

---

Facultad de Odontología



## Desarrollo de las Lesiones Quísticas en Cavidad Oral

T E S I S

Que para obtener el título de :

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a :

ENRIQUETA REYES SANTAMARIA

---

México, D. F.

1977





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.



# Desarrollo de las Lesiones Quísticas en Cavidad Oral

ENRIQUETA REYES SANTIAMAIA

MEXICO, D. F.

1977

A MIS PADRES

SR. JOSE REYES DE LA VEGA

SRA. CONCEPCION SANTAMARIA DE REYES

Por el cariño y la confianza que han deposita -  
do en mi, lo cuál ha sido el incentivo princi -  
pal en el logro de mi carrera.

Con infinito cariño.

A MIS HERMANOS :

YOLANDA  
JOSE MANUEL  
Ma. GUADALUPE  
Ma. TERESA  
LUCIA  
Ma. DEL REFUGIO  
Ma. ISABEL  
VICTOR HUGO  
Fco. MELQUISEDEC  
ADRIANA

A MIS ABUELOS :

SR. SEBASTIAN SANTAMARIA TREJO  
( q. e. p. d. )

SRA. MICAELA O. VDA. DE SANTAMARIA  
Con cariño.

A MI NOVIO :

ING. HECTOR A. DURAN MIRAMONTES

Por el enorme apoyo que me ha brindado en  
todo momento.

Con todo mi amor.

AL C. D. FLORENTINO HERNANDEZ FLORES :

Extraordinario maestro que con su sabia enseñanza y su gran experiencia, hizo posible la elaboración de este trabajo.

A MIS COMPAÑEROS

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

TEMA

DESARROLLO DE LAS LESIONES QUISTICAS EN  
CAVIDAD ORAL

## TEMARIO

- I. - INTRODUCCION
- II. - GENERALIDADES EMBRIOLOGICAS DEL MACIZO FACIAL
- III. - GENERALIDADES ANATOMICAS
- IV. - DEFINICION Y CLASIFICACION DE LOS QUISTES
  - a ). - ETIOLOGIA
  - b ). - CARACTERISTICAS CLINICAS
  - c ). - HISTOPATOLOGIA
  - d ). - TRATAMIENTO
- V. - CONCLUSIONES
- VI. - BIBLIOGRAFIA

## CAPITULO I

### INTRODUCCION

Los quistes pueden desarrollarse tanto en tejidos blandos como en tejidos duros y pueden dañar gradualmente a los tejidos circunvecinos, en caso de dejarlos que evolucionen. Los quistes son de crecimiento lento pero continuo y cuando se infectan se tornan sensibles y su tamaño es variable.

Es de vital importancia que el odontólogo actual al encontrarse con este tipo de anomalías, posea los conocimientos suficientes tanto anatómicos, como fisiológicos y patológicos para que así pueda reconocer las diferentes lesiones de los tejidos que constituyen a la cavidad oral y de esta forma poder emitir un diagnóstico, previa valoración y estudios adecuados.

La base del diagnóstico es el resultado que se realiza haciendo la diferenciación histopatológica de la lesión y según sea la localización del quiste será el tipo de epitelio que forme la cápsula del mismo.

El estudio de los quistes se considera de importancia debido al desarrollo de los mismos ya que su crecimiento es continuo y por esta razón pueden afectar considerables zonas según la región donde se lo

calicen.

Este trabajo trata de enumerar los diferentes aspectos -- que presentan los quistes y así de esta manera poder identificar con más exactitud el tipo de lesión que se presenta en la cavidad oral y poderle dar el tratamiento más adecuado.

CAPITULO II

GENERALIDADES EMBRIOLÓGICAS  
DEL  
MACIZO FACIAL

El primer signo de formación de cartílago se observa en embriones de cinco semanas de edad, más o menos. El hueso se deriva de tejido conjuntivo mesenquimatoso; en las zonas donde se forma el cartílago, las células del mesénquima proliferan de manera activa y se tornan redondas, a éstas se les llama condroblastos y constituyen un tejido compacto y rico en células llamadas precartílago.

Las fibras colágenas constituyen los espacios intercelulares del precartílago y están envueltas en una sustancia basófila homogénea llamada sustancia fundamental o de cemento.

Al continuar el desarrollo la matriz cartilaginosa que constituye el espacio intercelular se torna voluminosa y separa las células, según el tipo de matriz hay tres tipos de cartílago :

- a ). - Cartílago Hialino. Se observa en las superficies articulares de los huesos, en las articulaciones sinoviales; posee sustancia intercelular con fibrillas colágenas blancas y delgadas.
- b ). - Cartílago Fibroso. Se observa en los discos interverte

brales.

c ). - Cartílago Elástico. Posee fibras colágenas y sustancia fundamental, además tiene fibras elásticas amarillas y ramificadas.

De acuerdo al desarrollo de los huesos veremos que hay dos tipos de osificación.

- 1 ). - Osificación Intramembranosa. Esta osificación da origen a células nuevas o jóvenes que son los osteoblastos, los cuales forman una matriz osteogena; en las cuales se acumula sales de calcio dando origen a células maduras que son los osteocitos, estos son los que van a formar al hueso. La formación de los osteocitos esta regulada por los osteoclastos a este mecanismo se le llama autoregulación. Esta osificación se caracteriza por la aposición de sales cálcicas o minerales.
- 2 ). - Osificación Endocondral. En este tipo de osificación el tejido mesenquimatoso forma primero un cartílago en su parte interna, las células jóvenes o indiferenciadas van a desalojar las células del cartílago para formar la matriz osteogena, la cual va a ser calcificada dando origen al hueso. Esta osificación se caracteriza por que puede haber aposición

de sales de calcio o sales minerales ( primera fase ) y otra -  
que puede ser por mitósis celular.

En el embrión de cuatro semanas, poco más o menos, las -  
hendiduras faríngeas están separadas por prominencias llamadas arcos - -  
branquiales. Al continuar el desarrollo, los arcos adquieren esqueleto -  
cartilaginoso y componente muscular, además de una arteria y un nervio -  
característicos.

El primer arco branquial da origen a una cavidad bucal - -  
primitiva que recibe el nombre de estomodeo, el cual está limitado por - -  
una serie de elevaciones redondeadas formadas por proliferación del me -  
sénquima; estas elevaciones son los procesos o apófisis mandibulares, - -  
procesos maxilares hacia los lados y la prominencia frontal. A los la -  
dos de la prominencia frontal inmediatamente por arriba del estomodeo, -  
se advierte un engrosamiento localizado del ectodermo superficial llama -  
do placoda nasal.

El proceso frontonasal al osificarse da origen al proceso -  
frontal y huesos propios de la nariz que a su vez originan la región de la -  
premaxila. Los procesos maxilares al osificarse dan origen a los maxi -  
lares, en la parte interna de estos se encuentran los palatinos, esto ocu -  
rre entre la sexta y séptima semana de vida intrauterina.

Hay ocasiones en que los procesos frontonasaes no se - -

unen a los procesos palatinos y esto origina que exista paladar hendido o fisurado, esto se presenta a nivel de tejido duro; a nivel de tejido blando se origina el labio leporino el cual puede ser uni o bilateral.

El proceso mandibular que también rodea al estomodeo, se encuentra en la parte media de la línea sagital y da origen a la mandíbula; las fibras conjuntivas originan la formación de un cartílago que abarca todo el proceso mandibular, a éste se le llama cartílago de Meckel el cual adquiere la forma de proceso mandibular, después la parte postero superior se va a morfodiferenciar y da origen a los huesecillos del oído medio (yunque y martillo), luego forma el cóndilo y la apófisis coronoides.

Después de algunas semanas, la zona que existe entre el cóndilo y la escama del temporal sufre una diferenciación que da origen a la cápsula articular y menisco de la articulación temporo maxilar y posteriormente la parte que corresponde al cuerpo de la mandíbula. Los dos cuerpos mandibulares quedan unidos por un cartílago, posteriormente las células del cartílago mueren y dejan un espacio que es rellenado por sales de calcio, las cuales dan origen al hueso esto es lo que se llama osificación endocondral.

En la parte posterior del cóndilo ocurre lo mismo que en sínfisis, también se presenta osificación endocondral. Después de que ya se forma el cuerpo mandibular habrá aposición en la parte superior que rodea a las yemas dentarias para dar origen a la formación de alveo-

los dentarios.

Segundo arco branquial o arco hioideo, su elemento cartilaginoso es el cartílago de Reichert el cual da origen a las siguientes estructuras : estribo, apófisis estiloides del temporal, ligamento estilohioideo y en su porción ventral asta menor y porción craneal del cuerpo del hioides.

El tercer arco branquial origina de su cartílago la porción caudal del cuerpo del hioides y el asta mayor del hioides.

Los elementos cartilagosos del cuarto, quinto y sexto arcos branquiales se fusionan y forman los cartilagos tiroides, cricoides y aritenoides.

## CAPITULO III

### GENERALIDADES ANATOMICAS.

## DESCRIPCION OSEA

El cráneo facial propiamente dicho está situado por debajo de la porción anterior de la base del cráneo, en él se encuentran las fosas orbitarias que limitan entre sí la parte superior de las fosas nasales, por debajo de éstas a la derecha y a la izquierda encontramos la región del maxilar superior que se asocia a la región de la mandíbula.

Los huesos del cráneo son en gran parte huesos planos, ofreciendo su máxima uniformidad por lo que a espesor se refiere en la región de la bóveda, mientras que la base craneal y el esqueleto facial muestran a éste respecto irregularidades múltiples, debidas en parte a la interposición de los órganos sensoriales.

El cráneo esta formado por ocho huesos, de los cuales cuatro, parietales y temporales son pares y estan simetricamente colocados. Los otros cuatro son: frontal, etmoides, esfenoides y occipital que son impares y están situados en la línea media.

Los huesos del cráneo están formados por dos láminas

compactas ( lámina interna y externa ), las cuales contienen entre sí una -  
 substancia esponjosa casi siempre escasa, denominada diploe; en algunas -  
 partes puede faltar completamente el diploe, contactando entonces las dos  
 láminas, en otras porciones por el contrario la formación diplóica consti-  
 tuye masas esponjosas considerables, la falta de diploe se observa en mu-  
 chos huesos del esqueleto facial, su abundancia por el contrario es muy --  
 grande en la base del cráneo y en la mandíbula.

### HUESOS DE LA CARA

Los huesos de la cara se dividen en dos porciones llama --  
 das mandíbula y maxila. La primera es móvil y está integrada al macizo  
 facial, la segunda es inmóvil y está constituida por trece huesos, doce de  
 ellos están dispuestos por pares, a un lado y otro del plano sagital, los --  
 cuales son maxilares superiores, malares, unguis, cornetes inferiores, -  
 huesos propios de la nariz y los palatinos, mientras el restante es el vó -  
 mer que coincide con este plano.

Maxila superior. Esta forma la mayor parte del cráneo fa --  
 cial, tiene la forma cuadrangular y se localiza en la parte anterosuperior  
 de la cara, está compuesto del cuerpo y cuatro procesos ( apófisis ) los -  
 cuales son el frontal, cigomático, palatino y alveolar. En el cuerpo del  
 hueso se distinguen cuatro caras que son la anterior, posterior o subtemp  
 poral, orbital y nasal. En la cara anterior hay una depresión, la fosa --

canina, la cara posterior presenta un saliente, la tuberosidad maxilar.

El proceso alveolar contiene ocho depresiones, las cavidades alveolares, en las que albergan las raíces de los dientes. En el interior del cuerpo del maxilar hay una cavidad denominada seno maxilar.

Malares. - Forman el esqueleto del pómulo, está situado entre el maxilar superior, el frontal, el ala mayor del esfenoides y la escama del temporal.

Huesos propios de la nariz. - Son planos de forma cuadrangular, situados en la parte anterior de la cara interna de la órbita, entre el frontal, el etmoides y el maxilar superior.

Palatinos. - Situados en la parte postero-inferior de los maxilares superiores. Se pueden distinguir en cada uno de ellos dos partes o láminas, una vertical y una horizontal más pequeña. Los palatinos contribuyen a formar la bóveda palatina.

Cornetes inferiores. - Situados en la pared externa de las fosas nasales, este hueso es de forma laminar y de contorno ligeramente romboidal.

Vomer. - Es un hueso impar situado en el plano sagital junto con la lámina perpendicular del etmoides, forma el tabique de las fosas nasales; su forma es cuadrangular y muy delgado.

**Maxilar inferior.** - Este hueso se divide en un cuerpo y dos ramas. El cuerpo tiene forma de herradura cuya concavidad se encuentra vuelta hacia atrás, se distinguen en él dos caras y dos bordes.

La cara anterior presenta en la línea media la sínfisis mentoniana, que es el resultado de la soldadura de las dos mitades del hueso, en la parte inferior se halla una saliente denominada eminencia mentoniana, hacia afuera y atrás se localiza el agujero mentoniano, por donde salen el nervio y los vasos mentonianos, más atrás se observa una saliente que parte del borde anterior de la rama vertical y termina en el borde inferior del hueso y se le llama línea oblicua externa, en la cual se insertan los siguientes músculos: triangular de los labios, cutáneo del cuello y el cuadrangular de la barba.

**Cara posterior.** - Presenta en la línea media cuatro tubérculos llamados apófisis geni, divididos en superiores e inferiores, las primeras sirven de inserción a los músculos genioglosos y las segundas sirven de inserción a los geniohioideos; hacia atrás se encuentra la línea oblicua interna o milohioidea que sirve de inserción al músculo del mismo nombre, por fuera de las apófisis geni y por encima de la línea oblicua se observa una foseta sublingual que aloja a la glándula sublingual, por debajo de dicha línea se halla una foseta más grande llamada foseta submaxilar que sirve de alojamiento a la glándula submaxilar.

**Bordes.** - El borde inferior es romo y redondeado, lleva dos

depressiones o fosetas digástricas situadas una a cada lado de la línea media y en las cuales se inserta el músculo digástrico, el borde superior presenta una serie de cavidades o alveolos dentarios.

Ramas. - Son de forma cuadrangular y el plano definido para cada una de ellas es vertical con su eje mayor dirigido oblicuamente hacia arriba y atrás, presentan dos caras y cuatro bordes.

Cara externa. - Esta cara presenta unas rugosidades inferiores donde se inserta el músculo masetero.

Cara Interna. - En la parte media de esta cara se encuentra el conducto dentario por donde se introducen los nervios y vasos dentarios inferiores, en esta cara también se encuentra la espina de spix, sobre la cual se inserta el ligamento esfenomaxilar.

Bordes. - Los bordes están situados de la siguiente manera: -  
 Borde anterior. - Forma el lado externo de la hendidura vestibulo - cingomática. -  
 Borde posterior. - Liso y obtuso, también recibe el nombre de borde parotídeo por su relación con la glándula parótida. -  
 Borde superior. - Posee la escotadura sigmoidea, situada entre dos gruesas salientes, por delante la apófisis coronoides y el cóndilo del maxilar inferior por detrás. -  
 Borde inferior. - Forma el ángulo del maxilar inferior o gónion.

Como ya se mencionó anteriormente, el macizo facial es-

está situado en la parte anteroinferior de la base del craneo, su forma se compara a la de un prisma triangular cuyas bases están situadas lateralmente, una cara anterior y una postero-inferior.

Bases. - Están formadas por la cara externa del malar, la parte postero-externa del maxilar superior y la cara externa de la rama ascendente de la mandíbula. En ésta superficie encontramos el agujero malar, la sutura frontomalar, temporomalar, maxilo-malar y la escotadura sigmoidea.

Cara anterior. - El límite inferior está formado por el borde inferior del maxilar inferior y el límite superior por la línea de las suturas fronto-malares. En ésta cara encontramos en la línea media de arriba a abajo, la sutura fronto-nasal, medio-nasal y el orificio anterior de las fosas nasales y en su interior el borde anterior del vomer, en su borde inferior la espina nasal media, la sutura bimaxilar, en la mandíbula la sínfisis mentoniana y la eminencia mentoniana. A los lados de la línea media encontramos, la cara externa de la rama ascendente del maxilar superior, la sutura maxilo-ungueal, el canal del conducto lagrimal, la sutura fronto-ungueal, la base orbitaria con su agujero suborbitario, las fosas canina y mirtiforme, separadas por la eminencia canina, los bordes alveolares, los dientes, la cara anterior del cuerpo mandibular con el agujero mentoniano y la línea oblícuca externa. En la parte lateral de ésta cara se encuentra la hendidura vestibulo-cigomática.

Cara superior. - Corresponde a la base del cráneo, lleva en la línea media la articulación del vomer con la lámina perpendicular del etmoides, más atrás la articulación del vomer con el esfenoides, a los lados se encuentran el piso de las fosas nasales y más hacia afuera, el piso de las cavidades orbitarias con el agujero suborbitario.

Cara postero-inferior. - Queda definida posteriormente por la línea que une los dos cóndilos de la mandíbula y el borde inferior de la misma, hacia atrás y a los lados la rama ascendente de la mandíbula, esta cara está formada por una amplia cavidad, en cuya línea media presenta el borde anterior del vomer, la espina nasal posterior, la sutura medio palatina, el conducto palatino anterior y la sínfisis mentoniana con las cuatro apófisis geni. A los lados de la línea media se encuentran los orificios posteriores de las fosas nasales, las semibóvedas palatinas, la cara posterior del cuerpo del maxilar inferior, la cara interna de las ramas ascendentes de la mandíbula, con el orificio dentario inferior espina de spix y el canal milohioideo.

## MUSCULOS DEL CRANEO

Estos pueden dividirse en tres grupos, el primero de ellos situado superficialmente, deriva embriológicamente de la musculatura cutánea, sus elementos reciben en conjunto el nombre de musculatura facial o mímica y se caracterizan por que tienen una inserción fija en cavi-

dades craneales y una móvil cutánea y todos están inervados por el facial, se encuentran alrededor de los orificios faciales y son dilatadores o constrictores de estos orificios y se distribuyen en dos planos, el superficial y el profundo.

Plano superficial. - En la parte superior lo constituyen los -- músculos, elevador superficial y profundo del ala de la nariz y del labio superior, los cigomáticos menor y mayor. En la parte inferior, el trian gular de los labios y el cutáneo del cuello.

Plano profundo. - Está constituido, por arriba el músculo canino, en la parte media ( constituyendo la mayor masa del carrillo ) el -- músculo buccinador y en la parte inferior anterior los músculos borla de la barba y el cuadrado del mentón.

El segundo grupo muscular o de la masticación, está for - mado por cuatro pares de músculos situados a cada lado de la línea media y son los temporales, maseteros, pterigoideos internos y pterigoideos externos, que constituyen la musculatura del maxilar inferior, estos cuatro pares se hayan inervados por el trigémino.

El tercer grupo es el de los suprahioides, cuya función - comprende los movimientos del hioides con los de la laringe, así como la movilidad del maxilar inferior, estos músculos son el digástrico, estilo - hioideo, milohioideo y geniohioideo.

## SISTEMA VASCULO SANGUINEO

Descritos los huesos y músculos de la cabeza, seguiremos con la descripción del sistema vasculo - sanguíneo de las mismas regiones, ya que el sistema vascular, superficial y profundo de la cara es muy importante.

**Arterias.** - La arteria carótida primitiva se divide normalmente a la altura del cartílago tiroides en carótida interna y carótida externa. La primera irriga sobre todo el cerebro; de sus ramas terminales, la ocular o arteria oftálmica vaso principal del cráneo facial y de sus víceras, se extiende por abajo hasta la glándula tiroides y envía hacia arriba una rama a la cavidad del cráneo, destinada a la duramadre y ramas para las superficies laterales y superficie posterior de la bóveda craneal. De sus ramas terminales tenemos arteria maxilar interna.

**Venas.** - La sangre venenosa de la cabeza y del cuello es recogida a cada lado por un tronco profundo y dos superficiales. El profundo o vena yugular interna comienza mediante una dilatación denominada bulbo o golfo superior de la vena yugular en donde se reúne la sangre procedente de los senos duramadre, en dirección descendente sigue por la región carotídea llegando siempre por debajo del esternocleidomastoideo, hasta la articulación esternoclavicular, por detrás de la cual y después de una nueva dilatación o golfo inferior, se une con la vena subclavia en el ángulo ve

noso para formar desde entonces la vena anónima o tronco venoso branquío cefálico.

De las dos venas superficiales del cuello, la yugular externa es la más constante esta vena se origina en un plexo venoso, situado por detrás del pabellón auditivo.

El segundo vaso venoso superficial es la yugular anterior, comienza en el borde inferior del maxilar, en la región de la barba y sigue por el borde anterior del esternocleidomastoideo; las dos venas pueden estar situadas en un solo tronco venoso, la vena media del cuello situado en la línea media.

Nervios del cráneo facial. - La innervación sensitiva y motora de la cabeza y de los órganos de los sentidos está a cargo de los doce pares craneales en íntima relación cefálica del simpático.

Los nervios craneales son los siguientes :

1. - Oftálmico
2. - Optico
3. - Motor ocular común ( oculo motor )
4. - Patético
5. - Trigémino
6. - Motor ocular externo ( abductos )

7. - Facial
8. - Acústico o vestibulococlear
9. - Glosofaríngeo
10. - Vago o neumogástrico
11. - Espinal o accesorio
12. - Hipogloso.

Las fibras de todos estos nervios pertenecen en su mayoría al sistema cerebro-espinal, sensitivo o motor; pero las hay además aquellas que forman parte del sistema neurovegetativo en calidad de fibras parasimpáticas o simpáticas. Las fibras cerebro-espinales salen o bien de las células ganglionares motoras, existentes en los núcleos de los nervios cerebrales o bien en las células ganglionares existentes, en ganglios cuyo origen es análogo al de los espinales, las fibras vegetativas destinadas a la inervación de los músculos movidos involuntariamente y a la de las glándulas y los vasos forman parte del sistema antagónico entre sí.

Otro grupo de fibras pertenecen al sistema simpático, sus fibras preganglionares corren juntamente con los nervios espinales y por las ramas comunicantes de estos, llegan hasta los ganglios de la cadena simpática en donde encuentran una neurona intercalar, de las anteriores las fibras post-ganglionares forman la llamada porción cefálica del simpático.

## CAPITULO IV

### DEFINICION Y CLASIFICACION DE LOS QUISTES

Quiste deriva de la palabra griega *kystis* que significa vesícula. Los quistes se consideran como una cavidad o espacio anormal que lo podemos localizar en tejidos duros o blandos y cuyo contenido es líquido o semilíquido, el cual está limitado por epitelio y encerrado en una cápsula de tejido conectivo. Cuando el odontólogo se encuentra frente a verdaderos quistes, estos pueden ser de varios tipos: quistes del desarrollo, quistes de naturaleza neoplásica, quistes de retención, entre otros.

La clasificación de los quistes en la actualidad es de la siguiente manera :

1. - QUISTES CONGENTOS :

- a ). - Tirogloso
- b ). - Branquiál
- c ). - Dermoide
- d ). - Epidermoide.

2. - QUISTES DE DESARROLLO :

2. 1. - De origen no dental :

A. - De hendedura :

- a ). - Nasoalveolares
- b ). - De la línea media
- c ). - Del canal incisivo
- d ). - Glóbulomaxilares
- e ). - Quistes óseos simples.

B. - De retención :

- a ). - Mucocelo
- b ). - Ránula.

2.2. - De origen dental :

A. - Parodontales.

- a ). - Periapical
- b ). - Lateral
- c ). - Residual

B. - Primordiales o foliculares.

C. - Dentífero.

## 1. - QUISTE CONGENITO

A éste tipo de anomalía se le denomina congénito por que -

su evolución depende directamente de tejidos embrionarios, el odontólogo debe saber diagnosticar y diferenciar las tumefacciones que puedan aparecer en la región del cuello, ya que éste tipo de lesiones por encontrarse cerca de la cavidad oral pudieran provocar un problema especial.

Los quistes congénitos se dividen en :

a ). - Quiste tirogloso.

Este quiste yace entre el foramen ciego y el piso de la boca, a lo largo de la tiroides, en el cartílago tiroideo al nivel del cartílago cricoide o en la escotadura supra - esternal, este tipo de quiste puede producirse por la estenosis del agujero ciego resultando un quiste en la porción superior del cuello. El signo que presenta es una tumefacción apenas visible, que se torna sensible en cuanto se infecta.

Este quiste se localiza generalmente en la línea media y -- puede estar tapizado por epitelio pavimentoso estratificado, cuando se infecta frecuentemente se forman fístulas que permiten la salida del contenido quístico en la porción anterior del cuello, ya sea en la línea media o a un lado.

Tratamiento : Se realiza por medio de la escisión quirúrgica completa.

b). - Quiste branquial.

Estos quistes surgen a raíz del cierre incompleto de las hendiduras branquiales en el embrión, es por eso que también se le llama quiste de la hendidura branquial. Se localiza por debajo del músculo esternocleidomastoideo o por debajo de la oreja.

Cuando hay inclusión de remanentes ectodérmicos o endodérmicos de los arcos branquiales se puede producir éste tipo de quiste y que también puede ocasionar su origen el cierre incompleto de la misma hendidura del embrión. Por lo general son de crecimiento lento y se hacen evidentes clínicamente en la infancia o a comienzos de la edad adulta.

Cuando el quiste es superficial a menudo están tapizados por epitelio pavimentoso estratificado y contienen líquido acuoso, los quistes profundos con frecuencia están recubiertos por un epitelio cilíndrico pseudo estratificado con células secretoras y pueden por lo mismo contener una gran cantidad de mucus.

Tratamiento : Su eliminación debe ser total.

c). - Quiste dermoide y epidermoide.

Los quistes dermoides pueden ser de la línea media y laterales; los de la línea media se localizan por encima del músculo milohioideo, estos quistes son llamados también sublinguales o genioglosos y pue

den penetrar al músculo milohioideo presentando una doble cavidad quística. Los quistes laterales se encuentran situados entre el músculo genio-hioideo o geniogloso, según su profundidad pueden ser sublinguales o submentonianos.

Generalmente este quiste se presenta como una masa bien circunscrita de consistencia semisólida y que contiene un material caseoso o de aspecto sebaceo, de color amarillo grisáceo. La sintomatología más aparente es consecuencia de su aumento de volumen dificultando las funciones de fonación y deglución, por la proyección de la lengua hacia arriba y atrás.

Para diferenciar el quiste dermoide del epidermoide, se dice que el primero contiene un revestimiento de epitelio escamoso estratificado, queratinizado acompañado por anexos cutáneos, limitado en su periferia por un estroma de tejido conjuntivo fibroso moderado o intensamente vascularizado.

El quiste epidermoide también es una cavidad revestida de epitelio pero no contiene anexos cutáneos, esta diferenciación se hace microscópicamente.

Tratamiento : Siempre es escisión quirúrgica completa y según sea su localización sobre los planos musculares, puede ser por vía extraoral o intraoral.

## 2. - QUISTES DE DESARROLLO.

### 2.1 De origen no dental

#### A. - De hendedura.

Los quistes fisurales o también llamados de hendedura tienen una histogénesis común, se forman a partir de restos epiteliales remanentes, en las líneas de sutura, principalmente en la unión de las apófisis mesionasal, lateronasal y maxilar ósea en la base del ala nasal.

A causa de la complejidad de la embriogénesis del maxilar superior, los puntos de fusión de los procesos embriológicos de los huesos faciales son los sitios preferidos para el desarrollo de éstos quistes. Clínicamente pueden confundirse con quistes de origen dental o con abscesos dentoalveolares en los dientes anteriores del maxilar superior, en esta parte es donde más se localizan estos quistes, aunque también pueden desarrollarse en la sínfisis mentoniana.

Los quistes no odontógenos durante su desarrollo embriológico no tienen vinculación con los dientes.

#### a ). - Quistes nasoalveolares.

Se duda acerca de que si se debe clasificar al quiste nasoalveolar separadamente del quiste globulomaxilar, ya que ambos se forman en la porción elevada de la sutura globulomaxilar y afectan también -

al proceso nasal lateral.

La posición próxima a las fosas nasales del quiste nasoalveolar sugiere el motivo por el cual se le debe clasificar en forma independiente, en ocasiones se observa por la narina el abultamiento de la apófisis palatina del maxilar, producida por éste tipo de quiste y por la misma suele drenar su contenido.

Este tipo de lesión se origina a partir de restos epiteliales embrionarios que pueden permanecer en las hendiduras faciales embrionarias, el aspecto que presenta radiográficamente, es similar al de un quiste paradentario. La vitalidad de los dientes vecinos no se haya alterada, siempre y cuando el diente no se involucre en un proceso infeccioso, al inicio del desarrollo del quiste éste se extiende entre las raíces de los dientes y puede desplazar a los mismos.

Tratamiento : Es quirúrgico.

b). - Quistes de la línea media.

Se presentan en la línea media del paladar, en las regiones posterior y anterior, raras veces suelen presentarse en la sínfisis del maxilar inferior. Cuando el quiste está situado en la parte anterior del paladar, por detrás de la cara lingual de los incisivos superiores se llama quiste alveolar medio, en una posición más posterior se le denominará quiste palatino medio, ambas lesiones son raras y suelen confundir-

se con quistes como son del conducto incisivo y de la papila palatina, la -- identificación precisa se efectúa mediante examen radiográfico, correla -- cionado con la historia clínica.

#### Etiología. -

La presión masticatoria puede reflejarse en la línea de su -- tura, dando como resultado inflamación por dicho traumatismo. Estos -- signos desempeñan un papel importante en la formación de estas lesiones.

#### Características clínicas. -

Generalmente se origina una cavidad esférica en la región posterior del paladar óseo y a veces abultamiento en la bóveda de la boca, el tamaño de dichas lesiones varia de uno a tres centímetros, pero puede aumentar de tamaño involucrando una porción considerable de la maxila. - Radiograficamente el quiste alveolar medio puede confundirse con el quis -- te del conducto incisivo dada la similitud que presentan en este plano.

#### Histopatología. -

El quiste alveolar medio, está formado por inclusiones epi -- teliales en la línea de fusión de las apófisis globulares que forman la pre -- maxila.

El quiste palatino medio se forma a partir de inclusiones -- epiteliales en la línea de fusión de las apófisis palatinas. Ambas lesio --

nes están revestidas de epitelio escamoso estratificado.

Tratamiento : La vía de elección es el tratamiento quirúrgico, cuando se hace la intervención del quiste alveolar medio se pueden sacrificar los dientes más cercanos según sea el tamaño de la lesión. En el quiste palatino medio se debe tener cuidado de no perforar fosas nasales o seno maxilar, esta precaución se toma en cuenta según sea el tamaño del quiste.

c). - Quistes de canal incisivo :

El quiste del conducto nasopalatino o incisivo, está localizado en el conducto incisivo y en la profundidad del hueso o en el tejido blando de las papilas palatinas, por lo cuál también se le ha denominado quiste de la papila incisiva. Estos quistes se presentan en la línea media, entre las raíces de los incisivos centrales superiores suelen ser asintomáticos.

Durante la formación embriológica puede quedar una comunicación a nivel del conducto palatino, que coloque en relación las fosas nasales con la cavidad bucal, ya que esto normalmente debe obliterarse en los primeros meses de vida. Dentro del conducto anormal se encuentran tejidos embrionarios ( restos epiteliales ) a cuyas expensas se desarrollan estos quistes.

### Etiología. -

La infección es un factor predisponente en la formación de éstas lesiones, ésta reacción estimula al crecimiento de los restos epiteliales y a medida que se destruye el hueso, va formando una cavidad que se tapiza con epitelio. La infección puede ser de tipo dentario o gingival, otro factor que provoca la evolución quística puede ser el traumatismo, el cual puede ser originado por la fuerza de la masticación o por la presión ejercida por alguna prótesis.

### Características clínicas.

Los síntomas iniciales más frecuentes son la tumefacción y la salida de líquido, pero es raro encontrar signos y síntomas clínicos en éste tipo de lesiones. El dolor es raro pero puede haberlo en caso de que exista una reacción inflamatoria aguda, los dientes vecinos conservan su vitalidad.

Radiográficamente presenta una zona radiolúcida, circular localizada en la porción anterior del maxilar superior, entre los incisivos. Cuando no se ha desarrollado suele ser circular y conforme aumenta de tamaño se torna irregular.

El quiste del canal incisivo por regla general no distorsiona la posición de los incisivos centrales, debido a que su desarrollo no es excesivo probablemente por la oposición de las estructuras vecinas, en -

ausencia de las piezas dentarias la lesión puede variar en tamaño y forma.

#### Histopatología. -

Estos quistes provienen de inclusiones epiteliales en las líneas de fusión de las apófisis embrionarias que forman los maxilares, el interior de éste quiste está revestido de epitelio, que puede ser estratificado, escamoso o cilíndrico ciliado; esto dependiendo de que el quiste haya derivado de epitelio bucal o de epitelio respiratorio ( aunque pueden presentarse de los dos ). En ésta lesión también se aprecia una cápsula externa de tejido conectivo que suele estar inflamada y a menudo posee muchas glándulas mucosas o quistes pequeños.

#### Tratamiento.

Se lleva a cabo mediante la cirugía, la cual será efectuada de acuerdo a dos factores: primero el tamaño de la lesión, por la vecindad con las tablas palatinas o bucales y segundo, la presencia de los dientes. Si la lesión está próxima a la bóveda en maxila dentada se intervendrá por paladar y si la lesión se desarrollo hacia la tabla externa en maxilar parcial o totalmente desdentado podrá intervenirse por vía vestibular.

d ).- Quistes globulomaxilares :

Proviene de inclusiones epiteliales en la línea de fusión -

de las apófisis globular y maxilar, tienen su localización entre las raíces de los incisivos laterales y los caninos superiores, ésta lesión, al crecer demasiado distorsiona la posición de los dientes próximos a él. Debido a la presión que ejerce el proceso sobre las raíces de los dientes adyacentes estos pueden encontrarse divergentes. Los dientes cercanos a la lesión poseen pulpa vital, a no ser que ésta haya sido dañada por alguna pulpitis ajena al quiste.

#### Características clínicas.

Clínicamente el quiste globulomaxilar puede permanecer sin reconocerse por mucho tiempo. Evoluciona como un proceso expansivo indoloro en el espesor del hueso y separa las raíces del canino y el incisivo lateral. Este signo ayuda a identificarlo tempranamente, radiográficamente presenta un aspecto de zonas translúcidas semejando la forma de una pera localizada entre el incisivo lateral y el canino superior.

Cuando ha logrado distorsionar a los dientes vecinos, es por que ha tenido su máxima expansión, mesialmente presiona sobre espina nasal anterior y distalmente sobre las fosas nasales.

#### Histopatología.

Frecuentemente el revestimiento epitelial del quiste proviene de la mucosa nasal, por eso es que se observa epitelio cilíndrico pseudoestratificado y ciliado o con alguna modificación. La pared gene-

ralmente es un saco grueso que contiene linfocitos y células plasmáticas - diseminada en todo el revestimiento, cuando se advierte un gran depósito de colágena en dichas lesiones sugiere que el proceso tiene cierto tiempo.

#### Tratamiento.

La eliminación de esta lesión es quirúrgicamente y según sea el tamaño del quiste puede ser anulado el sacrificio de los dientes cercanos.

#### e).- Quistes óseos simples

Este tipo de lesiones son sumamente raras; se presentan solitarias, sin revestimiento epitelial ni datos de infección aguda o crónica. Los sinónimos que se emplean para denominar a ésta lesión son los siguientes: quiste óseo hemorrágico, quiste traumático y quiste de extravasación.

Estos quistes generalmente se encuentran en la zona comprendida entre el ángulo del maxilar inferior y el canino, se acepta que es una cavidad ósea resultante de una hemorragia intramedular de origen traumático que no experimenta organización y reparación normales, el coágulo es encapsulado y poco a poco ocurre licuación, la fibrina del coágulo poco a poco se reabsorbe, junto con el hueso que ha sufrido necrosis. Debido al fracaso de la organización del coágulo esto ocasiona que haya una cavidad vacía dentro del hueso. En la evolución de ésta lesión,

las trabéculas óseas de la zona involucrada se tornan necróticas una vez ocurrida la degeneración del coágulo y de la médula ósea.

#### Características clínicas.

Estas lesiones son indoloras y se presentan como áreas radiolúcidas redondas y discretas, a menudo dibujadas por un borde lineal radiopaco, rara vez se extiende hasta ocupar el espacio interdentario. Durante la exploración quirúrgica el quiste puede estar totalmente vacío o puede contener líquido seroso - sanguinolento o un coágulo en desintegración.

Estos quistes se pueden considerar propios de personas jóvenes.

#### Histopatología.

La membrana limitante del quiste cuando existe está formada por tejido conjuntivo mal definido o vascular laxo que contiene numerosos eritrocitos y pigmentos hemáticos, para elaborar un diagnóstico exacto se valorará según los datos clínicos, radiográficos e histopatológicos de la lesión.

#### Tratamiento.

Evitando una infección secundaria se puede eliminar el proceso quístico mediante el curetaje de la pared capsular comprimida pa

ra facilitar la curación que se realiza por medio de granulación, proporcionando un coágulo provisional mediante gelfoam o espuma de fibrina se ayuda al restablecimiento de la parte afectada.

#### B. - De retención.

Estos quistes como su nombre lo indica de retención son originados por la detención de líquido que debiera deshecharse, esto afecta a las glándulas salivales, ya que las células descamadas obstruyen los conductos de salida.

##### a ). - Mucocele

Este quiste también es denominado quiste mucoso de retención y fenómeno de retención, éste proceso se desarrolla en las glándulas mucosas y es originado por la obstrucción del conducto de las glándulas salivales y conductos accesorios, esto dependiendo de traumatismos, infección o algún cuerpo extraño.

#### Características clínicas.

El quiste por retención de las glándulas salivales se presenta como una lesión mucosa pequeña, circunscrita, casi siempre elevada, translúcida, de color azulado situada a veces profundamente o se encuentra como una lesión móvil. Los sitios preferidos de éstas lesiones son el labio inferior o el superior, pero también se observan en el paladar, carrillo, lengua o en el piso de la boca.

Esta lesión puede originarse en pocos días hasta alcanzar un tamaño más o menos considerable y que puede persistir por varios meses si no se procede a tratarlo.

#### Histopatología.

El mucocele cuando está completamente desarrollado, es una cavidad llena de material homogéneo ligeramente basófilo, en el cual flotan células redondas tumefactas y el borde del quiste está formado únicamente por tejido de granulación. La glándula unida a la lesión, presenta infiltración inflamatoria intersticial de neutrófilos, células plasmáticas y linfocitos, la luz de la cavidad quística está ocupada por un coágulo eosinófilo, que contiene un número variable de células principalmente leucocitos y fagocitos poli y mononucleares.

Los acinos glandulares muestran grados diversos de atrofia ya que éstos están junto a la zona del quiste y asociados al conducto afectado. Los acinos pueden presentar inflamación intersticial, ruptura de las células de los acinos mucosos, con formación de pequeñas zonas de mucus acumulado.

#### Tratamiento.

Puede ser por escisión completa y marsupialización, en un caso corriente de mucocele hasta con la marsupialización. En ocasiones es necesario escindir la glándula si se produce residiva.

b ). - Ranula.

Quiste de retención que se forma en el piso de la boca a raíz de la obstrucción de una glándula mucosa ( la glándula de Suzanne ) o de las glándulas sublinguales.

Etiológica y patogénicamente es similar al mucocele, la ranula comienza a formarse a uno y otro lado del maxilar inferior y conforme se va expandiendo lentamente va ocupando todo el piso de la boca; a mayor expansión la mucosa adyacente adquiere un espesor extremadamente delgado y la lesión se torna de un color azulado y transparente.

El contenido de la ranula puede ser mucoso o seroso, no son dolorosos y al palparlos se notan blandos y fluctuantes. A veces se rompen en forma espontánea, pero recidivan con lentitud.

Tratamiento.

Efectuando una simple incisión y drenaje traen como resultado una recidiva la marsupialización constituye el tratamiento de elección.

2. 2. - De origen dental

A. - Parodontales

a ). - Periapicales

b ). - Lateral

c ). - Residual.

Los quistes paradontales son sacos cerrados revestidos de epitelio que se forman en la membrana periodóntica y sus estructuras adyacentes, estos se pueden localizar en diferentes posiciones como puede ser en el ápice de la raíz de un diente o puede presentarse lateralmente.

#### Etiología.

Las causas más frecuentes por las que se originan estos quistes son: oclusión traumática, restauraciones con puntos altos o también se pueden originar por un diente afectado por caries de cuarto grado.

Estos factores provocan una respuesta inflamatoria, estimulando los restos de la vaina de Hertwing los cuales originan el epitelio que tapiza la cavidad quística.

#### Características clínicas.

Los quistes paradontales varían desde un centímetro o menos, pero se puede dar el caso de que estos se desarrollan alcanzando varios centímetros.

Generalmente se ve más afectado el maxilar superior que el inferior, en el primero predominan más en la zona de los incisivos y menos en la región de los premolares, molares y caninos.

En el maxilar inferior estas lesiones afectan casi en un -

50% de los casos la región de los molares y en menos proporción la región de premolares, incisivos y caninos. Estos quistes reciben diferentes nombres según sea su localización.

Cuando el quiste se localiza en ápice del diente recibe el nombre de quiste periapical, el cuál se forma por proliferación de las células epiteliales dentro de un granuloma; estas células son producto de los restos de la vaina de Hertwing, estructura epitelial que participa en la formación de la raíz.

La vaina de Hertwing o también denominada restos epiteliales de malassez, se retiene en la membrana parodontal y esta se hace presente cuando se origina un granuloma.

Cuando el quiste se encuentra localizado a lo largo de la superficie de la raíz, recibe el nombre de quiste lateral; esta lesión resulta como secuela de un absceso lateral originado en el surco gingival.

Quiste residual, se le denomina así por que se origina después de la extracción de un diente debido a que no se elimina perfectamente el proceso infeccioso.

### Histopatología

Estos quistes microscópicamente presentan una capa limitante formada por tejido conjuntivo denso, cubierta por epitelio escamoso, este puede proliferar al grado de parecerse al carcinoma escamoso,

pero nunca se transforma en la lesión maligna. La reacción inflamatoria a menudo causa degeneración y ulceración del revestimiento epitelial, esta se caracteriza por densas acumulaciones de linfocitos y células plasmáticas, también se encuentran numerosos macrófagos cargados de grasa y a veces se observan pequeñas espículas óseas; en la bolsa quística es común encontrar cristales de colesterol, sangre, pigmento hemático y pus.

Estos quistes pueden permanecer por un tiempo variable - en su lugar de origen sin que ningún factor extraño modifique el cuadro, - pero puede dar el caso que tengan alguna complicación debido a la infección y supuración que presentan.

#### Tratamiento.

Al eliminar estos quistes, el cirujano debe enuclear perfectamente las cápsulas de tejido conectivo y junto con ellos los revestimientos epiteliales intimamente unidos a la misma ya que de quedar algún remanente este puede proliferar y producir una recidiva y a la vez hacerse más invasor.

#### B. - Quiste primordial o folicular.

Este quiste se localiza en ambos maxilares, su origen es en íntima relación con el diente en desarrollo. Es el menos común de los quistes odontógenos.

### Etiología.

Su desarrollo se debe a la acumulación de líquido entre el epitelio externo e interno del esmalte del folículo dental, durante la etapa temprana de la formación del diente.

Estos quistes se pueden presentar en áreas donde se ha extraído un diente parcialmente incluido o impactado. En estas circunstancias puede originarse de los restos epiteliales contenidos en una porción del folículo dentario que no se eliminó completamente.

### Características clínicas.

Los quistes foliculares destruyen hueso y radiográficamente se presentan como zonas radiolúcidas sin tabiques ( uniloculares ) o pueden presentarse subdivididos por varios tabiques ( multiloculares ) tienen la capacidad de desplazar a los dientes adyacentes dada la presión que ejercen. Esta lesión suele estar asociada a un diente primario sin erupcionar, no hay presencia de dolor a menos que se origine por una infección secundaria.

El quiste primordial se encuentra bien delimitado, su forma puede ser redonda u ovoidea, presenta una gran radiolucidez que no siempre muestra un límite esclerótico. Este quiste puede estar situado cerca de la cresta del reborde, en lugar de un diente congénitamente ausente.

### Histopatología.

Al igual que el resto de los quistes dentales, el quiste foli-  
cular se encuentra revestido de epitelio escamoso estratificado. Los res-  
tos epiteliales de la lámina dental y del epitelio externo del esmalte su-  
fren proliferación y transformación quística.

### Tratamiento.

La vía de elección es quirúrgica.

### C. - Quiste dentífero.

Es el más común de los quistes, se caracteriza por guar-  
dar estrecha relación con un diente que no erupcionó.

### Etiología.

Su origen se debe a una alteración que sufre el epitelio -  
del órgano del esmalte después de la formación completa de la corona. -  
Este por general se desarrolla sobre la corona de un diente permanente, -  
rara vez involucra a un diente primario.

### Características clínicas.

Se presenta en forma de saco cerrado revestido de epite-  
lio el cual se forma alrededor de la corona de los dientes que no han he-  
cho erupción.

El quiste dentígero se localiza más comunmente a nivel de caninos superiores y terceros molares inferiores dada la frecuencia de estos dientes de quedarse retenidos, este proceso puede constituirse en el más agresivo de todos los quistes odontógenos, debido a su crecimiento continuo, esto trae como consecuencia que exista expansión del hueso con la subsiguiente asimetría facial, también se puede presentar desplazamiento de los dientes con grave absorción radicular.

Cuando este quiste se presenta a nivel del tercer molar inferior, el cuál no ha hecho erupción puede provocar ahuecamiento de la rama ascendente hasta la apófisis coronoides así como una marcada expansión de la lámina cortical, debido a la presión que ejerce éste proceso. Esto puede traer como consecuencia que exista un desplazamiento del tercer molar al grado de que este aparezca contra el borde inferior del maxilar.

Cuando el quiste dentígero se encuentra vinculado a un canino superior, la maxila puede presentar expansión en su porción anterior simulando celulitis o sinusitis aguda.

#### Histopatología.

Esta lesión es un saco de tejido conectivo revestido de epitelio escamoso estratificado y líquido, este último se encuentra entre el revestimiento del quiste y el diente, o bien adquirir un tamaño tal que in-

cluya una gran porción de los maxilares.

El epitelio que forma el revestimiento de los quistes dentígeros posee múltiple potencialidad y varía mucho más que el de otros quistes odontogénicos, el contenido quístico suele ser un líquido amarillo acuoso a veces manchado de sangre.

La probabilidad que tienen los quistes dentígeros de convertirse en ameloblastomas, es mucho más alta que en otros quistes odontogénicos.

Tratamiento.

En éste caso está indicada la marsupialización.

## CAPITULO V

## CONCLUSIONES

Los quistes son considerados espacios o cavidades anormales que tienen un contenido líquido o semilíquido los cuales pueden desarrollarse tanto en tejidos blandos como en tejidos duros.

Estas lesiones presentan un crecimiento lento pero continuo pudiendo alcanzar un gran tamaño; pueden ser uniloculares o biloculares, pero siempre van a depender de un solo quiste.

El odontólogo para dar un diagnóstico preciso siempre tendrá que basarse en los resultados de la diferenciación histopatológica, radiológica y según sea la localización del quiste será el tipo de tejido que contenga la cápsula del mismo los quistes se desarrolla principalmente por traumatismos originados por las fuerzas de masticación o por algún golpe que cause lesión interna de los tejidos.

Generalmente cuando los quistes alcanzan un tamaño considerable tienden a distorsionar las raíces de los dientes adyacentes al mismo, sin causar lesión pulpar al ir creciendo estas lesiones pueden pasar inapercibidas para el paciente siempre y cuando algún factor extraño no modifique el cuadro clínico.

Nunca se ha dado el caso de que estas lesiones sean causa de alguna secuencia maligna. El tratamiento de los quistes es por enucleación total o marsupialización, al intervenir cualquier quiste siempre se tendrá cuidado de eliminar toda la porción dañada, ya que cualquier remanente de tejido quístico siempre dará como resultado una recidiva.

## VI BIBLIOGRAFIA

- |                        |      |  |
|------------------------|------|--|
| JAN LANGMAN            | 1966 | Embriología Médica.  |
| DR. FERNANDO QUIROZ G. | 1965 | Anatomía Humana<br>Cuarta edición.                         |
| STANLEY L. ROBBINS.    | 1967 | Tratado de Patología<br>Tercera edición.                   |
| TOMAS VELAZQUEZ.       | 1966 | Anatomía Patológica den-<br>tal y bucal.                   |
| W. HARRY ARCHER        | 1968 | Cirugía Bucal<br>Tomo I<br>Segunda Edición.                |
| DAVID GRINSPAN         | 1970 | Enfermedades de la bo-<br>ca<br>Tomo I<br>Primera Edición. |