

318322

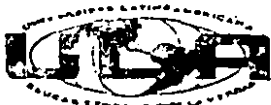
Universidad Latinoamericana

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

8
29



ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PRONOSTICO DE LOS PRINCIPALES QUISTES DEL DESARROLLO

T E S I S
Que para obtener el titulo de :
C I R U J A N O D E N T I S T A
P r e s e n t a :
TERESITA DEL ROSARIO GARCIA CASTILLO

México, D.F.,

1989

TEJES CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



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.

ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PRONOSTICO
DE LOS PRINCIPALES QUISTES DEL DESARROLLO

Introducción.- Generalidades de los Quistes

- 1.- Definición
- 2.- Origen
- 3.- Características

Capítulo I.- Embriología de las zonas que dan lugar a los Quistes del Desarrollo

- 1.- Formación de la cara
- 2.- Formación del paladar primario
- 3.- Formación del paladar secundario
- 4.- Formación de la lengua
 - a) Arcos branquiales
 - b) Seno cervical

Capítulo II.- Quistes de Tejidos Duros

- 1.- Quiste Medio Maxilar
 - a) Etiología
 - b) Diagnóstico
 - c) Tratamiento y Pronóstico
- 2.- Quiste Medio Alveolar
 - a) Etiología
 - b) Diagnóstico
 - c) Tratamiento y Pronóstico
- 3.- Quiste del Conducto Incisivo
 - a) Etiología
 - b) Diagnóstico
 - c) Tratamiento y Pronóstico

4.- Quiste Glóbulo Maxilar

- a) Etiología
- b) Diagnóstico
- c) Tratamiento y Pronóstico

5.- Quiste Nasopalatino

- a) Etiología
- b) Diagnóstico
- c) Tratamiento y Pronóstico

Capítulo III.- Quistes de Tejidos Blandos

1.- Quiste de la Papila Palatina

- a) Etiología
- b) Diagnóstico
- c) Tratamiento y Pronóstico

2.- Quiste Nasoalveolar

- a) Etiología
- b) Diagnóstico
- c) Tratamiento y Pronóstico

3.- Quiste del Conducto Tirogloso

- a) Etiología
- b) Diagnóstico
- c) Tratamiento y Pronóstico

**4.- Quiste del Arco Branquial (Lesión
Linfocitelia Quística Benigna)**

- a) Etiología
- b) Diagnóstico
- c) Tratamiento y Pronóstico

Capítulo IV.- Quistes de Tejidos Duros y Blandos

1.- Quistes Dermoide y Epidermoide

- a) Etiología
- b) Diagnóstico
- c) Tratamiento y Pronóstico

2.- Queratoquiste

- a) Etiología
- b) Diagnóstico
- c) Tratamiento y Pronóstico

3.- Quiste de Gorlin y Síndrome de Gorlin

- a) Etiología
- b) Diagnóstico
- c) Tratamiento y Pronóstico

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Los quistes de la cavidad bucal son lesiones crónicas de formación lenta.

Un quiste verdadero es una cavidad tapizada de un epitelio, es decir formada por una bolsa de tejido conjuntivoepitelial. Puede localizarse por completo dentro de tejidos blandos o profundamente en el hueso e inclusive localizarse sobre una superficie ósea y producir una zona depresible.

En los maxilares, el quiste puede tener su origen en el epitelio odontogénico (ej. restos de la lámina dental u órganos del esmalte) que da lugar a los quistes odontogénicos, o formarse a expensas de las complicaciones crónicas ocasionadas por una gangrena pulpar o por una pulpitis.

Los quistes no odontogénicos derivan de los restos epiteliales del tejido que cubre los procesos primitivos que durante la formación embrionaria dan lugar a la cara y a los maxilares.

Los quistes se manifiestan clínicamente debido a su expansión dentro de los tejidos circundantes. Raras veces producen movilidad en los dientes, a menos que sean muy grandes. Por lo general muchos quistes permanecen pequeños produciendo poca o ninguna dilatación y se descubren habitualmente al realizarse un exámen radiográfico de rutina.

El quiste puede presentar en su interior cuatro diferentes contenidos:

- 1) contenido líquido
- 2) contenido semilíquido de tipo protéico
- 3) contenido semisólido de tipo caseínico
- 4) contenido gaseoso

Según el contenido del quiste, su crecimiento puede ser de dos formas:

- 1) si tienen líquido en su interior, su crecimiento es por diferencia de presión osmótica.
- 2) si tienen semilíquidos o semisólidos en su interior, su crecimiento es por diferencia de presión oncótica.

En su mayoría los quistes son asépticos: algunos llegan a formar fistulas pero esto es debido a una ruptura

de las corticales o mucosas que los revisten o en ambas. Los quistes asépticos generalmente son asintomáticos.

Cuando los quistes son de origen pulpar, es decir causados por una necrosis pulpar son quistes sépticos y éstos generalmente forman fistulas y por tener su origen en una necrosis pulpar en donde existe un foco de infección, son sintomáticos.

Radiográficamente los quistes son lesiones de características radiolúcidas que presentan en su derredor una limitación lineal radiopaca que es una esclerosis del hueso.

Sin embargo existen numerosos factores que influyen en la imagen radiográfica y que hay que tomarlos en cuenta para poder efectuar un mejor y más certero diagnóstico. Estos factores son entre otros:

- 1) tipo de quiste
- 2) localización
- 3) grado de destrucción ósea y
- 4) si existe infección o no

Además de esto, hay que tomar en cuenta otro tipo de lesiones que presentan imágenes radiográficas practicamente iguales.

Desde la época en que se empezaron a estudiar los quistes y su patología se han propuesto varios tratamientos, empíricos la mayoría de ellos; actualmente se ha visto que el mejor tratamiento es el quirúrgico por enucleación total del quiste.

En la presente tesis se tratará la etiología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los principales quistes del desarrollo.

Meyer clasifica a los quistes del desarrollo en:

A) Quistes de Tejidos Duros

Medio Maxilar
Medio Alveolar:
del Conducto Incisivo
Glóbulo Maxilar
Nasopalatino

B) Quistes de Tejidos Blandos

de la Papila Palatina
Nasoalveolar
del Conducto Tirogloso
del Arco Branquial (Lesión Linfoepitelial
Quística Benigna)

C) Quistes de Tejidos Duros y Blandos.

**Dermoide y Epidermoide
Queratoquiste
de Gorlin y Síndrome de Gorlin**

Los restos epiteliales en las líneas de unión de los procesos faciales o bucales, o a partir de órganos epiteliales pueden originar quistes revestidos de epitelio.

Los quistes o fístulas de hendiduras branquiales pueden originarse de restos de las bolsas branquiales o del seno cervical y frecuentemente se encuentran en las partes laterales del cuello.

Los quistes del conducto tirogloso pueden aparecer en cualquier sitio a lo largo del recorrido del conducto, por lo regular sobre la línea media.

Los quistes también pueden provenir de restos epiteliales después de la fusión de los procesos nasal medio y laterales recibiendo el nombre de quistes globulomaxilares.

Los quistes medio maxilar, medio alveolar y del conducto tirogloso están situados en la línea media del proceso alveolar maxilar.

CAPITULO I.-

Para entender la evolución y curso clínico que presentan estos quistes es necesario conocer la embriología del macizo cráneo-facial.

1. Formación de la cara:

En el embrión la cara o mejor dicho lo que será la cara consiste en una prominencia redondeada que se llama prosencéfalo (aquí se encuentra el cerebro anterior). Debajo del prosencéfalo se encuentra la cavidad bucal primaria o estomodeo limitada en su parte inferior por el arco mandibular, lateralmente por los procesos maxilares y hacia la extremidad cefálica por el proceso fronto nasal que a su vez se origina en el prosencéfalo. El estomodeo profundiza para encontrar el fondo de saco del intestino anterior estando separados entre sí por la membrana bucofaringea. El revestimiento del estomodeo es de origen ectodérmico por lo tanto la mucosa bucal y nasal, el esmalte de los dientes y las glándulas salivales son de origen ectodérmico; el intestino anterior es de origen endodérmico y las estructuras que de él derivan son de origen endodérmico. Entre la tercera y cuarta semana de vida intrauterina se rompe la membrana bucofarín

gea y se establece entonces la comunicación entre la cavidad bucal primaria y el intestino anterior.

La cara se deriva de siete esbozos:

Dos procesos mandibulares

Dos " maxilares

Dos " nasales laterales

Un proceso nasal medio

Los procesos mandibulares y maxilares se originan del primer arco branquial, los procesos nasales laterales y el nasal medio se originan en el proceso fronto nasal.

El proceso fronto nasal da lugar a casi todas las estructuras de la parte superior y media de la cara. A la cuarta semana se forman las fositas nasales que dividen al proceso fronto nasal en proceso nasal medio y en los procesos nasales laterales. Los procesos nasales laterales están junto a los procesos maxilares y ligeramente separados entre sí por los surcos naso maxilares.

En un principio el proceso nasal medio es más grande que los dos procesos nasales laterales pero después se retrasa en su crecimiento. Los cambios subsecuentes

son resultado de la unión de todos los procesos inicialmente separados por surcos y/o fositas.

2. Formación del Paladar Primario.-

Entre la quinta y sexta semana de vida intrauterina se forma el paladar primario del cual se desarrollará el labio superior y la porción anterior del proceso alveolar del maxilar y la parte más anterior del paladar.

Al fusionarse el proceso nasal medio con los procesos maxilares y los procesos nasales laterales se reduce la abertura externa de las fositas nasales transformándolas en fondo de saco.

Los bordes laterales y medios de la porción inferior de la fosita nasal se juntan por unión epitelial, posteriormente prolifera el mesodermo invadiendo esta lámina epitelial haciendo permanente esta unión. En el fondo ciego del saco que se forma de la fosita nasal, el epitelio se adelgaza por el crecimiento de las estructuras vecinas formando la membrana nasobucal que separa a la cavidad bucal primitiva del saco olfatorio. Al romperse la membrana se forma el conducto olfatorio comunicando las ventanas nasales con la cavidad bucal.

La barra horizontal de tejido mesodérmico formada por la unión del proceso nasal medio con los procesos nasales laterales y los procesos maxilares y ya separado tanto de la cavidad nasal como de la bucal, es el paladar primario.

3. Formación del paladar secundario.

El paladar secundario, que tiene por función separar las cavidades bucal y nasal se forma por la unión de los dos procesos palatinos, después que la lengua toma una posición más inferior y los procesos palatinos han tomado posiciones horizontales.

La porción anterior de los procesos palatinos se une al tabique nasal, y es en esta región anterior donde se desarrolla el paladar duro. En la región posterior se desarrolla el paladar blando y la úvula.

La transposición y la unión de los procesos palatinos ocurre cuando la lengua se desplaza hacia abajo dejando libre el espacio que está entre los procesos palatinos, (esto sucede simultáneamente con el crecimiento de la mandíbula); cuando los procesos palatinos adquieren su posición horizontal se ponen en contacto con el

borde inferior del tabique nasal. No todo el paladar proviene de los procesos palatinos: solamente el paladar blando y la porción central del paladar duro se forman a partir de dichos procesos. Las partes periféricas en forma de herradura se originan de los procesos maxilares. La papila palatina se desarrolla muy tempranamente como una prominencia redondeada en la parte anterior del paladar.

4. Formación de la lengua.-

a) Arcos Branquiales.-

Los arcos branquiales juegan un papel importante en la formación de la lengua. Estos arcos branquiales se forman como cuatro pares de estructuras curvas en el cuello fetal y están separadas por surcos branquiales poco profundos en la parte externa y por bolsas faríngeas un poco más profundas en la parte interna.

Del epitelio endodérmico de las bolsas faríngeas se originan los siguientes órganos:

- I.- De la Primera Bolsa - Se forman el tubo auditivo y las cavidades del

oído medio.

II.- De la Segunda Bolsa - Se forman las amígdalas palatinas.

III.- De la Tercera Bolsa - Se forman las glándulas paratiroides inferiores y el timo.

IV.- De la Cuarta Bolsa - Se forman las glándulas paratiroides superiores.

Del esqueleto cartilaginoso del primer arco branquial se forman el cartilago de Meckel, el martillo y el yunque; del segundo, el estribo, la apófisis estiloides y el cuerno menor del hueso hioides; del tercero, el resto del hueso hioides y del cuarto el cartilago tiroideo.

b) Seno cervical.-

En la parte externa los terceros y cuartos arcos son sobrepasados en su crecimiento por un agrandamiento caudal proveniente del segundo arco lo que origina que estos arcos se encuentren en un repliegue profundo llama

do seno cervical que posteriormente se cierra y desaparece la cavidad pero si persiste su epitelio puede originar quistes branquiales.

La lengua se forma a partir del primero, segundo y tercero arcos branquiales. El cuerpo y la punta de la lengua se forman a partir de tres prominencias de la cara interna del primer arco branquial. La base de la lengua se forma a partir de una prominencia formada por la unión de las bases del segundo y tercero arcos branquiales.

En la línea media sobre la base del primer arco branquial y entre las estructuras derivadas del primero y segundo arcos branquiales se desarrolla la glándula tiroides. El conducto tirogloso se origina en esta región creciendo hacia abajo a través de la lengua en desarrollo hasta llegar al sitio donde se localizará en un futuro la glándula. Su extremidad bucal está señalada en la lengua adulta por el agujero ciego.

Los quistes del conducto tirogloso pueden desarrollarse en esta región, desde el agujero ciego hasta el istmo de la glándula tiroides.

CAPITULO II.-

QUISTES DE TEJIDOS DUROS.-

1. Quiste Medio Maxilar:

Etiología.- Deriva de restos epiteliales atrapados en la línea de fusión de los procesos maxilares en la unión de la sutura intermaxilar. Se localiza al quiste medio maxilar en la parte media de la bóveda palatina.

Diagnóstico.- Su descubrimiento es generalmente accidental al estar realizando un estudio radiográfico de rutina utilizando la técnica oclusal.

Este quiste es asintomático ya que no involucra tejidos que al verse comprimidos produzcan dolor. En ocasiones la zona se encuentra aumentada de tamaño y a la palpación se deprime por el daño que sufre la cortical, además puede existir crepitación. El crecimiento de este quiste es lento.

Radiográficamente es una lesión de características radiolúcidas que presenta en su derredor una área o alo radiopaco.

Tratamiento.- Su tratamiento es quirúrgico y consiste esencialmente en suprimir el tumor quístico por enucleación y extracción total del quiste del maxilar. La vía de acceso es por el paladar aunque algunos autores (ej. Ries Conteno) sostienen que es mejor abordarlo por la vía vestibular ya que al hacerlo por la vía palatina se pueden presentar retracciones y cicatrices posteriores.

Pronóstico.- El pronóstico de vida para el paciente es favorable, ya que como se mencionó anteriormente no se localiza en zonas que produzcan dolor o de gran vascularización.

2. Quiste Medio Alveolar:

Etiología.- Es una variante del quiste medio maxilar. El atrapamiento de epitelio se lleva a nivel de la cresta alveolar, entre los incisivos centrales superiores.

Diagnóstico.- Al igual que el anterior, su descubrimiento es accidental al realizarse un examen radiográfico de rutina por medio de la técnica oclusal.

Su crecimiento es lento y produce descenso de la tabla ósea palatina pudiendo percibirse una sensación de crepitación; en ocasiones se puede dar un abombamiento de la tabla ósea vestibular, sensación de fluctuación o de resonancia, modificación del surco vestibular y cambio de las líneas fisiónómicas. Este quiste es casi siempre indoloro y asintomático a menos que por la compresión produzca dolor reflejo sobre el ala de la nariz, ojos y arcada dentaria.

El examen radiográfico muestra una imagen circular radiolúcida bien definida con un halo radiopaco igualmente definido situada centralmente entre la parte más posterior de las raíces de los incisivos centrales superiores.

Este quiste no afecta la vitalidad de los dientes involucrados ni les produce movilidad.

Tratamiento.- Su tratamiento es quirúrgico y debe hacerse la enucleación total del quiste. Su vía de acceso es por la bóveda palatina para los quistes próximos a la bóveda y en maxilares dentados. Cuando el quiste se desarrolla hacia la tabla externa y en maxilares desdentados se abordan por la vía vestibular.

Pronóstico.- El pronóstico de vida para el paciente es favorable.

3.- Quiste del Conducto Incisivo:

Etiología.- El conducto incisivo es un saco intra-óseo cerrado tapizado por epitelio. El atrapamiento de epitelio se lleva a cabo a nivel de este conducto dando lugar a un quiste que se encuentra en la línea media y de forma circular.

Diagnóstico.- Clínicamente hay muchas veces un agrandamiento de la línea media anterior del paladar. El quiste es asintomático aunque algunas veces se puede presentar tumefacción (aproximadamente en la mitad de los pacientes que presentan estos quistes) tornándose sintomático. La tumefacción puede ser originada por algún problema de índole paradontal.

Radiográficamente presenta una imagen circular radiolúcida rodeada de un alo radiopaco bien definido. Su descubrimiento puede ser accidental si clínicamente no se detecta. Este descubrimiento se da al hacerse un examen radiográfico de rutina con la técnica oclusal. En este estudio radiográfico aparece la imagen circular

por detrás de los incisivos centrales superiores.

Tratamiento.- Su tratamiento es quirúrgico, debiéndose efectuar la onucleación total del quiste. Su abordaje es por la bóveda palatina.

Pronóstico.- El pronóstico de vida para el paciente es favorable.

4. Quiste Glóbulo Maxilar:

Etiología.- Es un quiste fisural, localizado en el maxilar en el lugar correspondiente a la fusión de los procesos globular y maxilar entre las raíces de los incisivos laterales y de los caninos.

Diagnóstico.- Puede presentarse unilateralmente o bilateralmente. Su descubrimiento es accidental, generalmente al hacer un examen radiográfico de rutina. Clínicamente puede producir un abultamiento y crepitación de las corticales, provocado por el crecimiento del quiste.

Radiográficamente el quiste glóbulo maxilar es una zona radiolúcida homogéneamente oscura y bien definida

con forma de pera invertida que se localiza entre las raíces del lateral y canino y que abarca desde la zona parodontal hasta las raíces. Generalmente es asintomático, no produce necrosis pulpar ni riolisis, sólo desplazamiento. Las respuestas normales de vitalidad de la pulpa tienen valor diagnóstico diferencial para descartar la posibilidad de que sea un quiste residual o radicular. Asimismo el desplazamiento de las coronas y la divergencia de las raíces, como la localización específica de la zona radiolúcida en su sugestiva forma de pera invertida y su característica de no relacionarse con dientes no vitales contribuyen a corroborar el diagnóstico diferencial de quiste fisural glóbulo maxilar.

Según Bhaskar, ocupan el 17% de los quistes del desarrollo y se encuentran en una mayor proporción en la raza negra.

Tratamiento.- Su tratamiento es quirúrgico, debe hacerse la enucleación total del quiste. Su abordaje debe hacerse por la vía vestibular.

Pronóstico.- El pronóstico de vida para el paciente es favorable.

5. Quiste Nasopalatino:

Etiología.- Se forma por atrapamiento de epitelio en la zona de fusión entre los procesos premaxilares y maxilar a la altura del piso nasal.

Diagnóstico.- Se localiza entre los centrales superiores a nivel de los ápices. Son generalmente asintomáticos, a menos que compriman estructuras anatómicas adyacentes como el nervio palatino anterior y la arteria y vena palatinas anteriores o que se presente una infección, por eso es que muchos casos pasan inadvertidos. Su crecimiento es lento y cuando llega a ser clínicamente evidente se manifiesta entre la cuarta y sexta década de la vida. El quiste no presenta predilección sexual.

Por lo general su descubrimiento y diagnóstico se logran al estar realizando un estudio radiográfico de rutina.

Radiográficamente da una imagen radiolúcida con alto radiopaco bien definido en forma de corazón invertido debido al traslape que se da con la espina nasal anterior.

Tratamiento.- Su tratamiento es quirúrgico y su abor

daje se realiza por vestibular por arriba de los centrales haciendo la osteotomía y procediendo a la enucleación total del quiste.

Pronóstico.- El pronóstico de vida para el paciente es favorable.

CAPITULO III.-

QUISTES DE TEJIDOS BLANDOS.-

1. Quiste de la Papila Palatina:

Etiología.- Este quiste es una variante del quiste nasopalatino. El epitelio residual queda en la papila incisiva.

Diagnóstico.- En sí, este quiste es asintomático aunque la papila presenta una inflamación e irritación permanente. Su crecimiento es lento pero continuo. No existe proyección radiográfica por encontrarse en tejido blando.

Tratamiento.- El tratamiento es quirúrgico, se abre la papila y se extrae el tejido fibroso junto con la cápsula epitelial del quiste. El sangrado es mínimo y la recuperación es muy rápida.

Pronóstico.- El pronóstico de vida para el paciente es favorable.

2. Quieste Nasoalveolar:

Etiología.- Deriva de restos epiteliales localizados en el punto de unión de los procesos globulares, nasales laterales y maxilares.

Diagnóstico.- Se localiza en el piso de las fosas nasales; está situado en el lugar de fijación del ala de la nariz, cerca de la base de la nariz.

Puede ocasionar inflamación facial severa al grado de llegar a obliterar el pliegue nasolabial ya que el quiste generalmente provoca un abultamiento hacia el suelo del vestíbulo nasal proyectándose debajo del extremo anterior del cornete inferior por lo que puede llegar a ocasionar obstrucción nasal. En ocasiones se puede presentar un dolor intermitente. Se cree que el quiste se presenta principalmente en mujeres y es más común entre los individuos de la raza negra.

Radiográficamente no dan ninguna imagen; solo los quistes que ya tienen mucho tiempo pueden horadar ligeramente la tabla vestibular, originando una imagen muy poco nítida.

Tratamiento.- Su tratamiento es quirúrgico debiendo se realizar la enucleación total del quiste. Su abordaje puede ser por vía intraoral por debajo del fondo de saco o por vía intranasal por fuera de la boca. Si se elige esta última vía se debe utilizar anestesia del nervio maxilar superior.

Pronóstico.- El pronóstico de vida para el paciente es favorable.

3. Quiste del Conducto Tirogloso:

Etiología.- Resulta del atrapamiento de epitelio en el conducto tirogloso. El anclaje del lóbulo medio de la glándula tiroides aparece en la base de la lengua - aproximadamente al final de la tercera semana de gestación. Durante su descenso sigue unido al punto de origen por un conducto conocido como conducto tirogloso. En condiciones normales este conducto debe desaparecer al final de la sexta semana de gestación. La falta total o parcial de obliteración de dicho conducto puede dar lugar a la formación de un quiste o fístula del conducto tirogloso.

Diagnóstico.- El quiste se manifiesta como una masa

cervical blanda, casi siempre movible y muchas veces sensible a la presión, situada en la línea media del cuello. Esta masa blanda puede aparecer en cualquier punto a lo largo del trayecto de descenso de la glándula tiroides.

Su diámetro varía entre 1 cm. y 10 cm. siendo la media más común de 3 cm.

Este quiste es asintomático y suele levantarse al deglutir o al sacar la lengua.

No hay predilección sexual y en el 60% de los casos aparece durante las dos primeras décadas de la vida.

A pesar de ser quistes asépticos, algunos pueden fistulizar si el quiste sufre una ruptura. No hay imagen radiográfica por estar en tejido blando.

Para poder hacer el diagnóstico diferencial es necesario realizar una gammagrafía de la glándula tiroides (esto es inyección de la glándula con yodo radioactivo) y si ésta es negativa se debe suponer que el crecimiento es debido a un quiste del conducto tirogloso.

Tratamiento.- El tratamiento es quirúrgico. La cirugía debe efectuarse a nivel hospitalario por tratarse de una intervención quirúrgica de cuello, además debe contarse con la asistencia del cirujano de cabeza y cuello. Es importante hacer mención que este quiste NO maligniza.

Pronóstico.- El pronóstico de vida para el paciente es favorable.

4. Quiste del Arco Branquial (Lesión Linfoepitelial Quística Benigna):

Etiología.- Parece tener su origen en el enclavamiento de elementos de un conducto salival en los ganglios linfáticos. Knopp, en 1970 propuso que este quiste es una amígdala oral en la cual una de sus criptas ha sido obstruida causando su agrandamiento.

En el pasado se decía que se debía a un atrapamiento de epitelio que se daba entre el tercer y cuarto arcos branquiales.

Diagnóstico.- La lesión linfoepitelial quística benigna está situada superficialmente cerca del ángulo man

dibular y cubierta solamente por el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo y sobre la vaina carotídea, por lo que clínicamente se ve como un abultamiento unilateral del cuello. Su crecimiento es lento y suele aparecer clínicamente durante la tercera década de la vida y parece no tener predilección sexual. Su tamaño varía entre 2 y 10 cm. de diámetro, siendo la media más común entre 3 y 4 cm.

No tiene proyección radiográfica por localizarse en tejidos blandos.

Puede aparecer también en el piso de la boca o por debajo de la lengua o en la faringe bucal por lo que se descarta su origen branquial. Como observación importante, en la mayoría de los casos en que se ha presentado en boca ha sido en varones.

Para el diagnóstico diferencial hay que excluir el quiste quístico, linfadenitis, linfoma, tumor del cuerpo carotideo, tumores y quistes tímicos y paratiroides así como tumores de la glándula submandibular.

Tratamiento.- El tratamiento es quirúrgico y debe realizarse a nivel hospitalario ya que es una cirugía de

cuello. Deberá llevarse a cabo en conjunto con el cirujano de cabeza y cuello. Este quiste no maligniza y una vez extirpado el quiste no tiende a recidivar.

Pronóstico.- El pronóstico de vida para el paciente es favorable.

CAPITULO IV.-

QUISTES DE TEJIDOS DUROS Y BLANDOS.-

1. Quistes Dermoides y Epidermoides:

Etiología.- Los quistes dermoide y epidermoide son quistes del desarrollo tapizados por epidermis y apéndices cutáneos. Se cree que probablemente se deban al enclavamiento de ectodermo durante el cierre de las fisuras embrionarias que ocurre entre la tercera y cuarta semana de vida intrauterina, presentándose en la zona craneo-facial en el cierre de la sutura fronto-malar y lambda y en la zona bucal en el piso de la boca y lengua anterior.

Diagnóstico.- En la boca, estos quistes ocurren con más frecuencia en el piso de la boca clasificándose en quistes medial y lateral.

En el quiste medial, el atrapamiento del epitelio se da durante la fusión de los procesos laterales a cada lado del maxilar con el tubérculo impar para formar la lengua anterior y el piso de la boca.

El quiste lateral se encuentra entre la cara lateral de los músculos genianos y milohioideo.

Estos quistes pueden ser sintomáticos o asintomáticos dependiendo de su localización y de los tejidos que involucren.

Si se localizan por encima del músculo genioidoideo provocan una elevación y desplazamiento de la lengua ocasionando dificultad al hablar, comer e incluso respirar debido a la presión que ejercen sobre la epiglotis.

Si son más profundos, es decir que se localizan entre los músculos genioidoideo y milohioideo pueden causar un abultamiento lento e indoloro en la región submentoniana que va desde la mandíbula hasta el hueso hioides dando un aspecto de un mentón doble. Si el quiste continúa creciendo puede empujar la laringe hacia abajo, y hacia arriba provocar un abombamiento en el piso de la boca.

No existe predilección sexual y suele aparecer clínicamente entre los 12 y 25 años de edad.

La diferencia entre un quiste dermoide y uno

epidermoide radica NO en su localización sino en el contenido que cada quiste guarde en su interior.

El quiste dermoide contiene en su interior uno o varios apéndices cutáneos como folículos pilosos, glándu-- las sudoríparas, glándulas sebáceas y generalmente queratina y material sebáceo.

El quiste epidermoide contiene en su interior únicamente queratina y material sebáceo.

Estos quistes también pueden presentarse en las gónadas, debido a esto, en las mujeres pueden alterar su ciclo menstrual.

Tratamiento.- Su tratamiento es quirúrgico debiéndose realizarse la enucleación total del quiste. Dependiendo de la localización se hará a nivel consultorio u hospitalario requiriéndose en este último caso la asistencia del cirujano de cabeza y cuello.

Pronóstico.- El pronóstico de vida para el paciente es favorable.

2. Queratoquiste:

Etiología.- Es un quiste epitelial del desarrollo asociado al quiste primordial, al quiste dentigero y a todas las variedades de quistes epiteliales.

Diagnóstico.- El queratoquiste se presenta con mayor frecuencia entre los 12 y 40 años de edad. No tiene predilección sexual.

En el 50% de los casos suele presentarse en la mandíbula en la zona de molares, ángulo y rama ascendente y también en el maxilar.

Radiográficamente se presenta como una lesión osteolítica uni o multilocular de contornos lisos y en raras ocasiones festoneadas.

Generalmente los queratoquistes producen aumento de volumen de la región afectada y salida del contenido del proceso por una o múltiples fistulas. En la mayoría de los casos la cavidad presenta abundantes láminas de queratina las cuales se desprenden desde la superficie epitelial como ortoqueratina y paraqueratina; su tamaño excede en la mayoría de los casos los 2 ó 3 cm. de diámetro.

Para hacer un buen diagnóstico es necesario un estudio biopsico, previo al tratamiento, ya que se podría sospechar de un ameloblastoma u otras variedades de quistes así como de ciertos casos de granuloma gigantocelular central; cuando la lesión es biopsiada el cuadro microscópico se modifica ya que se produce inflamación de la región, ulceraciones de la membrana, formación de tejido de granulación hacia la luz de la cavidad a través de las ulceraciones e hiperplasia epitelial.

Los queratoquistes tienen un alto potencial de crecimiento agresivo y pueden producir sintomatología, tales como neuralgias y ardor o quemazón a nivel del ramillete mentoniano.

Estos quistes tienen un alto porcentaje de recidiva. Se ha sugerido que la recurrencia tan alta del queratoquiste obedece a varios factores como:

- 1.- Presencia de islas de epitelio odontogénico o microquistes en la cápsula fibrosa.
- 2.- Reimplantación de restos de la lesión en los tejidos vecinos por la capacidad de separación que presenta el epitelio quístico.

tico así como por su alto índice de actividad micótica.

3.- Dificultades en el manejo quirúrgico de esta lesión como es el acceso restringido a la cavidad intraósea, friabilidad de la delgada pared quística y los derivados de la forma lobulada y de gran tamaño que suele adoptar el queratoquiste.

Tratamiento.- Los queratoquistes deben ser eliminados cuidadosamente enucleando la totalidad de la membrana para evitar una posible recidiva. Su abordaje es por vestibular.

El posoperatorio requiere controles radiográficos intrabucales oclusales y en caso necesario extrabucales aún hasta por varios años.

Este cuidado posoperatorio es imprescindible dada la alta frecuencia de recidiva que presentan, ya que ésta puede tener un periodo de latencia que puede durar hasta varios años antes de que se vuelva apreciar radiográfica y clínicamente el queratoquiste.

En casos extremos si existen reiteradas recidivas podría justificarse un tratamiento más severo, como sería una resección parcial del maxilar o mandíbula.

Este tratamiento debe quedar a criterio del cirujano maxilo-facial y debe realizarse a nivel hospitalario.

Pronóstico.- El pronóstico de vida para el paciente es reservado dadas las condiciones tan drásticas para su tratamiento.

3. Quiste de Gorlin y Síndrome de Gorlin:

Etiología.- El quiste de Gorlin y Síndrome de Gorlin se encuentran asociados a los queratoquistes múltiples con carcinoma basocelular nevoide cutáneo múltiple así como con numerosas anomalías esqueléticas.

Estos casos han sido reportados por Gorlin y colaboradores (de donde proviene su nombre). También los han reportado Clendenning y colaboradores, Anderson y Cook y Berlin y colaboradores.

Este síndrome aparece probablemente en uno de cada doscientos individuos con carcinoma basocelular nevoide

cutáneo.

El síndrome es de carácter hereditario y lo transmite un gen autosómico dominante.

Diagnóstico.- Las características clínicas del Síndrome de Gorlin son: una prominencia frontal y temporo-parietal, los ojos parecen estar hundidos y el puente nasal se encuentra ensanchado pudiendo presentarse un leve hipertelorismo ocular o distopia de los cantos. En la mayoría de los casos se presenta un leve prognatismo mandibular.

La piel se encuentra invadida por numerosos carcinomas basocelulares, algunos de ellos presentan gran malignidad, suele haber una peculiar disqueratosis palmar y plantar así como diminutos depósitos de calcio en la piel; algunos pacientes presentan una falta de reacción a la paratormona.

A menudo existen costillas bifidas y aplanadas, cifoscoliosis, fusión de vértebras y espina bifida oculta cervicotorácica así como acortamiento de los cuartos metacarpianos.

Algunas veces se observa calcificación de fibroma del ovario y útero.

En los maxilares hay numerosos quistes cuyo tamaño varía desde lo microscópico hasta varios centímetros de diámetro.

Estos quistes se encuentran tapizados de un epitelio levemente queratinizado.

Los quistes pueden aparecer entre los 7 y 8 años de edad, o más tarde, cerca de los 30 años de edad.

Al igual que al queratoquiste, el quiste de Gorlin muestra una gran tendencia a la recidiva a pesar de haberse efectuado un legrado a fondo. Muchos quistes crecen junto a los dientes y si aparecen cuando éstos se encuentran en el estadio de desarrollo, sufren dilaceraciones. Asimismo puede existir una ausencia congénita de dientes.

Radiográficamente, estos quistes presentan una imagen muy similar a la que proyectan los queratoquistes, es decir se ven como una lesión osteolítica o uni o multilobulada radiolúcida rodeada por un contorno liso y en

algunos casos festoneado radiopaco.

Los quistes contienen en su interior cascina y la membrana quística suele ser doblada y estar bien adherida al lecho óseo.

Estos quistes pueden malignizar y dar lugar a un ameloblastoma o fibrosarcoma.

Tratamiento.- Los quistes deben ser enucleados totalmente teniendo extremo cuidado que sea extirpada la membrana quística en su totalidad, ya que como se mencionó anteriormente tiende a haber un alto porcentaje de recidiva.

Dependiendo de su localización en los maxilares, se hará el abordaje.

Los carcinomas basocelulares que se encuentran en la piel son localmente destructivos y potencialmente recurrentes, aunque rara vez metastásicos. Estos carcinomas deben extirparse por completo mediante operación quirúrgica, radioterapia, quimioterapia o quimiocirugía.

De preferencia este tratamiento debe efectuarse a

nivel hospitalario por las dificultades que se presentan para realizarlo.

Pronóstico.- El pronóstico de vida para el paciente es muy reservado, dadas las numerosas complicaciones y recidivas que presenta este síndrome.

CONCLUSIONES.-

Los quistes de la cavidad bucal ocupan un amplio e importante lugar en la patología humana, ya que son entidades nosológicas que se caracterizan por estar formadas por una bolsa de tejido conjuntivoepitelial en cuyo interior existen sustancias líquidas o semilíquidas en relación con un órgano dentario; también provienen de tejidos embrionarios que quedan atrapados en los maxilares durante la formación de los huesos de la cara; de epitelios remanentes de las hendiduras faciales o de epitelios que se mantienen junto a las líneas de soldadura del macizo cráneo-facial.

Dependiendo del lugar donde se lleve a cabo el atrapamiento de epitelio, los quistes del desarrollo, motivo de la presente tesis, se dividen en tres grandes grupos:

- 1.- Quistes del desarrollo que tienen su origen en tejidos duros.
- 2.- Quistes del desarrollo que tienen su origen en tejidos blandos.

3.- Quistes del desarrollo que tienen su origen en tejidos duros y blandos.

Para poder entender la evolución clínica de estos quistes en particular, es necesario conocer el desarrollo embriológico de la cara, paladar primario, secundario y lengua y tener muy presente en que momento de la formación de estas estructuras se lleva a cabo el atrapamiento del epitelio.

Es necesario recopilar todos los datos clínicos y de laboratorio que se requieran para tener un correcto diagnóstico para poder identificar con precisión de qué lesión se trata y establecer así la terapéutica médica más indicada para eliminar el quiste en cuestión del interior de los tejidos duros y blandos del macizo craneo-facial.

Es de vital importancia que el Cirujano Dentista de práctica general tenga un amplio conocimiento de todo el campo odontológico en especial de la patología para que pueda ser capaz de diagnosticar estas entidades y así poder aplicar el tratamiento más adecuado.

Aunque algunos de estos quistes pueden ser elimina-

dos por el Cirujano Bucal es indispensable que se interrelacione con el Cirujano Maxilo-Facial para que pueda consultar y si fuera necesario remitir los casos que requieran de una cirugía mayor.

Siempre se deben cumplir con los más altos cánones de la ética profesional y saber reconocer las limitaciones, por lo que el Cirujano Dentista debe de ser honesto tanto consigo mismo como con el paciente e informarle que tipo de enfermedad padece y si es capaz o no de atender dicha enfermedad. Debe de existir una verdadera confianza y comunicación entre dentista y paciente para lograr el éxito en cualquier tratamiento y nunca olvidar las sabias palabras de Platón:

"Donde quiera que se ame a la medicina,
Se ama también a la humanidad".

BIBLIOGRAFIA

Cirugía Bucal.- G.A. Ries Centeno.- Editorial El Ateneo.- Buenos Aires, Argentina.- Novena Edición.- 1987.
pp. 670-681. 684-722.

Cirugía Bucal Menor.- G.L. Howe.- Editorial Manual Moderno.- México, D.F.- Tercera Edición.- 1987.- pp. 217-243.

Cirugía Maxio-Facial.- Gustav O. Kruger.- Editorial Panamericana.- México, D.F.- Quinta Edición.- 1986.- pp. 230-253.

Embriología Médica.- Jan Langman.- Editorial Interamericana, S.A.- México, D.F.- Primera Edición.- 1966.- pp. 307-311.

Exploración y Técnicas en Cirugía Oral.- M. Donado Rodríguez.- Editorial Universidad Complutense.- Madrid, España.- Primera Edición.- 1988.- pp. 409-431.

Orban's Oral Histology and Embryology.- Edited by S.N. Bhaskar.- The C.V. Mosby Company.- St. Louis, Missouri, U.S.A.- Ninth Edition.- 1980.- pp. 1-22.

Thoma Patología Oral.- Robert J. Gorlin; Henry M. Goldman.- Editorial Salvat.- Barcelona, España.- Segunda Edición.- Reimpresión 1983.- pp. 487-489; 493-517; 535; 719-720.

Tratado de Cirugía Bucal.- Gustav O. Kruger.- Editorial Interamericana.- México, D.F.- Cuarta Edición.- 1987.- pp. 196-217.

Tratado de Medicina Interna.- Harvey, Johns, Mc.Kusick, Owens, Ross.- Editorial Interamericana.- México, D.F.- Vigésima Edición.- 1984.- pp. 543-545.

Práctica Odontológica.- Volumen 8.- Número 2.- Febrero de 1987.- pp. 15-19.- Romero L., E. y Colaboradores.- Quiste linfoepitelial intraoral, informe de un caso.-

Práctica Odontológica.- Volumen 8.- Número 5.- Mayo de 1987.- pp. 9-14.- Mosqueda T., A. y Colaboradores.- Queratoquiste odontogénico, importancia del diagnóstico preoperatorio, informe de dos casos.-

Práctica Odontológica.- Volumen 8.- Número 6.- Junio de 1987.- pp. 19-23.- Duarte R., M. y Colaboradores.- Quiste primordial queratinizante, informe de un caso.-

Práctica Odontológica .- Volumen 9.- Número 7.- Julio de 1988.- p. 46.- Carranza V., Jorge.- Quiste glóbulo maxilar.-.