

318327

20  
29



Universidad Latinoamericana

ESCUELA DE ODONTOLOGIA  
INCORPORADA A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

QUISTES MAXILO MANDIBULARES  
MAS COMUNES

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A :  
**PEREZ QUIROZ BEATRIZ**

MEXICO, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1988.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

|  | Pág. |
|--|------|
| INTRODUCCION.....  | 1    |
| <br>   |      |
| CAPITULO I   |      |
| CLASIFICACION DE LOS QUISTES MAXILO MANDIBULARES<br>EN GENERAL.....  | 2    |
| <br>   |      |
| CAPITULO II  |      |
| CLASIFICACION DE LOS QUISTES MAXILO MANDIBULARES<br>MAS COMUNES..... | 4    |
| <br>   |      |
| CAPITULO III   |      |
| METODOS DE DIAGNOSTICO.....  | 7    |
| A) Historia Clínica.....   | 7    |
| B) Pruebas de Laboratorio.....                                       | 11   |
| C) Diagnóstico y Tratamiento.....                                    | 14   |
| D) Estudio Radiográfico.....   | 28   |
| <br>   |      |
| CAPITULO IV  |      |
| QUISTES ODONTOGENICOS.....   | 30   |
| A) Quistes Foliculares.....  | 30   |
| B) Quistes Periodontales.....  | 41   |
| <br>   |      |
| CAPITULO V   |      |
| QUISTES NO ODONTOGENICOS.....  | 53   |
| <br>   |      |
| CAPITULO VI  |      |
| QUISTES OSEOS.....   | 64   |

|                                    | Pág.      |
|------------------------------------|-----------|
| <b>CAPITULO VII</b>                |           |
| <b>QUISTES DE RETENCION.....</b>   | <b>69</b> |
| <br><b>CAPITULO VIII</b>           |           |
| <b>QUISTES DISONTEGENICOS.....</b> | <b>76</b> |
| <br><b>CONCLUSIONES.....</b>       | <b>84</b> |
| <br><b>BIBLIOGRAFIA.....</b>       | <b>85</b> |

## INTRODUCCION

Esta tesis tratará principalmente las formaciones quísticas que pertenecen al campo odontológico, técnicas operatorias que esquematiza con ilustraciones, porque una gran parte de los quistes maxilares pueden ser operados aun por el odontólogo de práctica general, en su consultorio; son éstos ante todo los quistes radiculares, foliculares, residuales, que tantas veces se ven en la práctica y en la clínica.

Por quiste se entiende uni o multicavitaria en forma de saco, circundante por cápsulas, que pueden encontrarse en todas partes del cuerpo, que tiene un contenido líquido pastoso y cuyas paredes son de origen epitelial.

Los quistes se originan mayormente por retención, pueden ser congénitos o adquiridos; además conocemos quistes de reabsorción (por ejemplo quistes ganglionales). Estos en sentido estricto no son quistes y habría que llamarlos pseudoquistes. En la sección clínica se incluye también estos pseudoquistes receptivos e histolíticos entre los quistes más comunes.

## CAPITULO I

### CLASIFICACION DE LOS QUISTES MAXILO MANDIBULARES EN GENERAL

Después de una revisión encontramos que hay una gran cantidad de clasificaciones, y he escogido la CLASIFICACION DE LA OMS (1971) por ser la más completa y didáctica.

#### QUISTES EPITELIALES

##### A. DE DESARROLLO

###### I. ODONTOGENICOS

- a) Quiste Primordial (Queratoquiste)
- b) Quiste Gingival
- c) Quiste de Erupción
- d) Quiste dentífero (Folicular)

###### II. NO ODONTOGENICOS

- a) Nasopalatino (Quiste del canal incisivo)
- b) Quiste globulomaxilar
- c) Quiste Nasolabial (nasoalveolar)

##### B. INFLAMATORIOS

###### RADICULAR

###### I. QUERATOQUISTE

- a) Quistes Primordiales

b) Quistes dentígeros extrafolliculares

II. NO QUERATINIZANTE

a) Quiste de Erupción

b) Dentígero

i Pericoronario

ii Lateral

iii Residual

c) Radicular

i Apical

ii Lateral

iii Residual

DE EPITELIO NO ODONTOGENICO

I. NASOPALATINO

II. NASOALVEOLAR

C. PSEUDOQUISTES OSEOS

I. QUISTE OSEO SOLITARIO

II. QUISTE OSEO ANEURISMATICO

## CAPITULO II

### CLASIFICACION DE LOS QUISTES MAXILO MANDIBULARES MAS COMUNES

A pesar de que existe la muy completa clasificación de la OMS, es la de IRVEING MEYER una de las más utilizadas a nivel-licenciatura y a continuación se enumera.

#### CLASIFICACION DE IRVEING MEYER

##### I. QUISTES ODONTOGENICOS

###### A. QUISTES FOLICULARES

- a) Quiste Primordial
- b) Quiste Dentífero
- c) Quiste Multilocular

###### B. QUISTES PERIODONTALES

- a) Quiste Radicular (Periapical)
- b) Quiste Residual
- c) Quiste Lateral
- d) Quiste Gingival

##### II. QUISTES NO ODONTOGENICOS

###### A. QUISTES FISURALES

- a) Quistes mediales
- b) Quiste globulomaxilar

- c) Quiste nasopalveolar
- d) Quiste nasopalatino

**B. QUISTES OSEOS**

**C. QUISTE DE RETENCION**

- a) Ránula
- b) Mucocelo

**D. QUISTES DISONTOGENICOS (EMBRIONARIOS)**

- a) Quiste Dermoide
- b) Quiste de la Hendidura Branquial
- c) Higroma Quístico
- d) Quiste del conducto Tirogloso

## CLASIFICACION DE LOS QUISTES

**DEFINICION:** QUISTE es una cavidad encapsulada patológica en el tejido óseo o en el blando, que se desarrolla en una cavidad natural o en el parénquima de un órgano o tejido.

Recubierto de tejido conjuntivo y tapizado por epitelios cuyo contenido es líquido o semilíquido, el cual está constituido por sero albúmina, seroglobulina, agua, células de diferentes estados de degeneración, de leucocitos, cristales de colesterol y sus esteres y ocasionalmente sangre.

Esta cavidad está rodeada por una pared o cápsula definida que la separa del tejido circundante, su crecimiento es debido al aumento de volumen de su contenido.

Los factores de expansión de los quistes son de acuerdo a lesiones de crecimiento lento asintomático esto es en base a dos causas:

- 1) Por diferencia de presión osmótica.
- 2) Por diferencia de presión oncótica.

Los quistes son lesiones de tipo cavitaria.

1) Cuando los quistes crecen por presión osmótica van comprimiendo a los tejidos alrededor.

2) Oncótica.- Es el paso de una proteína a través de una membrana.

Esto dependerá del contenido del quiste. La mayoría de los quistes son acépticos, los quistes que no son acépticos pueden presentar líquido sero purulento. Esto se puede contaminar por una comunicación microscópica o por tener origen en procesos infecciosos o por fistulación. Los quistes no se contaminan por la cápsula de tejido epitelial.

## CAPITULO III

### METODOS DE DIAGNOSTICO

La mayor parte de los pacientes que se les indica a cirugía selectiva por motivos cosméticos o funcionales, suelen presuponer un curso operatorio fácil, aunque a veces pueden presentarse algunas alteraciones.

#### A) LA HISTORIA CLINICA

La historia clínica del paciente puede revelarnos datos importantes sobre el estado general del paciente tales como reacciones alérgicas o idiosincracias a determinados alimentos o drogas que el cirujano puede haber programado con anterioridad.

Además es útil anotar las operaciones anteriores y sus reacciones secundarias. Las intervenciones anteriores también pueden revelarnos consideraciones especiales relativas a la elección del agente anestésico, o al cuidado de la reacción post-anestésica inmediata del paciente. El cirujano debe estar alerta a una anamnesis familiar de enfermedades importantes tales como: diabetes, predisposiciones hemorrágicas, y en especial, desórdenes mentales. Los muy jóvenes o los de edad muy avanzada, requieren de consideraciones especiales.

En pacientes con problemas de tipo cardíaco, ulceroso, diabético u otros, es necesario un cuidado extremo, desde el-

preoperatorio, hasta después de la intervención, si se estudian y vigilan estos pacientes de una manera correcta también es posible la cirugía selectiva, con resultados satisfactorios.

La estimación cuidadosa de la pérdida potencial de sangre por causas quirúrgicas en un niño con referencias al peso corporal de la misma nos pueden evitar un choque hipovolémico de consecuencias graves.

En los pacientes de edad avanzada, puede quedar retardada la curación de tejidos blandos, y el hueso, sin este tipo de cuidados.

Las discrasias sanguíneas tales como anemias graves, leucemias o condiciones hemorrágicas deficientes presentarán obstáculos más serios a la cirugía, puesto que los tejidos dependen de condiciones normales de sangre y oxígeno para su nutrición. Sin embargo, se pueden llevar a cabo algunas de las técnicas correctivas de la mandíbula y maxilar en pacientes con deficiencias sanguíneas con tal de que se asegure la consulta y la vigilancia posterior con la ayuda de un Cirujano Maxilofacial. Debe quedar claro que el cuidado adecuado, la consulta entre especialistas, y un estado de salud favorable, se deben obtener antes de la intervención quirúrgica, en pacientes con enfermedades sistémicas ya antes mencionadas.

Por lo ya expresado nos damos cuenta que la historia clí-

nica es la mejor manera de recopilar los datos más importantes sobre el estado general del individuo.

## EN LA HISTORIA CLINICA SE INCLUYEN

### I. INTERROGATORIOS

- a) Ficha de Identificación
- b) Antecedentes personales y herodofamiliares
- c) Antecedentes personales no patológicos
- d) Antecedentes personales patológicos
- e) Antecedentes quirúrgicos
- f) Antecedentes anestésicos y alérgicos
- g) Padecimiento actual

### INTERROGATORIO DE APARATOS Y SISTEMAS

- a) Digestivo
- b) Respiratorio
- c) Nervioso
- d) Cardiovascular
- e) Genitourinario
- f) Musculo-esquelético
- g) Organos de los sentidos

### II. INSPECCION GENERAL O HABITUS EXTERIOR

- a) Sexo
- b) Edad aparente
- c) Complexión

- e) **Facies**
- f) **Marcha**
- g) **Estado de la conciencia**

### III. EXPLORACION FISICA

#### a) SIGNOS VITALES

- **Tensión arterial**      Valor normal de 120/80 mm de Hg.
- **Pulso**                      Normal 70 a 80 pulsaciones - por minuto.
- **Temperatura**              En Boca de 37.2°C.
- **Talla**                        De acuerdo con la edad, estatura y complexión.

#### b) CARACTERISTICAS MORFOLOGICAS (TIPOS DE CABEZA)

- **Dolicocefálica**            (forma oval)
- **Braquicefálica**            (corta y ancha)
- **Mesocefálica**              (tamaño normal)

#### c) ANALISIS DE PERFIL

- **Perfil Ortognático**        (maxilares rectos)
- **Retrognático**              (perfil convexo)
- **Prognático**                (perfil cóncavo)

#### d) EXAMEN DE PATRON OCLUSAL (clase de Angle)

- e) **ACTIVIDAD MUSCULAR**      Durante la deglución, masticación, respiración y el habla.



|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| - Tiempo de protombina (Quik)           | 11 a 15 segundos                   |
| - Velocidad de sedimentación (Wintrobe) |                                    |
| Hombres                                 | de 0 a 9 mm en 1 hora              |
| Mujeres                                 | de 0 a 20 mm en 1 hora             |
| - Valor hematócrito                     |                                    |
| hombres                                 | de 40 a 54%                        |
| mujeres                                 | de 37 a 47%                        |
| - Índice colorimétrico                  | 0.0 a 0.1                          |
| Eritrocitos                             | 4 a 6 millones por mm <sup>3</sup> |
| Leucocitos                              | 5 a 10 mil por mm <sup>3</sup>     |

#### RECUESTO DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS

|                      |                                 |
|----------------------|---------------------------------|
| Neutrofilos          | 50 a 70%                        |
| Linfocitos           | 20 a 30%                        |
| Monocitos            | 4 a 8%                          |
| Eosinófilos          | 1 a 3%                          |
| Basófilos            | 0 a 1%                          |
| Plaquetas            | 200 a 400 mil x mm <sup>3</sup> |
| Hemoglobina          | 12.5 a 17 grs x mm <sup>3</sup> |
| Hemoglobina globular | 82 a 92 micras 3                |

#### QUIMICA SANGUINEA

|                               |                                      |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| Acido ascórbico (farmery abt) | más de 0.6 mmg x 100 cm <sup>3</sup> |
| Creatinina                    | 2 mg x 100 mm <sup>3</sup>           |
| Glucosa en ayunas (Folin)     | 80 a 120 mg x 100 mm <sup>3</sup>    |
| Urea (Nassler)                | 10 a 15 mg x 100 mm <sup>3</sup>     |
| Calcio                        | 9 a 11.5 mg x 100 mm <sup>3</sup>    |

|                                |                                    |
|--------------------------------|------------------------------------|
| Colesterol                     | 150 a 240 mg x 100 mm <sup>3</sup> |
| Nitrógeno no Proteico          | 25 a 35 mg x 100 cm <sup>3</sup>   |
| Fosfato Inorgánico             | 3 a 4.7 mg x 100 cm <sup>3</sup>   |
| Fosfatasa alcalina (bordansky) | 1 a 4 unidades                     |

Así, al pedir unos análisis de laboratorio se incluirán, - hematología completa, uroanálisis, serología y radiografías de tórax.

## C) DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

### TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS QUISTES DE LOS MAXILARES

El tratamiento consiste esencialmente en suprimir el tumor quístico, por su extracción del interior del maxilar (o -- conservación de parte de la estructura quística) en el fondo-- hay maniobras que tienden a eliminar el quiste como entidad patológica.

#### ANESTESIA

La anestesia es la base de toda buena intervención quirúrgica. En el caso particular del tratamiento de los quistes paradentarios, operación larga y laboriosa, la mayor parte de -- las veces exigen una anestesia perfecta para poder lograr los tiempos operatorios con el máximo de comodidad para el paciente y cirujano.

#### ANESTESIA LOCAL PARA LOS QUISTES DEL MAXILAR SUPERIOR

REGION ANTERIOR.- Incisivos y Caninos. Le corresponde la infraorbitaria completada siempre por el lado palatino siguiendo la técnica en uso.

REGION MEDIA SUPERIOR.- Premolares y molares. Los quistes pequeños, que clínicamente y radiográficamente no tiene relación con el seno maxilar, pueden ser enucleados con anestesia local.

Los quistes grandes, que invaden los órganos vecinos necesitan para su intervención la anestesia regional realizada a la altura de los nervios dentarios posterior a la anestesia del tronco del nervio maxilar superior a la salida del agujero redondo mayor en plexo fosa pterigomaxilar, anestesia que puede realizarse según las diferentes técnicas y por vía intra o extrabucal, completada con anestesia local (vestibular y palatina).

Es preferible, en los quistes a invasión sinusual hacer una amplia anestesia, por si hubiera que intervenir en dicho órgano.

Como en toda intervención en estos procesos es aconsejable hacer una anestesia más extensa que los límites del tumorístico para evitarnos sorpresas operatorias (maurel).

ANESTESIA PARA LOS QUISTES DE LA MANDIBULA.- En las intervenciones de los quistes de la mandíbula empleamos sistemáticamente la anestesia regional a la altura de la espina espinal. Esta anestesia completada por vía intrabucal bloqueando el nervio bucal y en algunos casos extrabucal, anestesiando el

plexo cervical superficial, nos permite intervenir aún en los grandes quistes de la mandíbula.

Los grandes quistes de la región mentoniana pueden ser intervenidos con anestesia local en algunos casos (quistes mayores) está indicada al doble anestesia regional en la espina de spix o en el agujero mentoniano.

VIA DE ACCESO.- La intervención de los quistes, cualquiera que sea su tamaño y situación, debe ser casi siempre realizada por vía vestibular.

La localización del tumor hace que esta vía de acceso sufra las variantes topográficas correspondientes.

Pero generalizando, si se trata de quistes del maxilar superior o inferior, la vía de acceso debe ser casi siempre la región vestibular. Esta región es la que nos dará mayor éxito operatorio. Todas las demás vías de acceso pueden ser insuficientes, peligrosas y antiquirúrgicas.

Los quistes del maxilar superior -cualquiera que sea el -desarrollo topográfico que tomen invadiendo los órganos vecinos (senos, fosas nasales, bóveda palatina)- serán siempre intervenidos por esta vía.

Para los quistes de la mandíbula, pueden emplearse la vía

vestibular y en algunos casos, la vía alveolar.

La vía alveolar o palatina presentan además inconvenientes posteriormente, retracción, cicatrices y verdaderos golfos en la arcada alveolar, esto dificultaría una prótesis total o parcial.

Algunos casos de excepción pueden ser intervenidos por la vía palatina, los quistes del conducto palatino anterior, y -- los maxilares medios.

PARA TODA INTERVENCION INTRAMAXILAR SUS  
TIEMPOS QUIRURGICOS SON LOS SIGUIENTES

- I Incisión
- II Desprendimiento del colgajo
- III Ostectomía
- IV Tratamiento de la bolsa quística
- V Tratamiento de las cavidades vecinas
- VI Tratamiento de dientes causantes
- VII Tratamiento de la cavidad ósea
- VIII Sutura
- IX Tratamiento posoperatorio

I INCISION

Se traza siguiendo los límites de la proyección del quiste sobre la cara vestibular.

La incisión debe situarse en un lugar equidistante entre el surco gingival el borde libre de la encía. Es preferible iniciar la incisión en un punto distal al quiste a intervenir llegando desde esa posición hacia mesial.

Esta incisión circular debe ser mayor que el diámetro horizontal del quiste.

Puede emplearse en los incisivos con la técnica de Partsch o Neumann, la incisión debe llegar en profundidad hasta el hueso cortando encía y periostio.

En caso que el quiste se haya exteriorizado por desaparición de la tabla externa y la bolsa quística está por lo tanto en íntimo contacto con el periostio, hay que tener la precaución de no abrir extemporariamente el quiste, porque después de la maniobra de desprendimiento y separación de la bolsa y el periostio no es muy simple, por la dificultad de individualizar la pared quística.

## II DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO

En este tiempo se realiza con una legra pequeña o con un periostótomo.

El colgajo debe levantarse hasta los límites superiores del quiste, límites que son prefijados por la radiografía. En

el caso de desaparición del tejido óseo el colgajo debe ser se parado hasta encontrar hueso sano.

Algunas veces más lejos de los límites radiográficos del quiste. El hueso muy papiraceo o puede fracturarse o necrosar se al actuar como cuerpo extraño engendra supuraciones que duran mucho tiempo y que exigen una nueva operación tardan con el objeto de eliminar el secuestro.

### III OSTECTOMIA

La extracción del hueso que cubre al quiste puede hacerse con diversos instrumentos aplicables según el grado de destrucción de la osiestructura. En caso de que el hueso esté muy -- adelgazado puede ser seccionado con un bisturí para hueso; --- cuando está parcialmente destruída se completa la enucleación con pinza gubía.

Si el hueso es firme y sólido, debe practicarse la ostectomía con escoplo o fresa.

La fresa para hueso da buenos resultados y es menos traumatizante que el escoplo. Se usa una fresa 4 ó 6 y se practican orificios coincidentes en el diámetro del quiste, así la -- tapa del quiste se vacía su contenido y se lava su interior -- con suero fisiológico.

Es importante el empleo de una solución isotónica al plasma celular para no introducir lesiones en el epitelio quístico.

#### IV TRATAMIENTO DE LA BOLSA QUISTICA

Se procede a vaciar la bolsa quística antes de hacer su enucleación, sobre todo en los quistes grandes.

El objeto de esta maniobra es disminuir el volumen del tumor reduciendo a su menor expresión e impedir contaminación del contenido quístico en la boca del paciente.

Se realiza esta operación punzando la bolsa quística con una aguja de calibre mediano y haciendo la succión del contenido quístico con una jeringa de vidrio.

Después del vaciado del quiste se secciona su pared a bisturí y tijera y se practica la limpieza del contenido quístico por medio de trazos de gasa o con el aspirador, estando todo listo para practicar el tiempo más importante de la intervención que es el de enucleación de la bolsa quística.

Se toma un periostótomo o una espátula de Freer y con ello se realiza el desprendimiento de la bolsa quística de su alojamiento óseo.

En los quistes puros, sin infección de su contenido, esta

maniobra es, la mayor parte de las veces sencilla. Se siguen fácilmente los límites del tumor buscando planos de clivaje (es diferente en quistes infectados) porque en éstos existen profundas adherencias de la membrana quística con su alojamiento óseo.

La enucleación de la bolsa se realiza siguiendo los límites superiores en primer término para dedicarnos enseguida a la porción inferior; de esta manera conseguimos desprender en su totalidad la membrana quística no quedando adherida nada más que por su inserción del cuello del diente productor del tejido epitelial.

Extraída en su totalidad la bolsa quística, se practica la hemóstasis de la cavidad ósea, con gasa.

En los quistes infectados es necesario el raspado de la cavidad ósea.

Se pincela luego la cavidad ósea con agua oxigenada y se efectúan toques con una solución de cloruro de zinc al 10% con el objeto de eliminar todos los restos quísticos.

#### V TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES VECINAS

En el caso de que estos procesos incluyan infiltración, las cavidades vecinas como son: seno maxilar, fosas nasales,

bóveda palatina, hay que realizar el tratamiento de éstas, modificando en su estructura y relaciones por el avance del proceso.

**DIENTES VECINOS.**- La conducta a seguir con los dientes ve cinos, aun los más divergentes y abiertos en abanico, es dejar los en su lugar, no realizando su extracción, ni siquiera la de los muy desviados. En caso de que estos dientes estén irremediablemente perdidos para la estética, se procederá a realizar la extracción.

#### VI TRATAMIENTO DE LOS DIENTES CAUSANTES

El órgano causante de la lesión, portador de una necrosis pulpar, no puede ser conservado sin el peligro de una nueva infección del quiste, para lo cual se procederá a realizar los siguientes dos caminos:

- a) El tratamiento radicular, apicectomía.
- b) La extracción.

Después de la supresión del foco séptico. La extracción del diente causante, la cual la efectuamos de inmediato a la enucleación de la bolsa quística o la resaca quirúrgica.

La esterilización y relleno del conducto debe hacerse en sesiones previas a la operación, según la técnica indicada en apicectomía.

La extracción estará condicionada por el estado maxilar-- observable a la radiografía y de acuerdo a los parámetros esta- blecidos dentro de la cirugía maxilofacial.

#### VII TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

Se utiliza material de relleno. Distintos autores reco- miendan: rellenar la cavidad, descender el colgajo y suturar.

#### VIII SUTURA

Procedimiento de terminar la operación bajo sutura. Es- tos métodos exigen rigurosa asepsia de la operación, que el -- coágulo y cavidad ósea no se contaminen con la saliva y el am- biente.

El material de sutura que usamos es el hilo común: seda; - los puntos deben distar entre sí de medio a un centímetro; la- sutura debe descansar sobre base ósea firme.

#### IX TRATAMIENTO POSOPERATORIO

Al término de la operación el enfermo debe permanecer se- misentado descansando con varias almohadas colocadas detrás de la cabeza.

Se administra un correcto tratamiento con antibióticos.

QUISTES DE LA MANDIBULA.- Desde el punto de vista topográfico tenemos que los quistes del maxilar inferior ocupan tres regiones: (Fig. 1).

- a) Región anterior.
- b) Región de los molares y premolares 3° molares.
- c) Región de la rama ascendente.

Un grupo de quistes puede ocupar a su vez dos o tres regiones.

LOS TIEMPOS SON LOS SIGUIENTES:

- I Incisión
- II Desprendimiento de la mucosa
- III Ostectomía
- IV Enucleación de la bolsa quística
- V Tratamiento de los dientes vecinos
- VI Tratamiento de la cavidad ósea
- VII Sutura
- VIII Posoperatorio.

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES DE LOS MAXILARES EN  
RELACION CON REGIONES O CAVIDADES VECINAS

Procesos se ponen en relación con las cavidades o regiones que topográficamente quedan en su vecindad, como: maxilar,

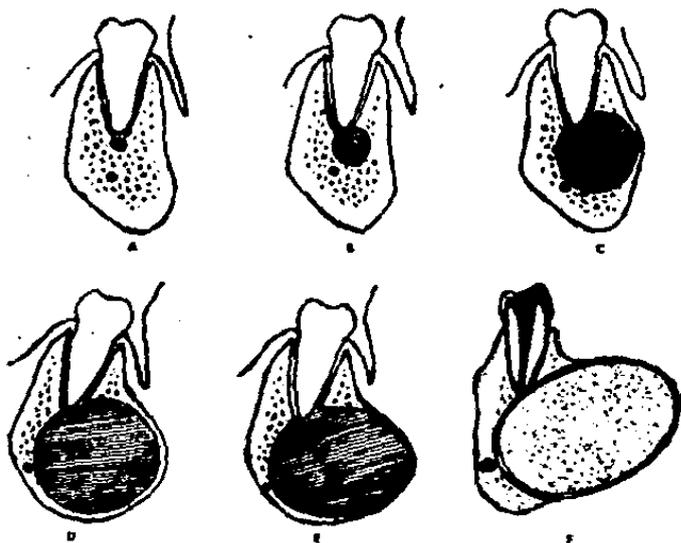


Fig. 1.- Marcha de los quistes del maxilar inferior hacia el Vestíbulo.

- A Iniciación del proceso. En el ápice se instala el granuloma, primera etapa del quiste.
- B El quiste apical inicia su marcha y evolución (Período de iniciación de los quistes).
- C El proceso inicia su marcha a expensas de la tabla externa. Ya es posible percibir el síntoma de crepitación apergaminada.
- D El tumor en su desarrollo ha rechazado el paquete vasculonervioso. Se ubica en la cara interna.
- E La tabla ósea externa (desarrollo vestibular del quiste paradentario).
- F El tumor ha reabsorbido por completo la tabla externa y se exterioriza hacia el lado vestibular.

fosas nasales, bóveda palatina, fosa pterigomaxilar, órbita para el maxilar superior, conducto dentario inferior con su contenido y agujero, y ramillete mentoniano maxilar inferior.

La relación variable del quiste con estas cavidades, regiones y elementos, hace que el tratamiento quirúrgico de estos tumores deban contemplarse ciertas reglas particulares y normales quirúrgicas especiales, con objeto de mantener la integridad anatómica y funcional del órgano vecino y realizar con éxito los fines de la intervención: la eliminación del quiste como entidad patológica.

#### LOS QUISTES DEL MAXILAR SUPERIOR:

A) Los quistes en relación con el seno maxilar (Fig. 2).

- a) El seno ha sido respetado en su integridad anatómica y funcional.
- b) El quiste tiene su maniobra en íntima relación con la mucosa sinusal, presentando variantes; el quiste es puro y el seno no está infectado o hay infección del quiste con o sin infección del seno (sinusitis de origen quístico).

B) Quistes en relación con las fosas nasales.

C) Quistes en relación con el piso nasal.

D) Los quistes en relación con la fosa pterigomaxilar.

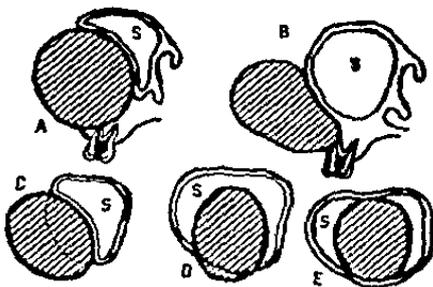
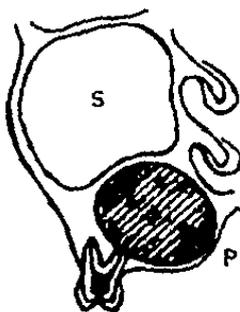


Fig. 2.- Distintas formas de evolución de los quistes del maxilar superior.

- A Hacia el seno y hacia el lado vestibular.
- B Hacia el lado vestibular.
- C Hacia el seno (corte a nivel de la porción anterior del seno).
- D Hacia el seno en su porción media, sin llegar hasta el techo sinusal.
- E El quiste está en contacto con el techo del seno.
- S Seno maxilar.



Desarrollo de los quistes paradentarios hacia la bóveda palatina.

- P Bóveda palatina.
- S Seno maxilar.

## D) ESTUDIO RADIOGRAFICO

Es necesario un estudio radiográfico antes de emprender-- cualquier intervención.

Frecuentemente los datos proporcionados por el examen radiográfico no se aprecian clínicamente por las radiografías,-- por lo tanto el dentista no deberá confiar en un solo medio de diagnóstico.

El examen radiográfico nos muestra la localización y extensión del quiste en el hueso y en los dientes.

Las sombras superpuestas pueden causar confusión cuando-- parecen estar atacados varios dientes en la región de un quiste.

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 radiográficamente 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 muchas enfermedades neoplásicas y metabólicas aparecen en la radiografía, como quistes.

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 sobreponen las sombras de los senos paranasales.

Una substancia radiopaca, como aceite yodado (Lipiodol) puede inyectarse en la cavidad quística.

## CAPITULO IV

### QUISTES ODONTOGENICOS

Los quistes odontogénicos son quistes de desarrollo que se originen en los tejidos formadores del diente. Se pueden presentar desde la infancia hasta cualquier edad, y en su crecimiento destruyen el hueso. Un quiste puede ocupar la totalidad de un segmento de la arcada, ensanchándola hasta el extremo de producir una distorsión facial. En general los quistes odontogénicos tienen paredes gruesas.

#### A) QUISTES FOLICULARES

Su origen en los restos epiteliales de la lámina dentaria o bien del germen dentario antes de que en éste se haya formado el esmalte o la dentina. Se dividen en 3 tipos.

- a) Quistes Primordiales.
- b) Quistes Dentíferos.
- c) Quistes Multiloculares.

##### a) Quistes Primordiales.

Sinonimia.- En la literatura médica los quistes primordiales se han denominado quistes uniloculares foliculares simples.

Histiogenes.- Se originan del epitelio odontogénico antes

de que las células se hayan diferenciado lo suficiente como para segregar esmalte. Aparecen en la región del tercer molar o en la región molar inferior y se extienden posteriormente hacia la rama ascendente y zona de premolares.

**Etiología.-** Desconocida.

**Epidemiología.-** Los quistes primordiales se presentan en adultos y jóvenes (Fig. 3).

**Características generales e histológicas.-** Este quiste se origina de los derivados del órgano del esmalte antes de la -- formación de los tejidos dentarios; la degeneración del retículo estrellado da lugar a quistes revestidos de epitelio escamoso estratificado a un espacio quístico limitado por epitelio-- interior y exterior del esmalte, el cual sufre un cambio convirtiéndose en epitelio escamoso estratificado.

**Características radiográficas.-** Zona radiolúcida, solitaria, bien circunscrita, asintomática o puede producirse abultamiento. El quiste surge en el lugar de un diente normal o supernumerario.

**Diagnóstico diferencial.-** Los quistes primordiales se diferencian de los quistes periodontales y dentígeros, en que no contienen elementos clasificados.

Tratamiento.- Enucleación y raspado.



Fig. 3.- Quiste primordial multilocular originado en el germen dentario de un tercer molar que no evolucionó. C incisión para la remoción intrabucal del quiste.

#### b) Quiste Dentífero

Sinonimia.- Dentíferos

Histogenes.- Estos quistes se originan en los sacos foli-  
culares que rodean las coronas de los dientes en desarrollo.--  
Aunque, pueden estar asociados a cualquier diente los que se -  
afectan más comúnmente son los terceros molares y los caninos.  
Los quistes dentíferos se encuentran en la mandíbula con una -  
frecuencia doble que en el maxilar. (Fig. 4-1).

Epidemiología.- Los quistes dentíferos se presentan en --  
edad adulta tanto hombres como mujeres.

**Características generales.**- Los quistes agrandados pueden causar gran desplazamiento del diente la presión del líquido-- acumulado generalmente desplaza el diente en dirección apical- y con frecuencia la formación de la raíz no es completa. Los- quistes dentígeros pueden encontrarse en cualquier parte de la mandíbula del maxilar superior se localizan más frecuentemente en el ángulo de la mandíbula, región de los caninos, terceros- molares superiores, cavidad antral y también en el piso de la- órbita.

**DATOS RADIOLOGICOS.**- Zona radiolúcida solitaria bien defi- nida asociada con la corona de un diente retenido o no apareci- do normal o supernumerarios, puede haber agrandamientos del ma- xilar y migración de diente corteza intacta.

**Características Histológicas.**- Lesión quística revestida- de epitelio, alrededor de la corona del diente retenido la pa- red de tejido conjuntivo del quiste puede mostrar focos de pro- liferación ameloblástica.

**Tratamiento.**- Enucleación y raspado; éste es necesario -- porque algunos ameloblastomas surgen en esos quistes.

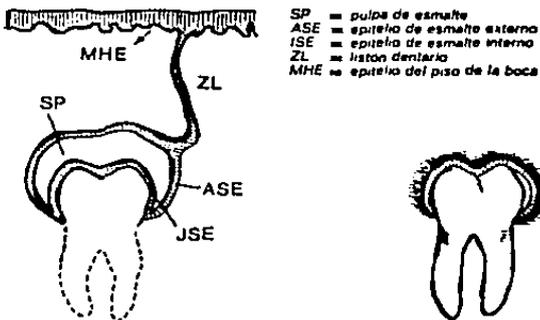


Fig.- 4-1



Fig.- 4-2



Fig.- 4-3

Fig. 4-1.- Desarrollo del germen dentario; alrededor de la corona del epitelio adamantino externo e interno encierran la pulpa de esmalte; estas dos capas epiteliales se unen más tarde formando el saco dentario.

Fig. 4-2.- La corona dentaria termina con el saco dentario, tapizado en su interior con epitelio.

Fig. 4-3.- Desarrollo del quiste por inflación del espacio subepitelial.

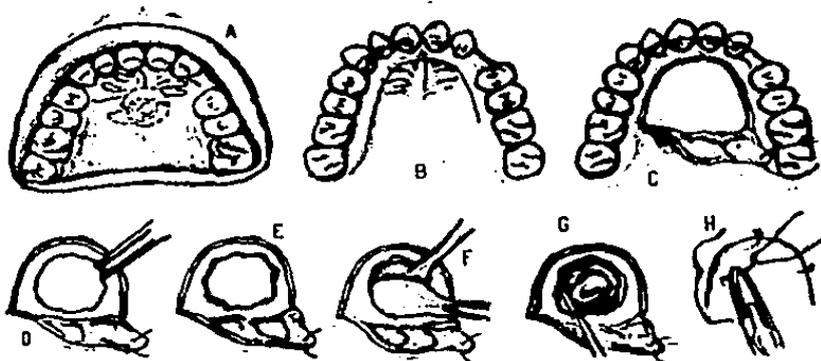


Fig. 4-5.- Operación de un quiste dentífero maxilar superior originado por un canino retenido.

#### Operación por vía palatina.

- A Esquema del caso.
- B Trazado de la incisión (puede emplearse ésta, o la incisión para la extracción quirúrgica de los caninos superiores retenidos).
- C Desprendido el colgajo con un periostótomo es mantenido fijo con un hilo, a un molar de la arcada (recordar que el colgajo debe reposar sobre hueso sano).
- D Ostectomía de la bóveda ósea palatina con un escople de media caña.
- E Después de la ostectomía, aparece la bolsa quística.
- F Prohensión de la bolsa quística con una pinza de Kocher y su enucleación.
- G Sección del canino retenido con fresa de fisura.
- H Se vuelve el colgajo palatino a su sitio y se practican varios puntos de sutura. Obsérvese en este esquema que se ha dejado sin eliminar una franja ósea donde el colgajo pueda reposar. El borde periférico de la incisión palatina debe ser desprendido con una espátula de Freer, para realizar con facilidad el pasaje de los hilos de la sutura. La vía palatina para la operación de los quistes, de cualquier tipo que se trate no es la ideal; muchos problemas se presentan para que este camino tenga inconvenientes; la visibilidad, la facilidad del abordaje y la posible comunicación palatoantral o palatonasal, son los principales.

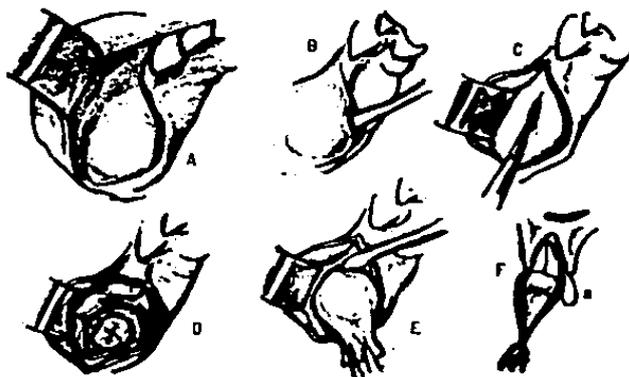


Fig. 4-6.- Quiste dentífero originado por un tercer molar superior.

- A Aspecto clínico del caso (el quiste está en su período de exteriorización); incisión angular sobre la arcada que se extiende hasta la región palatina. Los quistes dentíferos originados por los terceros molares superiores son poco frecuentes; los paradentarios causados por procesos en este diente también son de excepción. Antes de iniciar el tratamiento quirúrgico será menester verificar correctamente las relaciones quísticosinuales y las posibles del quiste con la apófisis pterigoides o con la hendidura pterigomaxilar.
- B Con un periostótomo se desprende la fibromucosa palatina y vestibular, dejando al descubierto la bolsa quística, la cual
- C Se la secciona con un bisturí.
- D Se vacfa su contenido y se observa el molar en el polo superior del quiste.
- E Con una pinza Kocher, prendemos la bolsa que aún queda adherida al cuello del tercer molar.
- F Se esquematiza la enucleación del quiste, tomando por su polo inferior con la pinza.
- a. Es la parte activa del elevador de Winter No. 14-- extrayendo el molar. Cierre con sutura.

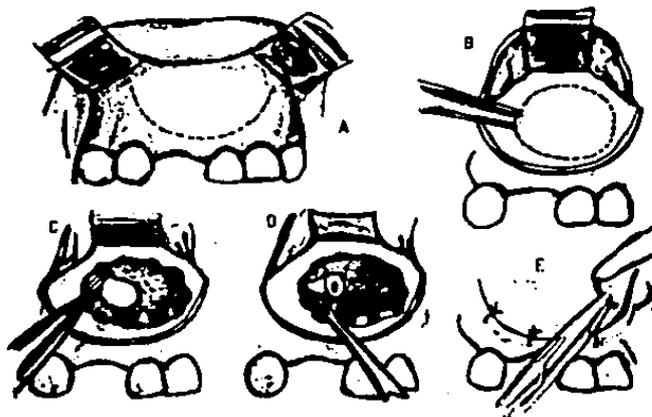


Fig. 4-7.- Operación de un quiste dentífero de maxilar superior originado por un canino. Vía vestibular.

- A. Trazado de la incisión.
- B. Ostectomía con escoplo de media caña, practicada esta manera se retira el hueso vestibular con pinzas gubias; llegando a la bolsa quística se secciona, vaciando su contenido por aspiración o por medio de gasas y aparece la corona del canino retenido.
- C. Se practica la odontosección del diente retenido a nivel de su cuello, evitando de tal modo presiones peligrosas en el hueso vecino, labial, en este caso, a fracturarse.
- D. Eliminada la corona, un elevador recto de clew-dent entre la raíz. En este caso fue necesario realizar el tratamiento endodóntico del incisivo central y lateral y sus apicectomías. Es necesario, en su caso como el presente y los similares que se comentan, verificar el estado clínico del tabique interquístico-sinusal, después de extirpado el quiste, por el método indicado para prevenir accidentes o comunicaciones bicosinuales.
- E. Se vuelve el colgajo a su sitio y se practica varios puntos de sutura.

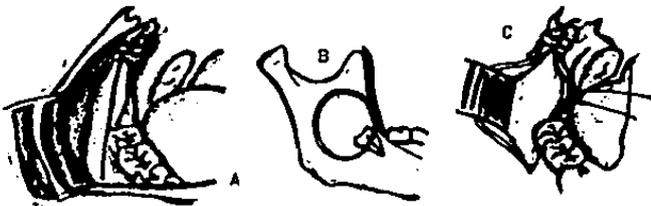


Fig. 4-8.- Quiste dentífero ubicado en la rama ascendente.

- A Trazado de la incisión.
- B Esquema del quiste originado por el tercer molar-- inferior.
- C El colgajo interno es sostenido con un hilo rienda; el externo es mantenido apartado con un separador, facilitando de esa manera las maniobras quirúrgicas, enucleación total de la membrana del quiste, extracción del molar retenido.

### c) Quistes multiloculares

Sinonimia.- uniloculares - multilocular

Histógenes.- Son variantes de los quistes dentígeros; proceden, o bien de varios gérmenes dentarios que desarrollan simultáneamente una degeneración quística, o bien de la lámina-dentaria que forman varios folículos adyacentes, cada uno de los cuales se convierte en un quiste separado.

Epidemiología.- edad adulta

Características generales.- Un quiste unilocular se puede convertir en multilocular, la produce una degeneración quística de sus paredes, formándose quistes hijos o quistes murales. Los quistes multiloculares suelen ocupar la zona de los 3ros.- molares pero pueden extenderse anteriormente hasta el cuerpo o posteriormente por la rama ascendente.

Datos radiológicos.- Extremadamente raro; radiolucencia - multiquística, puede presentar el aspecto de pompas de jabón, - agrandamiento del maxilar; ambas tablas intactas.

Las radiografías de las lesiones quísticas grandes presentan un aspecto multilocular; no obstante, durante la intervención quirúrgica se observa muchas veces que se trata de un --- quiste único de gran extensión con varios tabiques óseos con- aspecto de quistes múltiples separados.

**Características histológicas.-** Quistes múltiples, revestidos de epitelio estratificado, a veces queratinizado, los quistes pueden contener queratina.

**Tratamiento.-** Eliminación con un raspado.

## B) QUISTES PERIODONTALES

Se producen por la proliferación de los restos de Malassez, se clasifican en 4 grupos.

- a) Quiste Radicular
- b) Quiste Residual
- c) Quiste Lateral
- d) Quiste Gingival

### a) Quiste radicular

Sinonimia.- Se conoce con el nombre de quiste periapical o quiste apical y granuloma apical.

Histogenes.- Es el que se encuentra con más frecuencia en las arcadas, se origina en los granulomas que contienen restos epiteliales de malassez en relación con el foramen apical de un diente, al propagarse el proceso inflamatorio de la pulpa hacia la zona periapical del diente se forma una masa de tejido inflamatorio crónico llamada granuloma apical.

Etiología.- Se producen como resultado de una infección dental y tiene un origen inflamatorio.

Epidemiología.- El quiste radicular es mucho más común en el maxilar que en la mandíbula, se presenta en la tercera década de la vida.

### Características generales:

- El diente está desvitalizado y puede presentar un proceso de necrosis pulpar o una restauración.
- A menudo el paciente tiene antecedentes de dolor seguido de alivio en el diente.
- Los quistes radiculares habitualmente no producen una gran deformación en el maxilar afectado.
- El mecanismo de deformación de un quiste radicular es el mismo que es para el granuloma dentario.

Datos Radiográficos.- El quiste radicular se caracteriza por una radiolucencia en forma más o menos clara en la zona apical del diente afectado. La lesión varía considerablemente en tamaño, suele ser más grande que en granuloma dentario y puede extenderse a dos o más dientes. En raras ocasiones puede observarse un quiste radicular que abarca casi todo un cuadrante del maxilar.

En las radiografías no es posible distinguir entre un granuloma dentario y otras lesiones quísticas de la zona, no obstante la presencia de un diente desvitalizado asociado con una radiolucencia periapical indica que se trata de un quiste radicular, un granuloma dentario o un absceso apical considerando el tamaño la radiolucencia apical, se ha sugerido que sobrepasa los 200 mm<sup>2</sup>; se trata casi siempre de un quiste apical.

**Características Histológicas.**- El tejido que es englobado desarrolla un proceso de necrosis y licuefacción, las células epiteliales continúan proliferando y secretando dentro del --- área de licuefacción, de esta forma se origina una cavidad, -- hay trasudación de fluidos inflamatorios en el interior de la cavidad. El quiste crece por expansión produciendo una atrofia por presión del hueso subyacente que forma una línea de -- hueso condensado (lámina dura) alrededor del quiste.

El interior del quiste puede contener fluidos suero, restos necróticos, células blancas o colesterol.

**Diagnóstico Diferencial.**- Un punto cardinal es el siguiente: no se trata de un quiste periapical si el diente conserva su vitalidad (Fig. 4-9).

**Tratamiento.**- El procedimiento más comúnmente aplicado en el tratamiento de quistes periodontales apicales es la enucleación técnica de Extirpación de quistes periapicales, cualquier resto del quiste debe ser removido, que puede formar una vida para la nueva formación del quiste. Debe evitarse el daño a las raíces de los dientes, el quiste periapical pequeño generalmente puede ser enucleado a través del alvéolo. Se introduce una cureta pequeña, su borde afilado contra el hueso y la superficie convexa contra la maniobra del quiste. Por cuidadosa disección el quiste puede ser separado del hueso y quitarse en su totalidad. Si no sale completa, la pared del quiste de-

be ser raspado cuidadosamente para quitar todos los restos del quiste (Fig. 4-11).

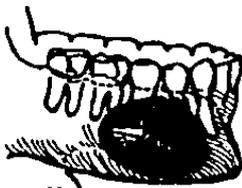


Fig. 4-9.- Quiste periapical; Incisión para levantar el colgajo mucoperióstico. La pared buccal cortical es delgada debido a la expansión del quiste.



Fig. 4-10.- Se evita seccionar el nervio mentonia no dentro del colgajo durante la disección quirúrica.



Fig.- 4-11



Fig.- 4-12



Fig.- 4-13



Fig.- 4-14



Fig.- 4-15

- Fig. 4-11.- Enucleación de un quiste. Se hace la incisión en el borde gingival o en forma semicircular arriba de éste, y se levanta un colgajo mucoperiosteico grandes. Los incisivos centrales no conservan en este caso la vitalidad.
- Fig. 4-12.- Nótese la inserción fibrosa de la pared quística a la capa mucoperiosteica. Debido a una fístula crónica.
- Fig. 4-13.- Se ha quitado el hueso. Puede verse la porción anterior de la pared quística.
- Fig. 4-14.- Se utiliza la parte posterior de una curetapa para separar la pared quística de los lados de la cavidad ósea.
- Fig. 4-15.- La liberación del quiste se realiza haciendo tracción sobre la pared quística con pinzas para separar con curetapa la porción profunda. En los dientes desvitalizados se hace conductoterapia o extracción.

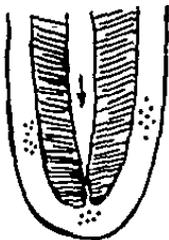


Fig.- 4-16

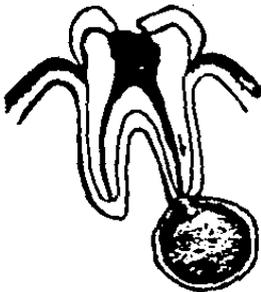


Fig.- 4-17



Fig. 4-18

#### Esquema del desarrollo del quiste radicular

- Fig. 4-16.- Nidos de epitelio en el parodonto; la flecha indica la dirección de la infección en el conducto radicular; la dentina es rayada.
- Fig. 4-17.- De los epitelios en el parodonto, incitados por infección e inflamación, se ha desarrollado un quiste radicular (fungoso); el molar, desde luego está desvitalizado.
- Fig. 4-18.- La situación de la raíz de la Fig. 4-17 con aumento; el espacio periodontal se ensancha en el ápice a un quiste; flecha en el conducto radicular muestra la dirección de la infección.



Fig.- 4-19

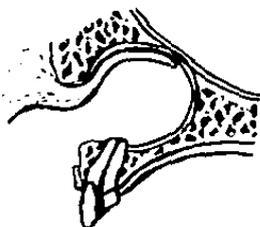


Fig.- 4-20

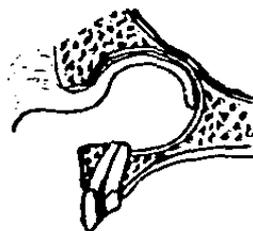


Fig.- 4-21

- Fig. 4-19.- Quiste radicular en el maxilar superior.  
Fig. 4-20.- Incisión en arco de Partsch. El colgajo bucal ha sido replegado.  
Fig. 4-21.- Mediante la incisión en el borde gingival se obtiene un colgajo más largo para cubrir la nariz o el seno maxilar.

## b) Quiste residual

**Sinonimia.**- Se denomina quiste residual a los quistes mesiales y distales, del tercer molar inferior que pueden permanecer o desarrollarse en los maxilares, si no son enucleados.

**Histogenes.**- Inadvertidamente una vez realizada la extracción de un diente, puede representar la degeneración quística de un granuloma que no ha sido eliminado en el momento de la extracción se originan estados inflamatorios agudos, supuración, dolor, tumefacción.

**Epidemiología.**- Es más frecuente en el maxilar que en la mandíbula y la mayoría de los pacientes se encuentran en la cuarta década de la vida.

**Características generales.**- Los quistes residuales descendientes directos de los quistes paradentarios, son los últimos procesos que permanecen en los maxilares después de realizada la extracción del diente que los origina. Esto se debe a que al efectuar la exodoncia sin el correspondiente examen radiográfico que deberá ser de rutina se ignora la presencia del quiste. Son silenciosos y asintomáticos hasta que adquieren cierto volumen, lo que les permite ser más labiles a la infección.

**Datos radiográficos.**- Tal periodo ocurre con frecuencia y son descubiertos por el examen clínico y radiográfico observán

dose una radiotransparencia periapical y una discontinuidad de la membrana periapical y de la lámina dura. Su forma suele -- ser redonda u ovalada siendo frecuentes las variaciones de for ma y tamaño.

Tratamiento.- El tratamiento para el quiste residual es-- la enucleación o marsupialización (Fig. 4-22).



Fig. 4-22.- Quiste Residual. El quiste puede ser ex-- tirpado por enucleación o por el método-- de partsch. Con cualquier método puede-- preservarse la continuidad de las estruc-- turas que salen por el agujero mentoniano.

### c) Quiste lateral

Sinonimia.- Quistes periodontales laterales inflamatorios y quistes periodontales laterales (de desarrollo).

Histogenes.- Los quistes periodontales se originan por la inflamación crónica de la membrana periodontal que contiene -- restos epiteliales de malassez como resultado de la presencia de una pieza dentaria desvitalizada.

Epidemiología.- El quiste periodontal lateral es relativamente raro, suele ser encontrado en adultos sobre la raíz del canino o premolares del maxilar inferior.

Características generales.- Los quistes periodontales laterales pueden encontrarse adyacentes a las raíces del tercer molar inferior, algunos están adyacentes a la bifurcación de las raíces y están bucal o lingualmente con respecto a la pieza dentaria, los que están por lingual parecen ser más comunes, y se infectan y pueden dar origen a una infección diseminada, -- sirven hacia el espacio submandibular (Fig. 4-24).

Existe un acuerdo general que la otra zona más frecuentemente involucrada es la del canino premolar inferior.

Datos radiográficos.- Presenta una zona radiolúcida en -- oposición con la zona de la superficie lateral de una raíz dental, observándose una lesión pequeña bien circunscrita, sus --

bordes son bien definidos estando rodeados por una delgada capa de hueso esclerótico.

Características histológicas.- Está revestido por una pared de tejido conectivo en su parte interna revestida por una capa de epitelio estratificado escamoso, que es delgado y con pocos signos de proliferación. Las células presentan citoplasma claro y núcleos pequeños internamente teñidos, formando este epitelio paraqueratina u ortoqueratina, entonces recibe la clasificación de queratoquiste odontógeno.

Tratamiento.- Está indicada la simple enucleación cuidando de no dañar las raíces de los dientes adyacentes o el hueso alveolar. En particular debe replegarse el colgajo desde los márgenes cervicales de los dientes adyacentes para que la cresta del hueso alveolar pueda ser identificada y preservada.



Fig. 4-23.- Quiste lateral. En este caso los dientes adyacentes están desplazados. Incisión para la extirpación del quiste lateral.

#### d) Quiste gingival

**Histogenes.**- Un quiste gingival se presenta como una lesión circunscrita a veces móviles no ulcerada, de la encía adherente y mucosa alveolar.

**Características generales.**- Es dos veces más frecuente en la mandíbula que en el maxilar y cerca del 90% se observa en la encía bucal y en casi 80% de los casos resulta afectada la zona entre el incisivo lateral y el premolar. Por consiguiente, la superficie bucal de la región entre el incisivo lateral mandibular hasta el segundo premolar constituye la localización más común.

**Epidemiología.**- Ambos sexos son afectados por igual, especialmente en la sexta década de la vida.

**Datos radiográficos.**- Muestran una zona radiolúcida circunscrita, ésta a menudo es confundida con un agujero mentoniano, en quiste periodóntico lateral o quiste radicular lateral.

**Características microscópicas.**- Puede verse un quiste revestido por un epitelio cúbico. En el tejido conectivo no se observan células inflamatorias, aunque puede presentarse un infiltrado mínimo.

**Tratamiento.**- El tratamiento adecuado es la incisión.

## CAPITULO V

### QUISTES NO ODONTOGENICOS

#### A) QUISTES FISURALES

Su origen en la zona de fusión de los procesos faciales, por eso reciben el nombre colectivo de quistes fisurales. Se clasifican en 4 grupos que son:

- a) Quistes Mediales
- b) Quistes Globulomaxilares
- c) Quistes Nasoalveolares
- d) Quistes Nasopalatinos

##### a) Quistes Mediales

Sinonimia.- Quiste de la línea media alveolar Robinson--- cre que son quistes primordiales de gérmenes de dientes supernumerarios.

Histogenes.- Se presenta en la sínfisis y son el resultado de un englobamiento epitelial durante la fusión de las mitades de la arcada. Es un quiste de hueso que se forma en la hendidura media del paladar por restos embrionarios.

Características generales.- Estos quistes causan divergencias de las raíces de los incisivos centrales y una superposi-

ción de los ángulos mesioincisales de las coronas (los dientes son vitales) estos quistes están cerca del piso de la nariz e invaden la cavidad nasal.

Datos radiográficos.- Los datos radiográficos son desorientadores por la supuración de las membranas de los senos paranasales, la inyección de un material radiopaco delinearán el quiste.

Características histológicas.- Tiene un saco de tejido conectivo cubierto por epitelio estratificado.

Diagnóstico Diferencial.- Los quistes de la línea media se diferencian de los quistes del canal incisivo debido principalmente a su localización ya que éstos ocurren más hacia atrás del paladar.

Tratamiento.- El tratamiento consiste en reflejar el mucoperiostio de las células de los dientes profundamente hacia abajo en el fondo del pliegue. Se elimina el hueso bucal que suele ser delgado y se visualiza el quiste que se deberá enuclea cuidadosamente para no lesionar el ápice de los dientes-vecinos. Si alguno de estos dientes quedase desvitalizado se deberá efectuar su tratamiento de conductos. Después de la enucleación del quiste se pueden enderezar gradualmente los dientes.

b) Quiste globulomaxilar

Sinonimia.- Quiste fisural lateral de la cara y (premaxilar).

Histogenes.- Se pueden producir en cualquier lado del maxilar; ésta se encuentra en el lugar correspondiente a la fusión o soldadura de los procesos globular y maxilar.

Etiología.- Debido al englobamiento del epitelio durante la fusión de los procesos maxilares y de la porción globular del proceso nasal medial. Es cuando por una proliferación de los restos epiteliales (por razones infecciosas o traumáticas).

Epidemiología.- Según Braskar: ocupan 17% de los quistes no odontogénicos, se encuentra en mayor proporción en la raza negra. Este quiste suele aparecer clínicamente antes de la edad de 30 años, no parece haber predilección sexual, aunque tal vez aparezca con más frecuencia en varones que en hembras.

Características generales.- Se forma casi siempre entre las raíces del incisivo lateral y el canino causando una divergencia de las raíces en sus extremos. Generalmente estos dientes responden a las pruebas vitales. Clínicamente no da ningún síntoma aparente, lo único real es el rechazo de los dientes citados, cuando adquiere mayor volumen puede infectarse dando los síntomas de crepitación y fluctuación.

Radiográficamente.- Revelan una zona radiolúcida perifor-  
me entre el canino y el incisivo lateral. El cuello de la "pe-  
ra" se halla entre las partes coronarias de los dientes. Las-  
raíces del canino e incisivos lateral suelen estar separados -  
por la imagen radiolúcida.

Características histológicas.- Según el tipo de epitelio-  
englobado en el periodo de fusión, la membrana quística puede-  
estar constituida por epitelio escamoso estratificado (oral) o  
epitelio pseudoestratificado columnar (respiratorio). Microscó-  
picamente la cavidad quística revelada de epitelio escamoso es  
estratificado o respiratorio, la pared del quiste demuestra in-  
filtración de plasmocitos y linfocitos.

Tratamiento.- Consiste en la total enucleación del quiste  
aún que los dientes acostumbra estar vitales en algunas oca-  
siones se puede perder esta vitalidad en cuyo caso será neces-  
ario practicar un tratamiento de conductos o bien extracción de  
dichos dientes.

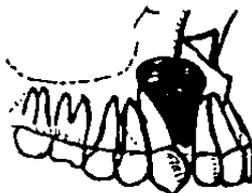


Fig. 5-1.- Quiste globulomaxilar. Aspecto perifor-  
me típico en la radiografía. El incisivo lateral-  
y el centro adyacentes, que han sido despla-  
zados por el quiste conservan su vitalidad. La  
herida se cierra con drenaje si hay infección  
secundaria.



Fig.- 5-3



Fig.- 5-4



Fig.- 5-5



Fig.- 5-6



Fig.- 5-7

#### Quiste globulomaxilar

- Fig. 5-2.- Técnica de marsupialización.
- Fig. 5-3.- La enucleación del quiste globulomaxilar en este caso puede poner en peligro los dientes adyacentes.
- Fig. 5-4.- La incisión se hace a través del mucoperiostio. Se quita la porción central del colgajo.
- Fig. 5-5.- El hueso sobre el quiste se quita para que corresponda con el delineamiento de la cavidad subyacente.
- Fig. 5-6.- Se quita la porción expuesta del quiste y se somete a examen microscópico.
- Fig. 5-7.- Se sutura la mucosa a la pared quística con una invaginación del colgajo mucoperióstico. La cavidad se empaca con gasa durante cinco días.

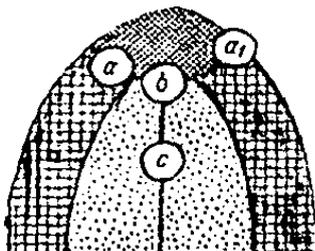


Fig. 5-8.- Esquema de los quistes superiores no odontógenos.

- (a) y (b) Quistes glóbulo-maxilares.
- (a1) quiste antro-nasal.
- (b) Quiste nasopalatino.
- (c) Quiste palatinal (según Rotter y Lapo).

### c) Quiste nasolabial

**Sinonimia.**- Se le conoce con el nombre de nasolabial y -- quiste klestadt, el quiste se forma en la unión de los proce-- sos globular, lateral nasal y maxilar superior, produce una tu-- mefacción en la inserción del ala de la nariz y al crecer en-- la cavidad nasal.

**Histogenes.**- Se presenta en la parte alta del fondo del-- pliegue mucobucal del maxilar por encima de la zona compendi-- da entre el incisivo lateral y el canino.

**Etiología.**- Se produce por un enclavamiento del epitelio-- en la unión del proceso maxilar lateral nasal y nasal interno. Se puede extender dentro del suelo de la nariz o sobre la cara por debajo del ala de la nariz.

**Epidemiología.**- El quiste nasolabial ocurre principal-- mente alrededor del 75% en mujeres y por lo menos en los Esta-- dos Unidos parece ocurrir con más frecuencia en individuos de-- raza negra.

**Características generales.**- Se localiza en la base de las raninas, ocasiona una tumefacción que puede verse y palpase-- , debajo del labio superior, así como el piso nasal todos los -- dientes de la región poseen vitalidad.

**Datos radiográficos.**- No muestra ninguna alteración ósea, puede aparecer una radiolucencia si el quiste produce una re--

sorción ósea por la presión desde el lado del periostio.

Características histológicas.- Microscópicamente está tapizado por epitelio respiratorio o escamoso estratificado o -- con más frecuencia, por epitelio cilíndrico pseudoestratificado o por una combinación de estos epitelios.

Diagnóstico diferencial.- Es el único miembro que afecta los tejidos blandos.

Tratamiento.- El tratamiento de elección es la enucleación del quiste, consta en la incisión quirúrgica completa. -- El quiste nasoalveolar generalmente se quita intrabucalmente-- por una incisión cuidadosa de la membrana sobreyacente enucleando el quiste.



Fig. 5-9.- Quiste nasoalveolar.- Este quiste no presenta signos radiográficos. Generalmente hace prominencia en el piso de la nariz y se quita in trabucalmente.

d) Quiste nasopalatino

Sinonimia.- Se les conoce con el nombre de quiste del canal incisivo, y quiste de la papila palatina, y maxilar anterior mediano.

Histogenes.- Se localiza en la papila incisiva o en el -- conducto nasopalatino. Los quistes que se presentan en el cen-- tro del hueso son llamados quistes del canal incisivo. Tiene-- su origen en la parte inferior del conducto.

Epidemiología.- La frecuencia de este quiste en el adulto es muy dudosa, el quiste nasopalatino es el más común de los-- quistes del desarrollo, siendo observado en 1 de cada 100 pa-- cientes. No hay predilección sexual. Clínicamente es eviden-- te que se encuentra en la cuarta y sexta década de la vida.

Características generales.- Están formados a partir de -- los remanentes persistentes de los dos conductos nasopalatinos, situados a los lados de la línea media de la parte anterior -- del paladar por encima de la papila palatina. El quiste afec-- ta a veces al canal incisal y en algunas raras ocasiones apare-- ce la presencia de un pequeñísimo conducto quístico en cada la-- do de la papila palatina. Estos quistes no dan síntomas clín-- icos, si no se afectan secundariamente. Cuando se infectan se-- puede notar una descarga persistente de pus que sale bajo pre-- sión.

El sondeo de la perforación generalmente deja que escape el líquido, pero la tumefacción reaparece si el quiste no se quita quirúrgicamente. Los quistes nasopalatinos generalmente contienen una membrana gruesa de tejido conectivo.

Datos radiográficos.- Se muestra una zona radiolúcida circunscrita en la parte anterior del maxilar, por lo general la "samba" de la espina nasal se superpone a la radiolucencia comunicando a ésta un contorno en forma de corazón. Estos quistes no crecen dentro del hueso ni alteran de una manera importante la mucosa sobreyacente, se les llama quistes de la papila palatina y se diferencian de un quiste óseo por medio de la radiografía y por examen quirúrgico.

Características histológicas.- Microscópicamente muestra un revestimiento de epitelio respiratorio y escamoso estratificado, presencia de glándulas mucosas y nervios en la pared de tejido conectivo (lo cual se distingue esta lesión de otros quistes) e infiltración de linfocitos y plasmocitos en dicho tejido. Puede estar tapizado por epitelio escamoso o estrafificado, según los restos epiteliales que pertenezcan al conducto nasal o al extremo oral.

Diagnóstico diferencial.- Se les llama quistes de la papila palatina y se diferencian de un quiste óseo por medio de la radiografía y por examen quirúrgico.

Tratamiento.- Consiste en reflejar el periosteo mucopala-  
tino dejando a la vista el canal incisal y enucleación, a ve-  
ces es necesario ligar o cortar el paquete neurovascular en el  
punto en que abandona el orificio en cada extremo con cargut -  
porque se producirá una hemorragia, después de la enucleación-  
colocaremos el colgajo en su sitio suturándolo con suturas in-  
terdérmicas.



Fig. 5-10.- Incisión para un quiste del conducto naso-  
palatino.

## CAPITULO VI

### QUISTES OSEOS

Los quistes óseos se clasifican en 3 grupos:

- a) Quiste óseo aneurismático.
- b) Quiste óseo estático.
- c) Quiste óseo traumático.

#### a) Quiste óseo aneurismático

Histogenes.- Barnier y Bkaskar sugieren que el quiste --- óseo aneurismático y el granuloma de reparación de células gigantes tiene un origen común en un hematoma de médula. Si se mantiene una comunicación circulatoria con el vaso lesionado-- resulta con él un quiste óseo aneurismático y en caso contrario, un granuloma de reparación de células gigantes.

Epidemiología.- Esta lesión afecta con mucho mayor fre--- cuencia al maxilar inferior que al superior, produciendo una-- corteza dilatada o abombada y sensible a la presión. No parece haber preferencia sexual.

Características generales.- Ocurre con mayor frecuencia-- en los huesos largos y en las vértebras. Menos del 1% ocurre-- en los maxilares. No es un verdadero quiste ya que está roves tido de epitelio. Los pacientes son casi siempre jóvenes y a-

manudo hay una anamnesis de trauma aunque su papel es discutible.

Datos radiográficos.- Esta lesión aparece como una radiotransparencia unilocular o multilocular que abomba la corteza.

Diagnóstico diferencial.- Macroscópicamente la pieza tiene color marrón rojizo y contiene sangre. Microscópicamente se parece al granuloma de reparación de células gigantes. Sin embargo sobresalen los espacios vasculares.

Tratamiento.- Entre los numerosos capilares y espacios intercomunicados llenos de sangre hay signos de hemorragias antiguas y recientes, puede haber un gran número de células multinucleares. Los espacios vasculares pueden estar obliterados por degeneración hialina y trombos. La apertura de la cavidad es suficiente para formar un coágulo que asegura que la cavidad se reparará ella misma por formación de hueso nuevo.

## b) Quiste óseo estático

Sinonimia.- El quiste óseo estático llamado quiste (de desarrollo latente; de Stfne) (Fig. 6-1).

Histogenes.- No es un verdadero quiste; sino un defecto-- asimétrico del desarrollo en el maxilar inferior en el surco-- hecho por la arteria facial donde cruza al hueso, o cerca del-- mismo; el tamaño de la cavidad varía entre 1 cm hasta 2 cm.

Epidemiología.- La edad media al efectuar el diagnóstico-- fue de 57 años (desde 33 hasta 72 años puede ocurrir bilateral-- mente).

Características generales.- Como el tamaño de este quiste no varía con el tiempo ha sido denominado estático o latente.- Suele tener un borde nítido y denso. No se ha encontrado en-- la cavidad, planteándose la interrogante de si el tejido ha si-- do desplazado durante la operación quirúrgica o si no ha habi-- do nunca algo dentro de la cavidad.

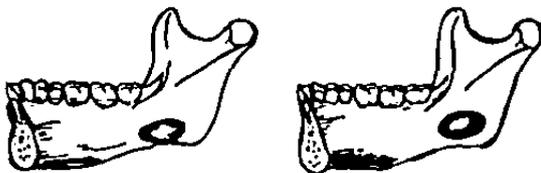


Fig. 6-1.- Esquema de la localización típica de las cavidades óseas estáticas.

### c) Quiste óseo traumático

Sinonimia.- Quiste óseo traumático, quiste por extravasación, quiste óseo solitario, quiste óseo hemorrágico, quiste óseo unilocular, quiste óseo simple y cavidad ósea progresiva.

Histogenes.- La localización más frecuente del quiste óseo traumático es el cuerpo del maxilar inferior entre el canino y la rama (es decir la zona que normalmente contiene la médula hematopoyética).

Etiología.- Existen numerosas teorías sobre su etiología pero ninguna ha ganado aceptación generalmente la más popular, la de una hemorragia intraósea, de origen traumático.

Epidemiología.- La gran mayoría (aproximadamente el 80%) aparecen antes de los 25 años, es decir, durante la primera y segunda década.

Características generales.- El quiste es una cavidad solitaria en el hueso, generalmente asintomática, sin revestimiento epitelial y muchas veces contiene un poco de suero. La presión intraquistica es baja en comparación con la mayoría de los quistes, la lesión suele ser descubierta durante un examen radiográfico sistemático, pero en aproximadamente del 25% al 35% de los pacientes hay una dilatación bucolabial del maxilar que indica que ha existido una presión. En el 10% hay dolor.

**Características microscópicas.**- Las paredes óseas del quiste están desnudas (aproximadamente el 60% o están cubiertas -- por un tejido conjuntivo laxo en forma de una delgada película, la localización en el maxilar superior es muy rara).

**Datos radiográficos.**- Si el quiste es grande hay a menudo alrededor del 60% hay recortamiento de la cavidad entre las -- raíces de los premolares y molares o en zonas más alejadas de los dientes.

Los márgenes están menos definidos que en el quiste usual, aunque hay algún grado de condensación marginal es más del 60%. Este proceso se extiende algunas veces dentro del proceso alveolar en más del 70% la lesión envuelve a las raíces de los -- dientes salidos, puede haber pérdida de la lámina dura (Hower).

## CAPITULO VII

### QUISTES DE RETENCION

Los quistes de retención se clasifican en 2 grupos:

- a) Ránula.
- b) Mucocele.

#### a) Ránula

Sinonimia.- Por su semejanza con la bolsa laringea de las ranas (cele) (hernia).

Histogenes.- Es un quiste de retención del suelo de la boca parece que se debe a la obstrucción traumática de un conducto de una glándula sublingual. Es de color azulado debido a la delgadez de sus paredes.

Etiología.- Se produce como consecuencia de un defecto en el conducto de Warthon (glándula submaxilar) o en el de Bartholin (glándula sublingual mayor).

Características generales.- Es unilateral y se puede convertir en muy grande extendiéndose por el interior de los espacios sublinguales. Una ránula es una tumoración grande en el piso de la boca de consistencia blanda y llena de mucus.

Cuando llega a ser de tamaño grande, la mucosa se adelgaza y el quiste presenta un color azulado. Es una lesión no dolorosa, pero la lengua puede ser levantada, lo que dificulta la masticación y la fonación, la rínula puede perforarse cuando sana la lesión. El tamaño de la rínula no puede calcularse por su aspecto dentro de la boca. Está tensa y fluctuante, pero se deprime a la presión.

Pocas veces causa una tumefacción externa y rara vez se infecta. Es indolora contiene un líquido mucoide, la rínula es mucho más firme que el angioma, que se encuentra en el piso de la boca y los lipomas son más firmes.

Diagnóstico diferencial.- La rínula es idéntica al mucocele, salvo que se está asociando con glándulas de mayor tamaño, razón por la cual su dimensión es mayor.

Tratamiento.- Consiste en la marsupialización del quiste por incisión su techo vaciado los contenidos de mucosas por aspiración y suturando después los bordes del quiste desarrolla un proceso de metaplasia transformándose un epitelio oral escamoso.

A veces se puede conseguir la enucleación completa de quiste pequeño; no obstante es raro que las rínulas grandes se puedan eliminar intactas, una vez que se ha roto la membrana es difícil encontrar un plano de despegamiento, la marsupiali-

zación es el método de elección. La operación de Pritsch o marsupialización de una ránula se considera el mejor procedimiento quirúrgico.

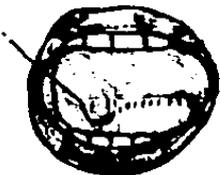


Fig.- 7-1



Fig.- 7-2



Fig.- 7-3

Fig. 7-1.- Marsupialización de una ránula.- Colocación de la sutura a través de la mucosa hasta la pared quística subyacente.

Fig. 7-2.- Corte transversal.

Fig. 7-3.- Se hace una ventana y se aspira el contenido del quiste el piso del quiste se incorpora al piso de la boca.

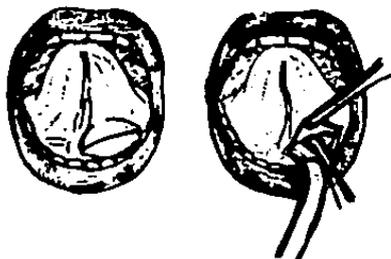


Fig. 7-4.- Incisión para la enucleación de una ránula.

## b) Mucocele

**Histogenes.-** Estos quistes suelen aparecer en la cara interna de los labios, más en el inferior que en el superior. -- Puede variar su tamaño desde 0,5 a 4 cm.

**Etiología.-** Es un quiste de retención de una de las múltiples y pequeñas glándulas salivales de la cavidad oral producida por el bloqueo de su conducto escretor.

**Características generales.-** Mucocele por retención de mucus; fenómeno de retención aparece en las regiones de las glándulas salivales de la mucosa bucal. Se presenta como una lesión pequeña y circunscrita de la mucosa, generalmente elevada, translúcida u azulada, se localiza profundamente, la palpación pone de manifiesto una forma circunscrita que se desplaza con facilidad. Los labios y la lengua constituyen los sitios preferidos. Las lesiones superficiales se abren frecuentemente y luego de descargar una sustancia mucoide viscosa y se colapsan, por lo general el contenido es moco claro o amarillento.

**Datos radiográficos.-** En la radiografía se nota un ensanchamiento del seno maxilar, hacia el hueso cigomático o hacia la nariz el hueso del lado de la órbita o de la nariz respectivamente, puede ser destruido.

**Características microscópicas.-** La lesión plenamente desarrollada consiste en una cavidad quística llena de un material

homogeneo levemente basófilo, que es mucus. Dispersas por esta sustancia pueden observarse células redondas, tumefactas, -- al parecer en degeneración, el revestimiento está formado únicamente por tejido de granulación y en circunstancias extremadamente raras, por epitelio. La glándula salival así como el tejido conectivo en la vencidad del mucoccele muestra infiltración de neutrófilos, linfocitos, plasmocitos.

Tratamiento.- Consiste en la incisión total, el quiste se elimina por entero. Cuando esto no se puede hacer, el quiste debe escenderse a lo largo de la mucosa adyacente, la hemorragia no acostumbra a ser ningún problema sobre todo si se ha empleado anestesia local. Los vasos sangrantes se pueden ligar fácilmente; el cierre se efectúa con un material de plástico--fino.



Fig. 7-5.- Remoción de un mucoccele; el bisturí hace una pequeña incisión a través de la mucosa.



Fig. 7-6.- Tijeras finas utilizadas para separar la pared del quiste de los tejidos adyacentes.



Fig. 7-7.- Método alterno; una incisión elíptica que deja la membrana mucosa intacta sobre la membrana del quiste puede ayudar a disecar el mucocele.

## CAPITULO VIII

### QUISTES DISONTOGENICOS

Los quistes disontogénicos se clasifican en 4 grupos:

- a) Quiste Dermoide.
- b) Quiste de la Hendidura Branquial.
- c) Higroma quístico.
- d) Quiste del conducto tirogloso.

#### a) Quiste dermoide

Sinonimia.- El quiste dermoide se conoce con el nombre de epidermoide y el quiste dérmico constituyen variantes del quiste epidermoide (dermoide medial) (línea media y lateral) (Fig. 8-1).

Histogenes.- Probablemente tiene su origen siempre encima del músculo milohioideo, aunque pueden penetrar a través de un hiato de desarrollo, se origina cuando al cerrarse fisuras embrionales quedan incluidas partes ectodermales en el mesénquima quiere decir que haya retención de gérmenes epidermis: el quiste.

El quiste dermoide de la cavidad oral es un quiste que se presenta en la línea media, se puede localizar por encima y -- por debajo de los músculos milohioideo y geniogloso. Si está--

por encima de estos músculos la lesión se localiza en la parte anterior del suelo de la boca, pero si se halla por debajo de estos músculos aparecen en el área submental.

Epidemiología.- Suelen aparecer clínicamente entre los 12 y 15 años de edad. No hay predilección de sexo.

Características generales.- Por palpación se aprecia una masa de consistencia como la masilla. Estos quistes pueden variar en cuanto su tamaño, se pueden ir desde 0.5 a 10 cm de diámetro. Suelen ser de paredes gruesas, contienen material gaseoso y queratina. Habitualmente en el piso de la boca o en la mejilla. Cuando se localizan en el piso de la boca, pueden elevar la lengua y dificultan el habla y la masticación, "pastoso" al tacto, pero puede ser fluctuante, los cortes revelan un material gaseoso o líquido.

Características histológicas.- Microscópicamente estos quistes pueden contener derivaciones de cada una de las tres hojas blastodérmicas. El quiste muestra un revestimiento de epitelio escamoso estratificado y queratinizado, y su cavidad contiene habitualmente queratina. En la pared de tejido conectivo del quiste es posible encontrar glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas y folículos pilosos.

Tratamiento.- Los quistes demoides se eliminan por vía intraoral o extraoral, dependiendo de su situación en relación--

con el músculo milohioideo los que están por encima del músculo se abordarán por una incisión media vertical que comenzará por arriba, en la cara ventral de la lengua y se dirigirá hacia abajo entre las carúnculas de los conductos de Wanthon hasta la cara lingual de la mandíbula.

Con mucho cuidado y mediante desectores romos, tijeras -- curvas de mayo hemostatos, se separa la pared del quiste ambos lados de la incisión.

Para separar el quiste de la musculatura adyacente y las fascias musculares, se emplean los rollos de esponjas y los dedos índices recubiertos por guantes. Quistes dermoides supra-milohioideos están insertados o unidos a los tubérculos genianos, estos anclajes deberán ser cortados ligados.

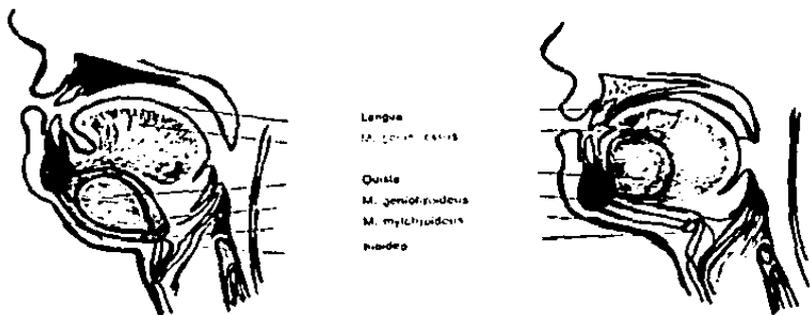


Fig. 8-1.- Representación esquemática de la ubicación de los quistes dermoides típicos.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

b) Quiste de la hendidura branquial

Sinonimia.- El quiste de la hendidura branquial también se le conoce como quiste lateral de cuello.

Histogenes.- Respecto a su origen, en un tiempo se creyó que este quiste derivaba de los vestigios del arco branquial, sin embargo se ha demostrado que se originó a partir de inclusiones epiteliales en el interior de los ganglios linfáticos cervicales. Se origina debido al cierre deficiente del segundo surco branquial y de la bolsa faríngea correspondiente.

Etiología.- Se forma de los restos del epitelio de los arcos branquiales y pueden formar quistes extensos en el cuello y en las regiones postaurinas y dan lugar a fístulas de drenaje.

Epidemiología.- No obstante, un 10% a 15% se observa en el ángulo mandibular y en raras ocasiones se encuentra uno en el piso de la boca. Se trata de lesiones que se presentan habitualmente entre los 20 y 40 años.

Características generales.- Los quistes branquiales son tumefacciones circunscritas y móviles que generalmente aparecen en el costado del cuello medial del músculo esternocleidomastoideo; este quiste por lo general no causa trastornos; los pacientes llegan al médico porque les inquieta la tumefacción en el cuello.

**Características histológicas.-** Los quistes branquiales es tán tapizados por epitelio respiratorio o epitelio escamoso es tratificado y rodeados por tejido linfoideo. Este último posee todas las características de un ganglio linfático. No obstante, si el quiste es grande puede comprimir la estructura linfática y en ese caso el tejido linfoide se ve tan sólo como una zona de células densamente apretadas.

**Tratamiento.-** Corresponde al cirujano general y consiste en su total incisión. Desgraciadamente estos quistes son rebeldes y repetidamente recidivan a pesar de la intervención y del cuidado observado

c) Higroma quístico

Son quistes de cuello y de la cabeza que aparecen en los niños recién nacidos.

Están tapizados por endotelio llenos de un líquido linfático, pueden alcanzar tamaños tremendos. También al campo del cirujano general debido a la extremada delgadez de sus paredes, son muy difíciles de extraer.

#### d) Quiste del conducto tirogloso

**Sinonimia.**- El conducto epitelial ciego, que desciende -- desde la lengua hasta la localización de la futura glándula Tiroides, se denomina conducto tirogloso.

**Histogenes.**- Es una lesión de la línea media que se origina en el conducto embriológico tirogloso el cual termina por la parte superior en el agujero ciego de la lengua y posterior en el punto medio del cuello en la zona del hueso hioides.

Después del descenso y la diferenciación de la tiroides, - el conducto general, pero deja una estela de numerosos restos epiteliales. Estos restos pueden experimentar una degenera---ción quística y originar un quiste tirogloso.

**Etiología.**- Estas lesiones congénitas resultan de persistencia parcial del conducto embrionario entre el tiroides y la base de la lengua.

**Epidemiología.**- Más del 50% aparecen durante las primeras décadas de la vida. No hay ninguna predilección sexual.

**Características generales.**- La primera manifestación de--este quiste puede ser la apertura de una fístula en la línea--media del cuello o a veces ligeramente desviada de la línea --media.

Los quistes pueden estar conectados al agujero ciego por conductos únicos o múltiples o carecer de comunicación, los quistes que tienen su origen cerca de la boca tienen más probabilidad de estar revestidos por un epitelio escamoso estratificado. Quizás existan focos de tejidos tiroideo aberrante dentro del tejido conjuntivo de la lengua.

Tratamiento.- Estos quistes los suele tratar el cirujano general a través de una incisión externa, generalmente es necesario sujetar una sección de la parte media del hioides mientras el extremo inferior del quiste se une a él.

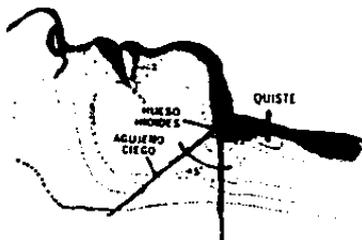


Fig. 8-2.- Quiste Tirogloso.



**Fig. 8-3.- Ubicación típica de quistes tirogloscos (según Thoma).**

1. Debajo del foramen ciego.
2. Piso de la boca.
3. Región encima del hueso hioideo.
4. Región debajo del hueso hioideo.
5. Encima de la glándula tiroides.
6. A la altura de la fosa supraesternal.

## CONCLUSIONES

Si bien esta enfermedad no es muy frecuente en la práctica del odontólogo, es necesario que los colegas estén bien -- orientados acerca de los quistes de los maxilares. En parte-- exacerbaciones agudas o sea procesos inflamatorios obliga a de-- cisiones rápidas, en parte se trata de hallazgos casuales en-- radiografías. En todos los casos el paciente pide explicacio-- nes acerca de la enfermedad aún cuando el odontólogo no haga-- el tratamiento

Finalmente habrá que realizar a veces tratamientos postop-- eratorios en su consultorio en caso que fueran atendidos en-- la clínica especializada para ser operados. Por eso el odontó-- logo debe estar al tanto acerca del diagnóstico y la terapéuti-- ca de los quistes maxilares, aún cuando no se operen todos los casos en su consultorio. Por estas razones me parece justifi-- cado que debieran realizarse lecturas de consulta constantemen-- te.

## BIBLIOGRAFIA

1. AGRANT, B. Gurslanick W.  
Valoración del paciente antes de la Intervención.  
Tratado de Cirugía Oral.  
Edit. Salvat, S.A.  
España 1971.
  
2. ARCHER HARRY, W.  
Oral and Maxilo Facial Surgery. (Cirugía Bucal)  
Reimpresión de la 2da. Edición castellana Tomo II  
Edit. Mundi, S.A. C I F 1978.
  
3. BRASKAR S.N.  
Patología Bucal  
Edit. Ateneo, 2a. Edición  
Buenos Aires, 1977.
  
4. CAWSON, R.A.  
Cirugía y Patología Odontológica  
Edit. El Manual Moderno, S.A. de C.V.  
México, D.F., 1983.
  
5. EMMETT R., Costich; Raymond P. White J.P.  
Cirugía Bucal  
Edit. Interamericana, S.A. de C.V.  
Primera Edición en España 1974.

6. GORLIN, R.L., Golman H.M.  
Patología Oral  
Edit. Salvat, 1ra. Edición  
Barcelona, España, 1977
  
7. HERBERTH HARNICHS, Berlin  
Clínica Terapéutica de los Maxilares  
Edit. Quintessence Boos.  
Berlin y Chicago, 1973.
  
8. KRUGER, Gustavo  
Tratado de Cirugía Bucal  
Edit. Interamericana, S.A., 4ta. Edición  
México, D.F., 1978.
  
9. RIES CENTENO, G.A.  
Cirugía Bucal  
Edit. Ateneo, 7ma. Edición  
Buenos Aires, Argentina, 1975.
  
10. ROSSI, Ernesto  
Tumores de los Maxilares  
Edit. "La Medica Rad"
  
11. SABITON, David Cristopher  
Tratado de Patología Quirúrgica  
Edit. Interamericana, Décima Edición, Tomo I  
1974.

12. STAFNE GIBILISCO, Edward C.  
Diagnóstico Radiográfico en Odontología  
Edit. Médica Panamericana  
4a. Edición en inglés  
1a. Edición en español  
1978.
13. STANLEY L., Robbins  
Patología Básica  
Edit. Interamericana  
México, D.F., 1979.
14. THOMA GORLIN, Herry, M. Godman  
Patología Oral  
Vol. 4,  
Edit. Salvat  
España, 1981.