

29
2/9

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

QUISTES DE ORIGEN DENTARIO

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

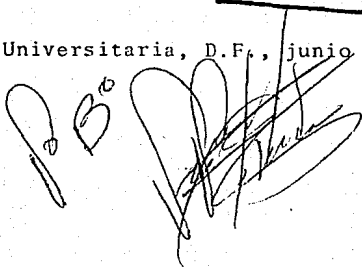
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

JOSE LUIS BELTRAN SANCHEZ DE APARICIO

FALLA DE ORIGEN

Cd. Universitaria, D.F., junio de 1989.





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 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.

INDICE

	página
INTRODUCCION	3
QUISTES DE ORIGEN DENTARIO.....	4
CAPITULO I	
QUISTE PARODENTARIO (PERIODONTAL).....	5
A) PERIAPICAL	5
B) LATERAL	17
C) RESIDUAL	20
CAPITULO II	
QUISTE PRIMORDIAL	26
CAPITULO III	
QUISTE DENTIGERO	21
CAPITULO IV	
QUERATOQUISTE.....	27
CONCLUSIONES.....	32
BIBLIOGRAFIA.....	32

I N T R O D U C C I O N

A través de esta tesina pretendo dar a conocer al odontólogo las patologías quísticas que se pueden presentar en el consultorio dental, y para poder enfrentar en la práctica general, diagnosticar y proceder a una técnica adecuada para así no cometer errores.

Asímismo, este trabajo tiene la finalidad primordial de dar a conocer el origen y las manifestaciones para que se le proporcione al paciente un tratamiento adecuado.

QUISTES DE ORIGEN DENTARIO

DEFINICION.

Quiste es una entidad nosológica particular, que se caracteriza por estar formada por una bolsa conjuntivo epitelial, con un contenido líquido o semilíquido, sólido, en relación con un órgano dentario adulto o embrionario. En algunos ejemplos este epitelio de la bolsa no existe: son los quistes no epiteliales por lo tanto, son dos los grandes tópicos de los quistes odontogénicos: inflamatorios, o sea formados a expensas de las complicaciones crónicas de una gangrena pulpar (quistes paradentarios y quistes residuales y los que tienen origen en los tejidos embrionarios odontogénicos o de desarrollo (quistes periodónticos laterales, quistes dentígeros, quistes primordiales, queratoquistes).

Y aquí sólo veremos los de origen dentario.

Estas lesiones quísticas se clasifican en:

De origen dentario:

- a) Periodontal
 - . Periapical
 - . Lateral
 - . Residual
- b) Primordial (folicular)
- c) Dentígero
- d) Querato quiste.

QUISTES PARODENTARIOS

DEFINICION.

Los quistes parodontarios son tumores inflamatorios a marcha crónica, con asiento en cualquiera de los dos maxilares, formando por una bolsa conjuntiva epitelial, de contenido líquido o semilíquido y originados por un granuloma, complicación de una caries con gangrena pulpar o de un diente mortificado sin caries.

SINONIMIA.

Quiste uniloculares (Heyden reich), epiteliales uniloculares (Nimier) alveolodentario (Forget), periosticos (Magitot), odontopáticas (Duplay) radiculares (Aguilhon de Sabran), radículo dentarios (Malosse), apendiculares (Abarran), apicales, granuloma quístico (Radier).

ETIOPATOGENIA.

Prescindiendo de toda reacción consecutiva a una agresión enérgica, es decir, fenómenos flogísticos, de carácter agudo (que implica siempre fenómenos necróticos), pasaremos a estudiar aquellos que han de dar origen a procesos de neoformación.

"Las muescas de destrucción en la superficie del cemento hipertrofiado prueban que después de una inflamación moderada, persistente, que trajera como consecuencia esta hipertrofia, se producen en distintos sitios focos de inflamación aguda, destructivas, concluyen por ser reemplazados por una inflamación neoformativa.

Entre los estímulos capaces de provocar fenómenos flogísticos de esta naturaleza. Ribbert, reconoce que:

- a) Bacterias, que conservan su actividad durante años;
- b) Cuerpos extraños de todas clases:
- c) Las masas formadas por extensas porciones de tejido necrosado y que requieren un largo tiempo para su desaparición.

Frente, pues, a estos estímulos, tendremos en el periodonto los mismos procesos crónicos que se observan en todos los tejidos conjuntivos.

- 1) Proliferación de los elementos preexistentes;
- b) Infiltración
- c) Neoformación de vasos.

En los procesos de neoformación el papel más importante está reservado, por así decirlo, a los fenómenos de multiplicación celular.

La formación de la cavidad quística. La formación de la cavidad quística ha sido explicada por diversas teorías.

Romar: por degeneración y muerte de las células epitaliales más centrales de un islote.

Partsch; degeneración grasosa del tejido de granulación y su aislamiento por el epitelio.

Para Romar, la cavidad no está en contacto con el apice del diente, lo que vendría a demostrar que son los elementos centrales del islote los primeros que sufrirían por falta de nutrición, una degeneración hidrópica, hueca después, que fusionándose darían la cavidad.

Partsch sostiene que ésta clase de degeneraciones es muchísimo más frecuente en el tejido de granulación (para él, degeneración grasosa).

Para Proell existe una acción concomitante entre los focos necróticos y el epitelio, cuya proliferación tenderá siempre al aislamiento total de aquellos y ulteriormente a la formación de la cavidad.

Todos los autores coinciden en las causas que influyen en el desarrollo de la cavidad.

Las células epitaliales proximas a la cavidad, más alejada del medio nutritivo, sufren la degeneración grasosa para incorporarse definitivamente al contenido quístico.

Los quistes parodontarios tienen gran predilección por los maxilares superiores que en el inferior, son más frecuentes en la parte superior de ambos maxilares que en la parte inferior, como las estadísticas tomadas de los casos estudiados e intervenidos durante doce años en la Cátedra de Patología y Clínica bucal y en nuestra clientela particular, nos dió en 1937 las cifras siguiente, que publicamos en nuestro trabajo. Los quistes parodontarios ("Rev. Odont", 25: 393.490. 576.628.1937).

Quistes parodontarios del maxilar Sup.	236
Quistes parodontarios del maxilar Inf.	<u>42</u>
Total de quistes parodontarios	278

Corresponde a una proporción de 18% para el maxilar inferior.

En la estadística presentada en cirugía bucal. (1a. edición, 1945) correspondían:

Quiste parodontario del maxilar superior	376
Quiste parodontario del maxilar inferior	<u>90</u>
Total de quistes parodontarios	466

En 1948 ("Rev. Odont." 36:542, 1948) dimos la proporción que figura en esta obra en Quiste dentigeros, pág. 615(812 quistes parodontarios [8140] y 146 quistes dentigeros (1490).

Sabilau, sobre 100 casos observados en el maxilar superior, cita 7 en el maxilar inferior.

Jacques (de Nancy) da a los quistes parodontarios del maxilar inferior un porcentaje de un 1%.

Ruspa (1939) en 51 casos, atribuye al maxilar superior 46 casos (90,2%) y al maxilar inferior, 5 casos (9,8%).

Mas o menos concidentes con las cifras mencionadas, con las opiniones de los autores con respecto al número de quistes desarrollados en cada maxilar.

¿Cuáles son las causas que pueden invocarse para explicar esta predisposición a una mayor frecuencia del número de quistes en el maxilar superior?

Primera: Si consideramos el número de raíces implantadas en el maxilar superior, 30 ó 32, y las que se encuentran en el maxilar inferior, 22, esta diferencia a favor del maxilar superior es, indudablemente, una causa para que en dicho maxilar se produzca una mayor número de quistes. Son 32 ocasiones contra 22.

Segunda: La inmunidad relativa de los incisivos y caninos inferiores a la caries dentaria y por tanto a sus complicaciones infecciosas, contribuye a disminuir el número de quistes paradentarios a nivel del maxilar inferior.

Tercera: El relativo número de terceros molares inferiores que están retenidos o no existen, o son extraídos prematuramente, resta al maxilar inferior un factor más para que éste hueso sea portador de quistes paradentarios.

"Los quistes paradentarios son procesos que se originan a expensas de la gángrena pulpar en los apices de los dientes permanentes".

Dos son estos factores: en primer término, la actividad destructora del germen permanente y su saco dentario que es capaz de desgastar el

cemento y la dentina de los dientes temporarios, resorbe y destruye los restos paradentarios de los dientes temporarios sin permitirles proliferar.

ANATOMIA PATOLOGICA

Desde el punto de vista de la anatomía patológica, un quiste paradentario está esencialmente formado por una bolsa, conjuntivoepitelial, con un contenido líquido, apendiculada a un diente portador de una gangrena pulpar. Esta bolsa quística posee, en su parte más vecina a la cavidad, un epitelio, y por fuera, una capa de tejido de granulación, recubierto toda por una cápsula. las dimensiones del tejido de granulación y de la cápsula varían con la edad del quiste. Conforme éste va envejeciendo, la porción de tejido de granulación disminuye en su espesor, pero sin llegar a desaparecer en forma absoluta. Los quistes viejos se hallan formados por una cápsula o membrana; por fuera, tejido conjuntivo, que se ha organizado y le constituyen una envoltura, y por dentro, el epitelio, cubriendo íntegramente la bolsa. Este contenido quístico varía al infinito. En la mayor parte de los quistes es limpio de color cetrino, con los cristales de celesterina, que le dan un aspecto refringente. En otros quistes, el contenido es hemático; amarillo verdoso en otros; en algunos hemos visto el contenido tan espeso como la leche cuajada y de color cremoso como el de los queratoquistes.

MARCHA CLINICA Y EVOLUCION.

Establecido el proceso quístico en el apice radicular, inicia su marcha a través del tiempo y del espacio.

En su primer período, el proceso tiene, por lo general, las dimensiones de una pequeña arveja, tal cual la consideramos en muchas ocasiones, cuando viene apendiculada al apice del diente, en el momento de la extracción dentaria. Otras veces, puede desprenderse del diente en

las maniobras operatorias y, relegado en el fondo del alveolo. si no se destruye por los procesos normales de reparación, como ocurre en un gran porcentaje de los casos, sigue su curso evolutivo y adquiere con el tiempo, los caracteres de los quistes paradentarios (infección residual de los maxilares). El diente en cuyo ápice existe esta tumoración, presenta, las más de las veces, una ligera sensación dolorosa a la percusión vertical, sensación que se hace más manifiesta colocandoun dedo en las vecindades del ápice radicular. El dedo percibe claramente el choque percutor, sobre todo en aquellos casos en que el procesos ha realizado la suficiente usura de la tabla ósea externa. Otro detalle, no muy perceptible, nos lo da el hecho de que el diente tiene una ligera tendencia a introducirse en el alvéolo, de manera análoga o como lo hace cuando está afectado de una paradentosis con resorción ósea hasta las proximidades del ápice. La mucosa gingival toma un color rojo vinoso y ésta modificación de su aspecto se presenta muchas veces en forma de triángulo, circunscribiendo la región apical. Pero es sobre todo el exámen radiográfico, realizado por la sospecha de un proceso de esta naturaleza, o con cualquier otro fin de investigación, que nos descubre sobre el ápice dentario una sombra radiopoca, con límites más o menos bien manifestada. Podemos clasificar entónces los tiempos clínicos de los quistes paradentarios, como los de todos los tumores intramaxilares, en un primer período denominado intramaxilar y un segundo, que se conoce con el nombre de período de exteriorización.

Primer período clínico: período intramaxilar: este proceso silencioso, indoloro, puede prolongarse durante un tiempo variable si no es eliminado, seguira creciendo y pasará a la segunda etapa de su desarrollo, y presentará características simiológicas particulares y diferentes.

Segundo período clínico: período de exteriorización. Cuando la tumefacción ha adquirido cierto volumen y ha resorbido el hueso que lo rodeaba, ya es perceptible a la inspección clínica, cuando el tumor ha adelgazado lo suficiente la tabla externa, ésta es rechazada al compás de la invasión quística. Este rechazo va haciéndose más perceptible cuando mayor es el tiempo de la evolución y mayor el volumen del quiste paradentario. Este adelgazamiento de la tabla externa nos da la sensación que se denomina clásicamente crepitación apergaminada. La tabla externa ósea, papiracea, disminuída en su espesor por el aumento de volumen y compresión del tumor, se deja deprimir fácilmente por el dedo del clínico que investiga.

Desarrollo de los quistes paradentarios. Un tumor quístico adherido al ápice de un diente cualquiera de la arcada, si factores extraños a la supuración del proceso no detiene su crecimiento, realiza su marcha contrayendo relaciones con los órganos vecinos. En ambos maxilares, la invasión por el hecho de las distintas relaciones anatómicas, adquiere modalidad y características diferentes.

MAXILAR SUPERIOR

Insicivos central. Los quistes paradentarios ubicados en este diente hacen su desarrollo hacia vestibular invadiendo en un tiempo posterior, cuando haya alcanzado cierta magnitud, las fosas nasales, en su tercio anterior y simular una rinitis o sinusitis.

Incisivos lateral. Por su situación anatómica y del mismo que los procesos inflamatorios agudos en general, los quistes hacen invasión hacia la bóveda palatina. Los quistes del incisivo lateral también se desarrollan hacia las fosas nasales y hacia el vestíbulo.

Canino. Puede invadir las fosas nasales y también la bóveda palatina. Cuando el quiste ha adquirido un considerable desarrollo, contrae relaciones con el seno maxilar.

Primer premolar. Los quistes provenientes de la raíz palatina crecen en sentidos distintos. Pueden dirigirse hacia el seno maxilar y hacia las fosas nasales. Pero en el sentido de la bóveda palatina que marchan con más frecuencia.

Segundo premolar. En general, se dirigen hacia la región vestibular y sinusal.

Primer molar. También lo hacen hacia el seno maxilar los causados por la raíz palatina y de las fosas nasales.

Segundo molar tiene características análogas al primero.

Tercer molar. Marcha el proceso quístico del tercer molar hacia el seno maxilar. Su invasión vestibular es frecuente. No hemos encontrado marcha palatina; por otra parte, los quistes provenientes de este órgano dentario son poco frecuentes.

MAXILAR INFERIOR

Incisivos. La serie de dientes anteriores, por el hecho de su relativa inmunidad a la caries, no da un gran número de quistes. Sin embargo, los incisivos inferiores, a pesar de su baja frecuencia de caries, son dientes que presentan en muchas ocasiones, mortificación pulpar por traumatismo o abrasión mecánica.

Caninos. Este diente da un número grande de quistes desarrollados en la región basilar.

Premolares. Es en general hacia vestibular adonde se dirige las tumora-ciones quísticas producidas por estos dientes.

Primero y segundo molar. Son hacia vestibular. Como están encerrados en dos gruesas líneas de refuerzo, la oblicua externa y la oblicua interna, la esteriorización es más tardía; cuando siguen el camino vestibular, y los quistes del tercer molar siguen varios caminos, en ocasiones se dirigen hacia vestibular solamente, otras se abomban al hueso por debajo de masetero. Algunos crecen en el ángulo de la mandíbula.

RELACION DE LOS QUISTES PARADENTARIOS CON LOS DIENTES VECINOS.

Situado un quiste sobre un diente cualquiera de la arcada, al hacer su desarrollo, comprime lenta y gradualmente los dientes vecinos. Desviaciones de los dientes vecinos. Es casi una regla, que todas las radiografías de los quistes paradentarios se presenten como se abre un abanico, alejando sus apices y acercando sus coronas, realizando a la manera de un trípode, sobre el que asienta el tumor. Esta desviación se observa, claramente en el examen clínico y puede decirse que nunca falta. Es una cuña que ejerce enorme presión y que se introduce entre los dientes separándolos de la manera señalada.

Rarefacciones radicales el quiste paradentario en algunos casos cuando no logra desviar los dientes por la presión que ejerce en los órganos dentarios produce un daño tanto en el cemento, en la dentina y si empieza en el ápice puede provocar la muerte pulpar, por efecto de esta compresión.

Complicaciones. Habíamos visto que un quiste puro esta formado por su pared conjuntivoepitelial y un contenido líquido variable en su aspecto y consistencia, pero siempre conservándose aséptico, sin infección. Cuando el quiste paradentario ha adquirido un volumen relativamente grande ya sea porque su pared se coloca muy en la proximidad del medio bucal, nasal o sinusal, sufriendo por esta causa cualquier pequeña fracción o durante una maniobra operatorio o en la función con fines diagnósticos, puede modificar, su estado de pureza e infectarse.

El cuadro del quiste infectado varía notablemente. Su sintomatología y marcha también se modifican. El quiste comienza a supurar y esta supuración busca camino hacia el exterior, estableciéndose fistulas que drenan continuamente pus y se abren en la cavidad, en las cavidades o regiones vecinas o en la piel de la cara. A veces la fetidez ha

adquirido intensidades extraordinarias la supuración es siempre abundante, en desproporción con los signos locales. Las infecciones tiene además una acción directa sobre la marcha del proceso. El quiste supurado deja de crecer). (Ruppe).

Introduciendo una sonda por las fistulas establecidas, se perciben claramente las paredes del quiste, fungosas almohadilladas, dando la sensación de que se toca terciopelo.

Este examen clínico, con una sonda, servirá también, para verificar la consistencia del tabique óseo interquístico sinusal.

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico de los quistes paradentarios, en su primer período, es casi imposible. Sólo la escasa sintomatología, de ligero dolor a la percusión del diente portador del quiste, pequeña sensación dolorosa y cambio de coloración en las vecindades del ápice puede hacer sospechar su existencia. Es el examen radiológico que nos da informaciones ciertas. La radiografía de un quiste paradentario, en el primer período de desarrollo, muestra claramente situada sobre el ápice de un diente portador de una mortificado sin caries, una mancha circular de contornos precisos, rodeada de una zona circundante de mayor densidad de tejido óseo. El quiste paradentario en su segundo período presenta una sintomatología clara, la mayor parte de las veces. Por la inspección nos dará la tumoración característica, con las sensaciones clínicas distintas de crepitación apergaminada, renitancia y fluctuación, que dependen según hemos visto anteriormente, de la mayor o menor conservación de la tabla ósea externa, y del grado de presión a que se encuentra el contenido quístico. Existe una maniobra clínica que es en la mayor parte de las veces concluyente, que completa el diagnóstico, a la maniobra llamada punción exploradora.

La punción exploradora se realiza con una jeringa de vidrio, provista de una aguja gruesa, se introduce la aguja, la cual cae, en caso de tratarse de un tumor líquido, en una cavidad. Retirando el émbolo, se aspira el contenido del tumor quístico que es, por lo general, clara, transparente, con cristales de colessterina; en algunos casos oscuro y purulento en otros.

Si se trata de un tumor sólido, la jeringa no absorbe nada, o retira algunas gotas de sangre o células tumorales.

Pero es el examen radiográfico el que nos da mayores satisfacciones respecto al diagnóstico de estos tumores. El examen radiográfico debe siempre imponerse y ser correcto, es conveniente, que para realizar la punción exploradora se cumplan rigurosamente con todos los requisitos de la asepsia quirúrgica, pues con la vía creada, puede infectarse el quiste; es también útil que esta maniobra y la operación sean realizadas con escaso intervalo. Para los pequeños quistes, el examen intraoral es suficiente, y para los grandes quistes quirúrgicos exigen la radiografía extrabucal, la cual nos informa los detalles y la extensión del proceso y su relación con los órganos vecinos y serviría para planear el tratamiento correspondiente. La ubicación del quiste y su relación con el seno se logran relacionando las radiografías oclusales, intraorales y extraorales; el resultado del examen radiográfico para un proceso tumoral benigno o por uno maligno, el examen, se revela por una mancha radioclara. De contornos netos y precisos si el tumor es benigno, encapsulado; de contornos imprecisos, erosionada, policística, en caso de un tumor maligno. Los quistes dentígeros dan también una imagen radio lúcida, con su contorno perfectamente limitado y con la característica que sirve para individualizar estos quistes; un diente, con su corona, dentro de la mancha radiográfica correspondiente al quiste, existen otras afecciones que al examen radiográfico dan manchas

radiolúcidas. Pero el hecho da señalado de los bordes imprecisos para éstas últimas asemejan a pompas de jabón o nidos de abejas o grumos esparcidos, corresponden a tumores poliquísticos (ameloblastomas) o afecciones o tumores infecciosos de los maxilares, del tipo de las osteitis y osteomielitis.

También se utilizan sustancias para detectar los quistes como los hizo Wassmund con el lipiodol (aceite yodado al 40%) se introduce en el interior de la bolsa quística.

PERIODONTAL LATERAL

Es un tipo de quiste odontógeno poco común, pero bien reconocido. Estos quistes parecen originarse en íntima asociación con la superficie radicular lateral de un diente erupcionado; tiene predilección por el área de los premolares mandibulares. Las posibilidades que se han ofrecido para explicar su procedencia y su desarrollo incluyen (1) origen inicial como un quiste dentífero que se desarrolla a lo largo de la superficie lateral de la corona y conforme el diente erupciona, el quiste se va aproximando a la superficie lateral de la raíz. (2) origen a partir de la proliferación de los restos de Malassez en el ligamento periodontal, aunque se desconoce el estímulo de esta proliferación; (3) origen como un quiste primordial, de un germen dental supernumerario, ya que la predilección de presentarse en el área de premolares mandibulares coincide con la alta incidencia de los dientes supernumerarios en esta misma región y, (4) origen a partir de la proliferación y transformación quística de los restos de la lámina dental, los cuales están en una etapa posfuncional y, por tanto, sólo tienen un potencial limitado de crecimiento que está de acuerdo con el tamaño pequeño que presentan estos quistes.

Esta teoría incluye las sugerencias de que el quiste periodontal lateral y el quiste gingival del adulto comparten esta misma histogénesis a partir de los restos de la lámina dental posfuncional, y de que ambos quistes representan básicamente las manifestaciones centrales o intraóseas y periféricas o extraóseas de la misma lesión, fue examinada en detalle por Wycok, y sus colegas. Asimismo, señalaron la importancia de que en muchos informes sobre estos quistes realizados en la literatura anterior, el término ha sido usado para designar cualquier quiste que está localizado contra la superficie lateral relacionado con una infección pulpar, el querato quiste.

Este uso posicional del término debe evitarse y aplicarse la designación sólo a la lesión del desarrollo específico que presenta aspectos característicos.

En 1975 Weathers y Waldron describieron una forma poco usual de quiste con el término de quiste odontógeno botriode; además presentaron dos casos de quistes que tuvieron un patente patrón multilocular radiográfico, histológico, e incluso clínico en el momento de la remoción quirúrgica. En la actualidad, la experiencia adicional con este quiste, lo indicó Wysocki y colaboradores, sugiere estrictamente que este es sólo una variante poliquística del quiste periodontal lateral que se desarrolla mediante la transformación quística de los múltiples islotes de los restos de la lámina dental.

ASPECTOS CLINICOS. El quiste periodontal lateral se presente principalmente en los adultos, en la cual la edad promedio era 50 años y una variante entre los 22 a 85 años, predomina en el sexo masculino, en una proporción de 67:28%, con 50%, sin determinar.

En este estudio, el sitio lesionado estaba muy limitado: 67% de los casos é presentaron en el área de premolares, caninos , incisivos, mandibulares; 33%. En el área de los incisivos laterales maxilares. No se ha proporcionado explicación lógica para esta localización. Gran parte de los casos no han presentado signos o síntomas clínicos y se han descubierto durante el examen radiográfico de rutina. En ocasiones, cuando el quiste se localiza en la superficie labial de la raíz, puede haber una ligera masa obvia, aunque la mucosa que la cubre esté normal. A menos que esté afectado de otra manera, el diente asociado se encuentra vital. Si se infecta el quiste se parece un absceso periodontal lateral e incluso trata de establecer un drenaje.

ASPECTOS HISTOLOGICOS. Básicamente el quiste es un saco hueco con una pared de tejido conectivo revestido en la superficie interna por una capa de epitelio, que puede variar desde una capa plana individual de

células hasta una que presenta varias células de espesor, de un tipo de epitelio escamoso tratificado delgado. Se pueden encontrar células cuboidales o incluso columnares formando el revestimiento. Muchas de las células de revestimiento tiene uncitoplasma claro, vacuolado, rico en glucógeno.

RESIDUALES

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 originó. Esto, se debe a que al efectuar la exodoncia, sin el correspondiente examen radiográfico que debería ser de rutinas, se ignora la presencia del quiste. Después de un breve período inflamatorio, posextracción, el quiste permanece latente y, por un mecanismo análogo al de los demás quistes estudiados, crece y aumenta de volumen hasta adquirir tamaños considerables.

Según nuestra estadística, son más frecuentes en el maxilar inferior (Bhaskar los encuentra en mayor número en el maxilar superior).

Son silenciosos y asintomáticos hasta que adquieren cierto volumen, lo que les permite ser más hábiles a la infección; tal período ocurre con frecuencia, y son descubiertos por el examen clínico y radiográfico, o un examen radiográfico de rutina los pone en evidencia. El término "infección" no es muy exacto, pues permanecen potencialmente infectados; originan estados inflamatorios agudos, con supuración, dolor y tumefacción análogos a los estudiados en los quistes paradentarios. Algunos autores denominan quistes residuales a los quistes mesiales y distales del tercer molar inferior que pueden permanecer y desarrollarse en los maxilares, si no son enucleados.

El examen radiográfico muestra la imagen radiolúcida característica de los quistes, sin la presencia del diente causante, extraído tiempo atrás. El tratamiento de los quistes residuales es el que se indicará para los quistes de los maxilares.

QUISTES DENTIGEROS

Se caracterizan los quistes dentígeros por estar constituidos por una bolsa conjuntivo epitelial, en cuyo interior se encuentra la corona de un diente, el cual permanece retenido.

SINONIMIA

Quistes foliculares

Quistes dentígeros

Quistes coronodentarios

Quistes embrionarios

Adomantinomas quísticos de origen gubernacular.

ETIOPATOGENIA

Comencemos por dejar sentado que los quistes dentígeros se desarrollan en dientes que quedan retenidos en los maxilares. Nunca hemos visto un diente entero o varios dientes dentro del saco quístico, o un órgano dentario ubicado en la pared de la bolsa.

El mecanismo de la formación de la bolsa quística ha sido explicado por diversos autores con teorías más o menos aceptables, las cuales pasaremos en revista brevemente.

La teoría folicular de Broca. El origen de los quistes dentígeros reside en el folículo dentario. Este folículo sufre una hidropesía, que resulta de la cual se origina este tumor, por cuya razón su bolsa quística se encuentra directamente insertada en el cuello del diente atacado.

Broca distingue tres períodos en la odontogénesis, estos períodos corresponden a tres distintos quistes dentígeros.

- Período embrioplástico
- Período odontoplástico
- Período coronario

La teoría de Malassez. Malassez atribuye a los restos epiteliales paradentarios un papel importante y capital en la formación de estos tumores. Estas células epiteliales, despertadas de su letargo por un factor irritativo, se hipertrofian y se asocian. Su unión y vacuolización posterior dan origen a una cavidad que aumenta de volumen, da lugar al quiste. Malassez, también atribuye a los quistes dentígeros un origen gubernacular. No puede admitir que Broca y Magitot den a estos quistes un origen folicular, sobre todo cuando el diente portador ya posee su raíz formada y calcificada. "La corona ha salido de la cavidad folicular y se encuentra una cavidad que es de origen gubernacular.

La teoría de Leriche y Cotter. Se trata de procesos de inclusión embrionaria, cuyo origen puede ser el folículo dentario, los restos paradentarios de Malassez o bien el epitelio gingival, dependiendo del caso que el esclavoma sea monoobidérmico.

La teoría de Bloch-Joergensen. Se oponen las siguientes razones: los quistes paradentarios en dientes temporarios son excepcionales.

La teoría de Lartschneider, J. Lartschneider (1909) es autor de una teoría que puede sintetizarse con estas palabras: "Los quistes dentígeros no son nada más que folículos dentarios enfermos, infectados por procesos apicales de dientes temporarios.

El autor de esta teoría, hacen en el año de 1909 las siguientes afirmaciones:

1. Las raíces necrosadas de los dientes temporarios son una fuente de infección de los folículos de los permanentes.
2. De todos los folículos, los de los bicúspides sufren con una mayor frecuencia degeneración quística, porque estando encerrados entre las raíces bifurcadas de los molares temporarios, tienen mayor facilidad para infectarse, cuando aquéllos tienen complicaciones pariapicales.

3. Por supuesto, los dientes temporarios no pueden ser culpados de los quistes dentígeros de los molares sin antecesores. Este autor funda su opinión entre otras razones, en las siguientes:
 - 1a. los dientes más frecuentemente retenidos son los caninos y premolares en directa relación con los molares temporarios, cuyo porcentaje de caries y complicaciones, periapicales es muy elevado;
 - 2a. las primeras observaciones de quistes dentígeros tienen lugar entre los 12 y 15 años.

Nuestro concepto actual es el siguiente: los quistes dentígeros se deben a trastornos mecánicos en la erupción dentaria que actúan sobre el saco paricoronario (saco dentario, saco folicular de algunos autores). Este órgano no sigue las leyes de involución del germen dentario, no se destruye y desaparece, sino que irritado y traumatizado, como resultado del trabajo de erupción, produce un líquido entre este saco y la corona del diente.

MARCHA CLINICA Y EVOLUCION

Desarrollo de los quistes dentígeros. Estos tumores se desarrollan cumpliendo con la ley de menor resistencia. La evolución del quiste depende, en general, del asiento primitivo del diente retenido. Decimos "asiento primitivo" porque en el curso de su evolución el diente retenido es en general empujado centrífugamente, y desviado hacia lugares insospechables. En el maxilar inferior, el crecimiento del tumor se hace casi siempre a expensas de las dos tablas (no sucede así con los paradentarios; por que por lo general hacen su expansión hacia la rama montante, rechazando la tabla externa, por debajo del masetero y llegando en algunas ocasiones hasta el condilo y a pofis coronoides.

Volumen de los quistes dentígeros. Desde un pequeño quiste pericoronario del tamaño de una haba, hasta el enorme quiste que es originado por un primer premolar.

SINTOMATOLOGIA

La sintomatología por lo menos en su primer período intramaxilar y parte del segundo, hay otras características como la desviación de los dientes en ábanico que por lo cual llama la atención del paciente o a sus familiares. Síntomas dolorosos manifiestos e intensos, puede decirse que son raros y excepcionales, sobre todo cuando el quiste es aún estéril. A pesar del volumen extraordinario que pueden alcanzar en algunas oportunidades estas producciones; "el síntoma dolor", los surcos anatómicos desaparecen, la simetría facial es manifiesta. La bóveda palatina puede estar descendida y en algunos casos hay exoftalmia, por protrusión del globo ocular; en otras ocasiones hay dificultades serias a la fonación y deglución.

DIAGNOSTICO.

Se hace por los síntomas clínicos anotados de crepitación apergamina-da ó fluctuación y renitencia), deformación facial o local, ausencia del diente en la arcada y por el examen radiográfico es indispensable para el diagnóstico para conocer el volumen del proceso, la relación con los órganos vecinos, el estado de estos órganos y la colocación del diente retenido. Se consigue con cierta perfección, con las tomas extraorales, oclusales e intraoral, cuya coordinación puede llegar a ubicar el diente retenido. La radiografía nos dá exactamente los contornos del quiste y la presencia del diente con su corona dentro de la bolsa quística, la cual está siempre rodeada por la condensación ósea característica, hay otra forma de diagnóstico que es la de punción exploradora esta nos va a revelar la presencia del líquido.

Diagnóstico diferencial no hay que olvidar que los ameloblastomas uniloculares pueden presentarse acompañados de la retención de un diente, haciendo por lo tanto el diagnóstico diferencial.

QUISTE PRIMORDIAL

La palabra primordial significa de características más simple y menos desarrolladas. Estos quistes están tapizados por epitelio escamoso estratificado y pueden ser uniloculares, multiloculares o múltiples. Los quistes odontogénicos, tales como los quistes primordiales y dentígeros, se forman del epitelio oral primitivo y, por lo tanto, están íntimamente relacionados entre sí y con el ameloblastoma, que es una verdadera neoplasia dental. En estos quistes, las células epiteliales tienen un potencial definido de transformarse en una neoplasia, estos quistes primordiales y dentígeros son básicamente idénticos en todos los aspectos en lo que respecta a su diagnóstico.

El quiste primordial se trata de un proceso radiolúcido que asientan entre dos dientes. Por lo general, no presentan ninguna sintomatología, siendo descubiertos en las tomas radiográficas por otros motivos. La imagen radiolúcida es nítida, no observándose usará en las caras radiculares vecinas el proceso y las tablas óseas están conservadas. Se desarrollan en el maxilar inferior a nivel de los premolares, en el maxilar superior son excepcionales. Según Blaskar, estos quistes poco frecuentes, provienen de un germen dentario que ha sufrido una degeneración y se transforma en quiste. Radiográficamente se les observa entre dos dientes, sin ausencia de ninguno a ese nivel, sólo que el supuesto diente originado fuera un supernumerario. Para Thoma, 1941, estos quistes pueden formarse a expensas de un diente supernumerario o de restos celulares (restos paradentarios de Malassez) ubicados en el período de calcificación radicular. Los quistes son asintomáticos por lo general sólo pueden dar dolor si están asociado alguna presión o cuando está en la cuarta etapa es cuando hay una manifestación y empieza a entrar microorganismos.

CARACTERISTICAS

Que está relacionado con un diente que no ha erupcionado o un diente supernumerario o ausencia de un diente o de los sitios del tercer molar o un quiste residual en el sitio.

QUERATOQUISTE

Es una entidad nosológica que hasta hace poco tiempo era escasamente conocida, forma en la actualidad un proceso de características importantes desde el punto de vista clínico, radiográfico y quirúrgico, su evolución y el importante número de residivas que presente. Son los denominados queratoquistes. Los queratoquistes difieren de otro quiste odontogénicos en su aspecto microscópico y su conducta clínica. Pueden asemejarse a quistes periodontales, primordiales o foliculares. Generalmente no pueden distinguirse radiográficamente. La denominación de queratoquiste fue utilizada por primera vez por Phillipsen en 1956. Pindborg y Hansen en 1963 describieron las características esenciales de este quiste. Stoelinga y Peters, informan sobre un estudio de este quiste en un estudio histológico de 6 queratoquistes. Sus hallazgos refuerzan la idea de que la mucosa bucal desempeña un papel importante en el origen de estos quistes. Como resultado de este estudio, se sugiere que el tratamiento de elección es la resección amplia de la mucosa de recubrimiento en la zona en que la pared quística está adherida a la mucosa.

Aspecto histológico. La pared odontogena del queratoquiste por lo regular es delgada, a menos que haya habido inflamación superpuesta. El epitelio de revestimiento es muy característico, como se describió con anterioridad, y está compuesto de: 1) una superficie de paraqueratina, la cual está habitualmente corrugada, rizada o arrugada;

2) una uniformidad de grosor del epitelio, por lo regular entre seis y diez células de profundidad sin formación de invaginaciones dermo epidermales y 3) una capa basal de células polarizadas, en forma destacada. El lumen del queratoquiste puede estar lleno con un líquido delgado de color paja o con un material más grueso cremoso. Algunas veces el lumen contiene una gran cantidad de queratina y otros muy poca, también puede haber colesterol, así como cuerpos hialinos en los sitios de la inflamación. En un acontecimiento poco común la transformación displásica y neoplásica del epitelio del revestimiento en el queratoquiste odontógeno, recientemente Areen y colegas encontraron un caso de carcinoma epidernoideas que se desarrolló en un queratoquiste odontógeno y al examinar la literatura subrayaron la necesidad de realizar un cuidadoso examen microscópico de todos estos quistes. Esta diferencia en la función biológica subrayaría posteriormente la necesidad de una aplicación muy estricta de la definición del término queratoquístico para el diagnóstico de la lesión. Los síntomas clínicos más destacables son: el aumento de volumen de la región y salida del contenido del proceso por una o múltiples fistulas. El material que encierran los queratoquistes se asemeja a caseína o una sustancia cremosa que se mantiene estática después de su abertura quirúrgica, a diferencia de una colección purulenta, que drena. Estos procesos en muchas oportunidades se infectan, originando los síntomas propios de estos estados.

Los queratoquistes pueden producir neuralgias y síntomas de ardor, o quemazón a nivel de ramillete mentoniano. Por lo general, los otros tipos de quistes son asintomáticos en este aspecto.

Muchos de estos procesos están asociado a nevus de células basales y costillas bifidas. Se debió a que la extirpación de la bolsa quística no fue absoluta y total y los remanentes de la membrana pueden

originar la recidiva. En la zona de la rama ascendente y tercer molar inferior una recidiva exige la hemirresección del maxilar. La pérdida de sustancia puede ser reemplazada por una aparatología metálica o un injerto óseo. Schofield, 1971, relata un recidiva de queratoquiste en el injerto óseo tres años después de la operación. En nuestra experiencia en el laboratorio de Patología, Quirúrgica de la Cátedra de Anatomía Patológica de la facultad de Odontología de Buenos Aires, entre 700 quistes estudiados al cabo de 13 años de labor, hemos observado que los quistes primordiales son queratoquistes en todos los casos, que los dentígeros en un bajo porcentaje lo son y que esta situación entre el resto de los quistes es excepcional; otra observación que debemos destacar es la posibilidad que un paciente presenta múltiples queratoquistes asociados a carcinomas basocelulares múltiples y anomalías esqueléticas, tales como costilla bífida.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Edad. El queratoquistes se presenta con mayor frecuencia entre los 12 y 40 años de edad, con una media de 34 años.

Sexo. La distribución por sexo es similar, sin un neto predominio en el masculino o en el femenino.

Localización. Es más frecuente en el maxilar inferior que en el superior, es una relación que oscila alrededor de 3:1 cuando la localización es en la mandíbula lo hace con preferencia en la zona de molares, ángulo y rama ascendente.

Examen radiográfico. Se presenta como una lesión osteolítica unicelular o multicelular, de contornos representados por una cortical ósea lisa o en algunos casos festoneada, sobre una buena radiografía el tamaño; los queratoquistes por lo general son quistes de gran volumen, excediendo la mayoría de ellos los 2 ó 3 cm de diámetro.

Diagnóstico diferencial. Por la frecuencia por edad, localización y tamaño de la lesión, más el aspecto radiográfico, podemos sospechar como diagnóstico prioritario el de queratoquiste, aunque siempre el mismo entrará en competencia con otros diagnósticos, tales como ameloblastoma tanto en su forma unilocular, como multilocular, otras variedades de quistes y con menor posibilidad con algunos mixomas de aspecto quístico, así, como ciertos casos de granuloma gigantocelular central, antes que nada haremos una biopsia.

Tratamiento. Los queratoquistes deben ser eliminados cuidadosamente enucleando la totalidad de la membrana y vigilando el posoperatorio con controles radiográficos, recordando que los mismos deben incluir radiografías intrabucales, oclusales y cuando se justifique extrabucales, este cuidado posoperatorio es imprescindible dada la frecuencia con que recidivan; en casos extremos, por su volumen o por su localización y ante reiteradas recidivas, puede justificarse un tratamiento más severo, como podría ser una resección parcial del maxilar aunque dentro de lo posible esta técnica debe ser utilizada sólo en casos muy particulares.

Para los quistes:

TECNICA QUIRURGICA

Sin tener en cuenta la etiología, la naturaleza, o la ubicación del quiste, generalmente se aceptan dos métodos de tratamiento.

- 1a. La enucleación de saco quístico en su integridad.
- 2a. La operación de Partsch o sea su pialización, por lo cual el quiste se descubre o se elimina su "techo" y que hace continuar el recubrimiento quístico con la cavidad bucal o las estructuras circunvecinas.

En ambos casos, el procedimiento quirúrgico debe basarse en sanos principios fundamentales: preservación del aporte sanguíneo a la zona, evitar un trauma indebido a filetes y troncos nerviosos de la

región, control de la hemorragia, técnica aséptica, manipulación atraumática de los tejidos blandos, planeamiento de un colgajo quirúrgico de manera que pueda obtenerse una relajación adecuada para permitir un buen acceso a la zona quística, evitar estructuras anatómicas importantes tales como las inserciones musculares y los grandes vasos sanguíneos, y una correcta sutura y readaptación de los tejidos blandos. Una incisión aguda y limpia planeada de manera que los tejidos blandos se readapten sobre un lecho óseo de manera que los tejidos blandos, queden firmes, siempre cicatrizará mejor, con menos molestias posoperatorios que cuando el tejido es desgarrado, lacerado o situado directamente sobre un defecto óseo.

Cuando se nota una neoplasia en el examen patológico, puede ser necesaria una cirugía más radical.

La consideración sobre la técnica quirúrgica incluirá el tratamiento de los quistes, tanto de los tejidos blandos como de los huesos.

C O N C L U S I O N E S

A través de esta tesina se dará a conocer como el odontólogo deberá afrontar los problemas de los quistes dentígeros y su debido tratamiento.

A través de esta tesina el odontólogo sabrá enfrentarse al tratamiento adecuado de un quiste dentígero y a una buena técnica quirúrgica adecuada, para evitar la incidencia de éste.

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

GUSTAV O. KRUGER
Cirugía Bucal y Maxilofacial
Editorial Médica Panamericana
1986

WILLIAM G. SHAFER, MAYNARD K. HINE, BARNET M. LEVY, CHARLES E. TOMICH
Tratado de Patología Bucal
Editorial Interamericana
1986.

G.A. RIES CENTENO
Cirugía Bucal Patología Clínica y Terapéutica
Editorial El Ateneo
1986