POST - OPERATORIO: Se revisa al paciente a las cuarenta y ocho horas, si es necesario se cambia la gasa yodoformada, hay que impregnarla con agua oxigenada caliente para poder desprenderla de la cavidad osea, para evitar dolores y hemorragias, el retiro debe hacerse lentamente, una vez retirada se efectuan lavados con suero fisiológico tibio, en abundancia, se vincela la cavidad con cloruro de zinc al 10 % y se vuelve a obturar con gasa yodoformada, la cual se deja al recedor de cuarenta y ocho horas la misma mecanica se realiza durante cinco o seis sesiones, o hasta comprobar que la cavidad no sana mas, no hay que olvidar que la gasa es un material extraño al organismo y que puede despertar todas las reacciones tisulares normales, cuanto menos tiempo pueda estar sera mas util su acción, lentamente la cavidad se va cubriendo de una membrana verde-rojiza que indica el inicio de la epitelización, a los veinte o treinta dias la cavidad osea esta cubierta de epitelio y con toda lentitud y durante largo tiempo tiene lugar un proceso de reducción, grandes cavidades quísticas a cabo de cinco o seis meses quedan reducidas a pequeñas entradas o diminutos alojamientos en el maxilar tratado.

7.- ESQUEMA DE LOCALIZACION.



- 1.- QUISTE DENTIGERO.
- 2.- QUISTE NASO PALATINO
- 3.- QUISTE GLOBULOMAXILAR
- 4.- QUISTE PERIAPICAL (RADICULAR)
- 5.- QUISTE PRIMORDIAL.
- 6.- QUISTE PERIODONTAL
- 7.- QUISTE MEDIO MANDIBULAR.
- 8.- QUISTE NASOALVEOLAR.

8.- CONCLUSIONES:

Los quistes son cavidades tapizadas por epitelio, este puede estar situado en los tejidos blandos o en hueso o localizarse sobre una superficie despresible.

Este puede tener su origen en el epitelio odontogénico, es decir en los restos de la lamina dental o de los organos del esmalte de las piezas dentales.

La proliferación y degeneración quística de estos epitelios - da lugar a los quistes odontogénicos, estan comprendidos dentro de esta categoría los siguientes: quiste dentigero, quiste radicular y queratociste odontogénico.

Es de gran importancia para el cirujano dentista establecer - un diagnóstico correcto, ya que existe una gran semejanza desde el punto de vista clínico entre un quiste y una lesión mas seria como podría ser el caso de un ameloblastoma.

El tratamiento de todos los quistes consiste en su extirpación quirúrgica, ya que es la única manera de eliminar totalmente un quiste, de ser posible debe ser enucleado, es de vital importancia el previo estudio radiográfico para cualquier intervención quirúrgica de los quistes, ya que con esto se completa el diagnóstico clínico de presunción.

9.- G L O S A R I O

- AMELOBLASTOMA.**- Es un tumor benigno compuesto por células epiteliales semejantes a las del órgano del esmalte dental.
- AMELOGENESIS IMPERFECTA.**- (dientes duros hereditarios).- es un defecto heredado del esmalte caracterizado por agnesia hipoplasia adamantina.
- AGENESIA** Falta completa del desarrollo del maxilar, y la mandíbula aparece hallarse en protusión parecida al prognatismo.
- AMELOBLASTO.**- Célula del epitelio interno del órgano del esmalte, su conjunto forma una especie de "empujadora" contra la cual se deposita el tejido adamantino por capas sucesivas, constituyendo células secretoras por excelencia y están encargadas de la formación del esmalte.
- ATROFIA.**- Disminución de tamaño (envejecimiento) de un órgano ó tejido a consecuencia de una alteración ó disminución de los procesos nutritivos que impide que lleguen a las células del mismo material necesario para mantener el equilibrio del recambio orgánico, es decir, para mantener la relación entre anabolismo y catabolismo de la economía celular.
- EFECTA INFLAMATORIO.**- Extravasación a los espacios tisulares de un líquido rico en proteínas por acción de un agente irritante.
- ENUCLEACION.**- Es el acto quirúrgico encargado de eliminar el saco quístico en su totalidad.

- MARSUPIALIZACION.**- Técnica quirúrgica por la cual el quiste se descubre o se elimina su "techo" y se hace continuar el recubrimiento quístico con la cavidad oral o las estructuras circunvecinas.
- HIDROPESIA.**- Es una colección de líquido seroso en el interior de una o varias cavidades de nuestro organismo a consecuencia de un proceso de trasudación anormal de la parte líquida de la sangre (plasma a través de las paredes vasculares).
- VACUOLIZACION.**- Es una degeneración del protoplasma celular caracterizada por la formación de vacuolas oscuras, de espacios o cavidades vacías en el interior del propio protoplasma; suelen contener un líquido claro.
- HIPERTROPIA.**- Es el desarrollo excesivo de un tejido de un órgano o una zona completa de nuestro organismo.
- MESENQUIMA.**- Es un tejido embrionario indiferenciado, a partir del cual y por diversos y múltiples procesos de diferenciación, derivan todos los tejidos de naturaleza conectiva.
- ODONTOBLASTOS.**- Células conjuntivas altamente diferenciadas, cilíndricas, de origen mesenquimatoso, dispuestas en una fila continua, intervienen en la odontogénesis.

10.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- PATOLOGIA BUCAL
AUTOR: S.N. BHASKAR
EDIT: EL ATENEO 2a EDICION
- 2.- TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES ORALES
AUTOR: JOSEPH. L. BERNIER
BUENOS AIRES. 1962
- 3.- CLINICA Y TERAPIA DE LOS QUISTES MAXILARES.
AUTOR: HERBERT HAMBISCH
EDIT: QUINTESSENCE BOOKS
BERLIN, AGOSTO 1971.
- 4.- PATOLOGIA BUCAL
AUTOR: JOHN GIUNTA
EDIT: INTERAMERICANA. 3a EDICION.
- 5.- CIRUGIA BUCOMAXILOFACIAL.
AUTOR: GUSTAVO.O. KAUFER
EDIT: MEDICA PANAMERICANA 5a EDICION.
- 6.- TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
AUTOR: SHAFER
EDIT: INTERAMERICANA
3a EDICION, ESPAÑOL 1984.
- 7.- TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
AUTOR: SHAFER
EDIT: INTERAMERICANA
4a EDICION INGLES 1985.
- 8.- PATOLOGIA BUCAL
AUTOR: THOMA. K.H.
EDIT: SAI VAT 1972

- 9.- DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL
AUTOR: EDWARD ZAGARELLI.
EDIT: SALVAT? 1972.
- 10.- ART: CLASIFICACION A DIEZ AÑOS
DE LA O.F.S.
REV. J. ORAL PATHOLOGY. 1986.
15, 143-145
- 11.- FUNDAMENTOS EN ODONTOLOGIA
AUTOR: COHEN
EDIT: SALVAT 1979.
- 12.- PATOLOGY OF TUMORS OF THE ORAL
TISSUES: (PATOLOGIA DE TUMORES EN TEJIDOS ORA-
LES).
AUTOR: R.B. LUCAS
EDIT: 2a EDICION