

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología



QUISTES EN ODONTOLOGIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ALBERTO RODRIGUEZ CRUZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA

DE MÉXICO

Facultad de Odontología

ADMINISTRACIÓN EN ODONTOLÓGICA

BASES PROFESIONALES

ALFONSO HERRERA

REVISO Y AUTORIZO:

Rafael Ruiz R.
C.V. RAFAEL RUIZ R.

A mi Padre

SR. LUCAS RODRIGUEZ MONTOR

Por su desinteresado apoyo
constante confianza ejem--
plo de honestidad y digni-
dad, motivos por los cua--
les le logrado mi objetivo.

A MI MADRE

SRA. OFELIA CRUZ DE RODRIGUEZ

Quien con su cariño lleno
de sinceridad y afecto ha
ayudado y motivado a cul-
minar lo esperado.

A LA MUJER MAS LINDA

.... MI ESPOSA

Sra. Mery Holster de Rodriguez

por el amor, confianza y
ternura que ha tenido en mi.

A MIS TIAS

Sra. AURORA CRUZ DE MARTELLO

Sra. BEATRIZ CRUZ DE PALACIOS

Por los buenos consejos y
el cariño sincero de siempre.

A MIS AMIGOS

...a todos y cada uno de
ellos, mil gracias por -
todo.

A MI HERMANO

LIC. ANGEL RODRIGUEZ CRUZ

Por su muestra de compañerismo, estímulos y consejos a lo largo de mi carrera.

A MIS HERMANOS

Kiko, Chani, Ricardo y Maribel

Como agradecimiento a los sacrificios compartidos.

AL DR. RAFAEL RUIZ

Director de Tesis

con mucho afecto por su
valiosa y decidida cola
boración.

AL HONORABLE JURADO

A MIS MAESTROS

A MI FACULTAD

A MI UNIVERSIDAD,
por mi formación profesional.

I N D I C E

	Pág.
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION Y GENERALIDADES	4
III. ESTUDIO PREOPERATORIO	9
a). Historia Clínica	9
b). Estudio Radiográfico	11
c). Pruebas de Laboratorio	12
IV. CLASIFICACION DE IRVING-MEYER	14
V. DISTINTAS TECNICAS DE TRATAMIENTO	63
VI. CONCLUSIONES	70
VII. BIBLIOGRAFIA	72

INTRODUCCION

Los quistes son de gran importancia dentro de la patología estomatológica, ya que son una de las enfermedades -- más comunes en ella.

El propósito de esta tesis es presentar a grandes rasgos los signos clásicos que presentan las distintas variedades de quistes, así como su tratamiento y así incorporarlos a la práctica del Cirujano Dentista.

En síntesis se toman en cuenta los siguientes siguientes objetivos: la aplicación de los principios básicos de la Cirugía para la presunción, diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades que pueden ser ejecutadas según la capacidad que tenga cada cirujano dentista.

Por otra parte, el Odontólogo tiene que tener en cuenta la relación que existe entre la Cirugía y las distintas ramas de la Odontología ya que éstas están ligadas entre sí. Y para llevar a cabo el tratamiento de un quiste se tiene - que saber o tener en cuenta las distintas técnicas de otras

ramas de la Odontología ya que en la mayoría de los casos, -
tienen que ser tratados por otra especialidad.

En todo ello lo más importante es que el sentido de -
una responsabilidad social anime el campo de la cirugía.

DEFINICION Y GENERALIDADES DE LOS QUISTES.

DEFINICION Y GENERALIDADES DE LOS QUISTES

A esta anomalía llamada quiste se le considera como una lesión que consiste en una cavidad patológica (ya sea en los tejidos blandos o duros de la boca) que contiene en su interior, fluidos, leucocitos, cristales de colesterol, plasma, suero, seroglobulina, seroalbúmina y células epiteliales degeneradas.

Dichas sustancias pueden estar limitadas por epitelio, tejido conjuntivo y queratina.

Las enfermedades que se parecen a los quistes y satisfacen algunas, pero no todas las características señaladas son las que se conocen como enfermedades pseudoquísticas.

Aspectos Generales.

Los quistes se manifiestan clínicamente a causa de su expansión dentro del tejido circundante, pero sólo raras -- ocasiones causa aflojamiento de los dientes, a no ser que sean muy grandes. Raras veces la presencia de un quiste se revela por una fractura o porque el paciente advierte la -- falta de un diente.

Muchos quistes permanecen pequeños y producen poca o

ninguna dilatación. Se descubren solamente en un examen radiográfico habitual.

La localización de la tumefacción puede dar un importante inicio sobre la naturaleza del quiste. Estructuras anatómicas normales como el seno maxilar, el agujero mentoniano y la fosa incisiva pueden ser confundidas con quistes, sobre todo si presentan alguna variación en cuanto a su posición o formación y son necesarias varias vistas radiográficas para su diagnóstico.

Hay que tomar un mínimo de dos vistas intrabucales -- formando ángulos rectos entre sí. Lo ideal es formar también radiografías intrabucales oclusales y laterales, así como una extrabucal oblicua lateral.

Algunas veces son necesarias otras radiografías, por ejemplo: una craneal lateral o una occipitomental, se puede emplear un medio radiopaco, especialmente del quiste nasoalveolar. Algunas veces es útil el uso de la tomografía.

Aunque todos los quistes tengan algunos aspectos en común, en el capítulo IV se detallarán los aspectos clínicos (sintomatología, forma de crecimiento), radiográficos, histológicos, así como el tratamiento de cada uno de ellos.

GENERALIDADES HISTOLÓGICAS

Es de vital importancia para todo profesionista tener en cuenta los conceptos básicos, ya que sin éstos no podríamos diferenciar o diagnosticar una enfermedad, para esto vamos a enumerar los componentes Histológicos de un quiste, recordando la definición.

1.- EPITELIO.- Son células dispuestas en capas regulares sobre la superficie natural de la mucosa o serosas. Las capas epitelicas varían para cada lugar, en el caso de los quistes de la cavidad bucal generalmente encontraremos epitelio escamoso estratificado y en algunos quistes encontraremos también epitelio columnar respiratorio.

2.- TEJIDO CONJUNTIVO.- También recibe el nombre de tejido celular. Este tejido está muy extendido en el organismo, adoptando diferente forma, generalmente forma el sostén del quiste.

3.- QUERATINA.- Es una proteína albuminoidea que constituye la capa externa de la epidermis.

4.- SUERO.- Es un líquido amarillento y transparente como el plasma y contiene sustancias solubles sobre todo la globulina.

5.- PLASMA.- Es un líquido amarillento compuesto de - proteínas coagulables, lípidos, sustancias orgánicas y sustancias inorgánicas.

6.- CRISTALES DE COLESTEROL.- El Colesterol se encuentra ampliamente distribuido en todas las células del organismo, pero especialmente en los tejidos nerviosos. Los tejidos que sintetizan al colesterol son hígado, corteza adrenal, piel, intestino, testículos y aorta.

7.- SEROGLOBULINA.- Es la globulina del suero y es -- una proteína sérica. Esta fracción globulínica de las proteínas séricas es una mezcla muy compleja.

8.- SEROALBUMINA.- La albúmina también es una proteína sérica y se encuentra en el suero. Estas fracciones de las proteínas del suero, la más abundante de ellas es sintetizada en el hígado.

9.- CELULAS EPITELIALES DEGENERADAS.- En la mucosa y piel, las células del epitelio pueden, al degenerar, constituirse en parte integrante de los quistes.

C A P I T U L O I I I

ESTUDIO PREOPERATORIO

A) ESTUDIO PREOPERATORIO:

:

ESTADISTICA ADMINISTRATIVA

Esta comprende el nombre del paciente, su dirección particular y comercial, número de teléfono, edad, sexo, estado civil, ocupación. Todo esto nos va a servir para establecer los antecedentes del paciente e información por la manera de responder y el grado de cooperación.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Molestia principal, si siente dolor o incomodidad, con que frecuencia se presenta. Todos aquellos datos que el paciente nos refiere del motivo por el cual acude a la consulta.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Los antecedentes patológicos se clasifican en familiares y personales.

a) Familiares.- Se anotarán las enfermedades sufridas por sus familiares: abuelos, padres, hermanos, hijos, etc. con el objeto de detectar padecimientos hereditarios, o

bien de tendencia familiar.

b) Personales.- Aquí se anotarán todas las enfermedades sufridas por el paciente, tanto remotas como presentes, se deben realizar una serie de preguntas que nos lleven a la detección de algún problema patológico; preguntas tales como:

¿Ha estado bajo tratamiento médico prolongado o lo está ahora?

¿Ha tenido que administrarse algún medicamento durante mucho tiempo o lo hace ahora?

¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?

¿Ha sufrido situaciones desagradables durante la administración de algún fármaco o con el uso de anestesia local?

¿Presentó en alguna ocasión problemas hemorrágicos?

Preguntas como estas y otra serie de preguntas enfocadas a la inspección de otros aparatos y sistemas, nos llevarán a decidir si nuestro paciente puede ser o no intervenido.

EXAMEN EXTRABUCAL

El examen extrabucal comprende la inspección o exploración, tomando en cuenta signos vitales, glándulas salivales, adenopatías, A.T.M., lesiones dermatológicas, simetría facial, etc.

EXAMEN ENDOBUCAL

Este examen comprende la inspección de los tejidos blandos y duros incluyendo encías, carrillos, lengua, piso de la boca, paladar, dientes, articulación temporomandibular, etc.

B) EXAMEN RADIOGRAFICO

En este examen vamos a tomar una serie de radiografías tales como: periapicales, oclusales, ortopantomografías (panorámicas) extraoral, intraoral, oclusales y del cráneo, etc.

Las radiografías nos van a dar las siguientes informaciones:

1.- Localización

2.- Dimensión (importante la forma de tres radiogra-

fías variando la angulación horizontal del rayo)

- 3.- Probable diagnóstico diferencial entre otras variantes de quistes.
- 4.- Vecindad con entidades anatómicas cercanas; agujeros (infraorbitario, mentoniano, nasopalatino, -- etc.) conducto dentario inferior, cavidades nasales, nasomaxilar, etc.
- 5.- Estado odontológico general (coronario, radicular) de los dientes involucrados y perirradicular.

C) PRUEBA DE LABORATORIO

A fin de despejar cualquier duda posible, es necesario llevar a cabo el examen de laboratorio rutinario:

- a) Tiempo de coagulación
- b) Tiempo de sangrado
- c) Biometría hemática
- d) Glucemia
- e) Examen de orina

DIAGNOSTICO DE PRESUNCION

Después de haber realizado este interrogatorio, estudiando los exámenes clínicos, radiológicos, etc. podremos llevar a una conclusión, que será el diagnóstico, en algunas ocasiones definitivo, como es el caso de dientes retenidos, etc. sin embargo en otros casos nuestro diagnóstico será presuntivo, principalmente cuando se trata de otro tipo de lesiones patológicas, en donde el histopatológico, - será el único capacitado para dar un diagnóstico definitivo, basándose en la muestra que nosotros le enviemos.

PLAN DE TRATAMIENTO

En este punto quedará asentada toda técnica que vayamos a realizar.

TRATAMIENTO REALIZADO

Debe hacerse una descripción de todo lo que hayamos - realizado desde la preparación del campo hasta el momento de la sutura.

EPICRISIS - Es un juicio comprobatorio

Son todos los datos y la evolución del paciente, desde el momento en que termina la intervención, hasta que el paciente es dado de alta.

C A P I T U L O I V

CLASIFICACION DE IRVING MEYER

CLASIFICACION DE LOS QUISTES

Los quistes se clasifican de acuerdo a su origen o etiología, ubicación y apariencia radiográfica. Aunque todavía no está definida y todos los intentos por hacerla han fracasado a causa de ello, la clasificación que a continuación se presenta es una de las más usuales, basándonos en IRVING MEYER.

- | | | | | |
|---------------------|---|--|---|---|
| 1. ODONTOLOGICOS | { | Foliculares | { | Primordial (unilocular simple)
Dentigero (Corono-dentario)
Multilocular |
| | | Radiculares | { | Periapical
Residual
Lateral
Gingival |
| 2. FISURALES | { | Mediales | { | Maxilar
Mandibular |
| | | Glóbulo-maxilar
Naso-alveolar
Naso-palatino | | |
| 3. OSTEOTRAUMATICOS | { | Aneurismático | | |
| 4. POR RETENCION | { | Mucoccele
Ranula y q. sublingual | | |
| 5. DISONTOGENICOS | { | Dermoide
De la hendidura braquial
Del conducto tirogloso | | |

ODONTOGENICOS

Los quistes odontogénicos provienen de un germen dentario que, en vez de formar un diente, degenera convirtiéndose en un quiste.

QUÍSTES FOLICULARES

Estos quistes surgen del órgano dentario o folículo; por eso reciben el nombre colectivo de quistes foliculares.

QUISTE PRIMORDIAL

Este quiste así llamado es el menos común de los quistes de origen dentario. Se desarrolla a partir del germen dentario, su degeneración quística y por licuefacción-quística del retículo estelar del mismo, anterior a la formación de dentina y esmalte, abortando por así decirlo la formación de la pieza dentaria.

El quiste primordial es en consecuencia encontrado en el lugar de un diente y no asociado directamente con él. Puede ser originado a partir de un germen supernumerario y encontrar un número normal de piezas dentarias en la cavidad bucal.

Es muy importante la elaboración de un buen examen para lograr un diagnóstico preciso, es susceptible de confundirse con cualquiera de los tumores odontógenos, con el óseo aneurismático, residual, etc. Generalmente se descubre en exámenes radiográficos de rutina.

El término quiste folicular ha sido aplicado a este tipo de quiste, término pobre, ya que el folículo dental corresponde al tejido conjuntivo que rodea un diente no --

erupcionado, y el quiste es derivado del epitelio y no del tejido conjuntivo. También se le ha asignado el nombre de quiste dentífero más debe de ser reservado para el tipo específico, el asociado con un diente.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El quiste primordial no alcanza el volumen del quiste dentífero pero se han reportado casos en los cuales ha provocado migraciones por la presión ejercida.

Puede ocasionalmente estar relacionado con un diente-temporal no exfoliado, por lo general no es doloroso a menos que sufra una infección secundaria, no presenta manifestaciones clínicas obvias.

EXAMEN RADIOGRAFICO

Se verá una superficie radiolúcida bien definida, sin asociación directa con pieza dentaria, reemplazándola.

HISTOPATOLOGIA

Los cortes histológicos se caracterizan por una cavidad quística revestida con epitelio escamoso estratificado, y una capa de tejido conjuntivo.

TRATAMIENTO

Eliminación quirúrgica, en caso de presentarse ruptura y fragmentación de la pared del quiste, hay que efectuar un raspado minucioso de la pared ósea.

QUISTE DENTIGERO

Estos quistes se desarrollan en dientes que quedan -- retenidos en los maxilares y siempre se presentan radiográfica y estructuralmente constituídos por una bolsa quística alrededor de la corona de un diente.

DESARROLLO

Su evolución es hacia la tabla externa, en el maxilar superior, a excepción correspondiente al canino, cuya marcha y evolución es casi siempre palatina.

En el curso de su evolución el diente retenido es en general empujado centrífugamente, y desviado hacia lugares insospechables.

En el maxilar inferior se hace casi siempre a expensas de las dos tablas.

Su evolución es muy variable desde pequeños quistes -- pericoronarios del tamaño de una haba, hasta el tamaño de una nuez.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Estos quistes producen sobre los dientes vecinos al proceso desviaciones. Puede haber agrandamiento del maxilar y migración de dientes, lo cual llama la atención del paciente o de sus familiares.

SINTOMATOLOGIA

Por lo general no presenta ninguna clase de sintomatología, por lo menos en su primer periodo intramaxilar y -- parte del segundo.

En algunas ocasiones pueden percibirse fenómenos dolorosos; que adquiere la misma intensidad que la producida por los dientes retenidos.

Pueden presentarse en algunas ocasiones neuralgias, dolores de distintos tipos y cefalea.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Presenta una zona radiolúcida solitaria bien definida, asociada con la corona de un diente retenido (puede ser supernumerario). Sin embargo, lo más común es que sea a nivel de los terceros molares inferiores y caninos superiores.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Es definitivo por la inclusión del diente dentro del quiste.

TRATAMIENTO

El tratamiento de los quistes dentígeros consiste en la extirpación de la bolsa quística y extracción del diente retenido.

QUISTE MULTILOCULAR

Se parece mucho al primordial en relación a su localización más frecuente y sus características radiográficas, - excepto en que se compone de dos o más zonas radiotransparentes bien limitadas, separadas por estrechos tabiques óseos. Esta variedad suele ser de gran tamaño, de varios centímetros de diámetro, y se extiende a menudo a distancia variable en el interior del cuerpo de la rama ascendente de la mandíbula incluso más adelante por debajo de las raíces de los molares contiguos, desplazándolos a menudo de sus posiciones normales.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Esta lesión se presenta como un agrandamiento del hueso afectado. La zona molar mandibular constituye la localización más frecuente. También se han señalado defectos oculares y anomalías endocrinas. Es común que los dientes migren.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Presenta una radiolucencia multiquística bien limitada separada por estrechos tabiques óseos dan un aspecto de

pompas de jabón.

TRATAMIENTO

Los quistes multiloculares requieren de una incisión-local cuidadosa, radical y raspaje.

QUISTES RADICULARES

Estos quistes surgen de restos epiteliales de Malassez que se encuentran en las vecindades de las raíces dentarias, por esto reciben el nombre de quistes radiculares.

QUISTE PERIAPICAL

Es el más frecuente de los quistes, es una secuela común; pero no inevitable del granuloma periapical originado como resultado de la destrucción microbiana de la pulpa dental casi siempre consecutiva a una involucración cariosa del diente.

FORMA DE CRECIMIENTO

Al propagarse el proceso inflamatorio llamado granuloma apical, dentro de esta masa proliferan extensamente restos epiteliales de malassez, normalmente presentes en el espacio del ligamento periodontal. Aunque se reconoce que el estímulo es la inflamación, se desconoce la razón por la cual no todos los granulomas deriven en la formación del quiste. Es posible que si los granulomas periapicales persistieran un periodo bastante prolongado, terminarían todos en quiste. La proliferación epitelial sigue un patrón de crecimiento irregular y a veces ofrece un aspecto atemorizante a causa del carácter pseudo-invasor de las células. Al continuar la proliferación con aumento de tamaño de la masa epitelial por la división celular periférica que corresponde a la capa bucal de un epitelio superficial, la porción central queda cada vez más alejada de sus fuentes nutritivas, los capilares y el líquido intercelu-

lar del tejido conjuntivo.

Al dejar de obtener dichas células su sustento, degeneran, se necrosan y se licúan. Esto crea una cavidad tapizada por epitelio, y ocupada por líquido, que es el quiste apical. La presión ocasionada por el líquido en el interior da motivo al crecimiento gradual del quiste.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El diente asociado con el quiste no es vital y casi siempre presenta caries dental, sin embargo, en algunos casos el paciente refiere trauma en la región correspondiente; también es raro que el diente esté sensible a la percusión. Su tamaño oscila entre 5 mm. y muy pocas veces alcanza el tamaño necesario para destruir hueso y es raro que produzca expansión de las láminas corticales.

Esta lesión presenta un proceso inflamatorio crónico y se genera sólo a lo largo de un prolongado periodo.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

El quiste periapical presenta una radiolucencia bien definida sobre el ápice del diente afectado. El granuloma generalmente presenta este mismo aspecto y es difícil distinguir uno de otro por medio radiográfico.

HISTOPATOLOGIA

Presenta tejido conectivo con plasmocitos, linfocitos y neutrófilos.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe hacerse al conducto radicular o bien recurrir a la extracción del diente afectado.

QUISTE RESIDUAL

Es un término que se usa generalmente para referirse a un quiste radicular que se ha dejado una vez que se ha eliminado el diente responsable de su formación. Generalmente como sucede en otros quistes de pequeño tamaño, el quiste residual es un hallazgo accidental o causal en el curso de una exploración radiológica habitual de la boca.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El quiste residual se parece al quiste radicular, con la excepción de que falta el diente causal o de que el quiste residual puede localizarse en una zona en las que falten completamente los dientes. Por ello el resultado final dependerá de la intervención quirúrgica y del resultado histopatológico.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Presenta radiolucencia circunscrita, por lo general - solicitaría y asintomática, ubicada en espacio edentado; - (antecedentes de extracción).

HISTOPATOLOGIA

Posee las mismas características microscópicas que el quiste radicular. (Cavidad quística revestida de epitelio-escamoso estratificado; la pared del tejido conectivo contiene plasmocitos, linfocitos y células espumosas).

TRATAMIENTO

Extirpación quirúrgica del quiste.

QUISTE LATERAL

Este quiste muestra una peculiar predilección a presentarse en la región de los caninos y premolares de la -- mandíbula, aunque también se ha encontrado en otras localizaciones.

PATOGENIA

No está muy clara, (algunos investigadores creen que es un verdadero quiste primordial, a partir de un brote su pernumerario abortado). También se cree que crece a par-- tir de los residuos epiteliales de la membrana peridental- y aún otros lo atribuyen a restos de la lámina dental.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Cuando el quiste es muy grande o su localización es - más bucal, puede encontrarse un bulto de color normal y de superficie lisa. La infección de un quiste generalmente - estéril puede dar lugar a una tumefacción dolorosa de la zona, a la formación de un conducto fistuloso con un drenaje purulento o ambos.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

La radiolucencia puede ser de forma redondeada pero -

más a menudo es ovalada o elíptica, se localiza generalmente en la zona mandibular de los caninos y de los premolares. Su extensión suele limitarse a la zona situada entre las raíces de los dientes contiguos, extendiéndose muy pocas veces más allá de sus ápices, pocas veces ejerce fuerzas excesivas como para desplazar dientes vecinos. Generalmente son pequeños.

HISTOPATOLOGIA

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

TRATAMIENTO

Enucleación; si hay diente desvitalizado, se efectúa tratamiento de conducto radicular o extracción.

QUISTES GINGIVALES DE LOS RECIEN NACIDOS

A estos pequeños quistes se les puede llamar perlas - de "Epstein" o nódulos de "Bohn".

Estos quistes predominan en niños de raza blanca. Los quistes a nivel de mucosa alveolar se les llama comúnmente "Quistes Gingivales".

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Se localizan preferentemente en paladar y en mucosa - que recubre la creata alveolar. Tiene un tamaño que osci- la entre 1 y 3 mm. son blancos, ligeramente elevados y se- muestran como prominencias pequeñas pálidas, duras y no do- lorosas.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Presentan pequeña radiolucencia rara y asintomática.

HISTOPATOLOGIA

El quiste gingival es un quiste verdadero, es decir - consiste en una cavidad recubierta por epitelio escamoso - estratificado.

TRATAMIENTO

No está indicado en los recién nacidos, ya que tiende a desaparecer por sí solo al cabo de algunos meses, por abertura a la superficie de la mucosa (son de poca importancia patológica). En adultos si está indicada la incisión.

QUISTES FISURALES

Estas lesiones se originan a partir de las células --
epiteliales que quedan aprisionadas en la línea de inci- -
sión de dos procesos óseos durante el desarrollo, o bien -
por la obliteración de dicho conducto.

QUISTES MEDIALES

Este tipo de quiste se presenta en la línea media y de acuerdo con su localización en paladar o mandíbula se le aplican diferentes denominaciones; si se presenta en medio de los incisivos centrales anteriores superiores o ligeramente hacia atrás recibe el nombre de quiste alveolar medio. Si se presenta por detrás del canal incisivo se aplica el término de quiste palatino medio y el menos frecuente es el de la sinfisis mandibular, llamándose quiste mandibular medio.

El quiste alveolar medio se localiza como ya se mencionó anteriormente, entre las raíces de los incisivos anteriores superiores, la presión que ejerce sobre las piezas dentarias está relacionada directamente con su dimensión, provocando migraciones de éstas hacia distal.

El quiste palatino medio se presenta en la línea media del paladar duro. Puede llegar a ser lo suficientemente grande como para provocar un aumento de volumen palatino clínicamente visible. Se observa en algunos casos una tumefacción en el paladar duro que abarca la papila palatina extendiéndose hacia el área de los molares. Existe la posibilidad de confusión con aquellos quistes que afectan

el canal incisivo y la papila palatina. El quiste medio - mandibular se localiza al igual que el alveolar medio, entre los incisivos centrales; es el menos frecuente de los quistes medios.

ETIOLOGIA

Se desarrollan a expensas de restos epiteliales en -- las áreas de fusión embrionaria de paladar duro o bien de la sinfisis mandibular. Se ha dicho que el traumatismo de se desempeña un papel importante en su desarrollo.

Otra teoría nos dice que acaso se trate de un quiste-primordial, de un órgano de esmalte supernumerario; de ser así se clasificaría dentro de los quistes odontogénicos. - Esta teoría se encuentra apoyada por el hecho de presentar se mesiodens con mayor frecuencia que los quistes medianos.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Los quistes alveolar medio y mandibular, se presentan como una zona radiolúcida bien circunscrita, entre las raí ces de los incisivos centrales hallándose estas distalizadas y no incluidas en la lesión. Generalmente se observa de forma redondeada o ligeramente ovoide.

El quiste palatino medio lo observamos como una zona-

radiolúcida redondeada, comprendida en la línea media, por detrás del canal incisivo, bien circunscrita, llegando por enfrente de premolares. Es siempre una sola cavidad, no tomando la apariencia de corazón como la que presenta el quiste nasopalatino.

HISTOPATOLOGIA

Se observa un revestimiento de epitelio escamoso estratificado, acompañado o en combinación con epitelio pseudo estratificado, ciliado y del tipo columnar.

Tratándose de un quiste de la sínfisis; es en este momento cuando queda establecido el diagnóstico, ya que las manifestaciones clínicas y la sintomatología es muy similar a la presentada por el quiste óseo aneurismático, aun desde el punto de vista radiográfico.

TRATAMIENTO

Extirpación quirúrgica completa, incluyendo la membrana epitelial del revestimiento; en casos extremos es necesario el sacrificio de los dientes.

QUISTE GLOBULO-MAXILAR

Quiste de muy poca frecuencia, se desarrollan en el proceso alveolar del maxilar, en la unión de los procesos globular y maxilar según la mayoría de los autores no coincidiendo con los datos reportados por FERENCZKY basados en sus hallazgos embriológicos y radiográficos, en los cuales nos menciona que estos quistes se forman típicamente en la unión de la premaxila y el proceso maxilar esto es, entre el lateral y el canino.

Clasificado dentro de los quistes fisurales o de desarrollo por su origen a expensas de restos epiteliales, incluido dentro de los procesos ya mencionados.

THOMA menciona la posibilidad de una relación hereditaria.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Quiste con ausencia de síntoma en su iniciación y por un periodo prolongado, posteriormente se desarrolla como una lesión no fluctuante, y provocando una separación notoria en las raíces de los dientes conforme aumenta su volumen. Esta divergencia de las raíces dentarias es un síntoma inicial y puede constituir el primer factor que indique-

la presencia de una lesión quística.

Por su expansión progresiva puede provocar un adelgazamiento de las paredes óseas y fistulizar por su parte -- vestibular, o progresar hacia el seno maxilar y llegar a -- invadirlo.

En los casos en que los dientes vecinos se encuentren completamente sanos, el diagnóstico es más sencillo, no -- siendo así cuando éstos se encuentran afectados por caries o aun más si están desvitalizados.

CARACTERISTICA RADIOGRAFICA

Se observan como una zona radiolúcida, bien definida, en forma de pera, localizada en incisivo lateral y caninos superiores. Cuando la lesión se ha extendido en todas direcciones y ha envuelto los dientes adyacentes, semejando un gran quiste radicular, la sombra de las piezas vecinas se proyectarán sobre la sombra del quiste, sin estar realmente involucradas en él. El diagnóstico diferencial se efectuará con pruebas de vitalidad pulpar.

HISTOPATOLOGIA

La pared del quiste se encuentra formada por tejido -- conjuntivo fibroso, revestida en su interior por una capa

de epitelio escamoso estratificado, variando el número de células en diferentes zonas.

TRATAMIENTO

Extirpación quirúrgica completa, sin intervención sobre las piezas dentarias, a menos que la membrana de revestimiento se encuentre firmemente adherida a ellas, se extirparán para evitar posible recidiva.

QUISTE NASO-ALVEOLAR

Este quiste está comprendido dentro de los quistes fi surales o de desarrollo. Se originan en la unión de los procesos globular, nasal, lateral y maxilar, mismos que se encuentran recubiertos por epitelio y que al efectuarse la fusión no es eliminado, quedando incluido como restos atro fiados. Estos restos epiteliales con una estimulación pro liferan y conducen a la formación del quiste.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Se aprecia como un abultamiento del surco nasogeniano llegando a extenderse a la narina correspondiente, labio, -
piso de las fosas nasales, pudiendo drenar por este sitio.

Provoca por consiguiente una asimetría de las facies-
del individuo afectado. Tenemos que tomar en cuenta, que-
esta área puede ser afectada por diversos factores capaces
de producir patología parecida, iniciándose en procesos al veolares (abascosos), fosas nasales, piel y tejidos subcu-
táneos.

SINTOMATOLOGIA

Generalmente producen mínima molestia y pueden llegar

a drenar por sí solo. No se asegura si afecta la vitalidad de los dientes, aunque generalmente no lo hacen.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Por encontrarse localizado sobre tejidos blandos no se observa radiográficamente a menos de ser llenado con medio de contraste. En ciertos casos produce resorción ósea por presión sobre el hueso sobre el cual descansa y da imagen radiográfica.

HISTOLOGIA

Quiste recubierto con tejido, epitelial con mayor frecuencia de origen en mucosa nasal y no bucal, del tipo - - pseudo estratificado, escamoso, cilíndrico y ciliado (respiratorio), con infiltración de células plasmáticas, linfocito y macrófagos.

TRATAMIENTO

Desde luego quirúrgico por enucleación completa procurando la eliminación total de la bolsa quística. (membrana epitelial).

QUISTE NASOPALATINO

Los quistes que se originan en el conducto nasopalatino comprenden cerca del 54% de los quistes no odontogénicos y no epiteliales de los maxilares.

Se dividen en dos tipos: el quiste del conducto incisivo y el quiste de la papila palatina, según que el quiste se localice en la papila incisiva o en el conducto nasopalatino.

ETIOLOGIA

Entre los muchos factores que han sido considerados - el más significativo en la causa de este quiste ha sido el FACTOR TRAUMÁTICO, en forma de golpe a la zona o por irritación mecánica durante la masticación, particularmente tratándose de pacientes con prótesis totales.

La infección bacteriana se considera factor etiológico posible por invasión vía bucal o nasal hacia el conducto, al igual que la extensión de una patología periapical de los dientes vecinos.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El signo más frecuente es el aumento de volumen de las partes anteriores del paladar duro, principalmente en

los quistes de la papila palatina. El drenaje puede presentarse espontáneamente, de aquí el sabor salado y la aparente resolución de la lesión por un tiempo indeterminado.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Las radiografías muestran una zona radiolúcida, circunscrita en la parte anterior del maxilar. Por lo general la sombra de la espina nasal se superpone a la radiolucencia comunicando a ésta un contorno en forma de corazón. El quiste se sitúa por encima y detrás en relación con la localización habitual del quiste alveolar mediano. El quiste de la papila palatina no produce, por lo común, ninguna imagen radiolúcida. Sin embargo, si erosiona el hueso desde la superficie palatina, podrá verse la zona radiolúcida correspondiente.

HISTOPATOLOGIA

Los quistes nasopalatinos muestran un revestimiento de epitelio respiratorio y epitelio escamoso estratificado, presencia de glándulas mucosas y nervios de la pared de tejido conectivo (lo cual distingue esta lesión de otros quistes), e infiltración de linfocitos y plasmocitos en dichos tejidos.

TRATAMIENTO

Está indicada la extirpación quirúrgica completa del quiste.

QUISTE OSTEOTRAUMATICO

Son quistes no odontogénicos, ni epiteliales (seudo - quistes) su origen no está muy claro, pero se atribuye a - antecedentes de tipo traumático.

QUISTE ANEURISMATICO

Esta lesión ha sido descrita con una gran variedad de nombres, tales como: ostiomielitis hemorrágica, hematomasificante, osteitis fibrosa quística y tumor de células gigantes. Actualmente recibe el nombre de quiste hemorrágico por extravasación.

Es fácilmente confundible con otro tipo de lesiones tales como: tumor de células gigantes, granuloma, de reparación de células gigantes, ameloblastoma, etc.

ETIOLOGIA

Se atribuye al factor traumático, debido a un traumatismo se forma una hemorragia, seguida por una lisis de coágulo dejando así un espacio en el hueso.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Se presenta generalmente en individuos jóvenes, con historia de traumatismo, pueden descubrirse en un examen radiográfico rutinario sin haberlo sospechado, por no existir ningún cambio en maxilares y en mandíbula o por lo contrario encontrarse con aumento de volumen.

El aumento es capaz de modificar la oclusión.

SINTOMATOLOGIA

Sensación de dolor sordo, opresión, descarga de exudado a través de una fístula por la que escapa el contenido del quiste.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Se observa como una zona radiolúcida, puede apreciarse unilocular o multilocular con o sin expansión de la cortical, sin destrucción de ella.

Aunque algunos autores afirman que sí existe destrucción.

HISTOPATOLOGIA

Microscópicamente se observan múltiples espacios hemorrágicos, con células gigantes multinucleadas, el mayor número cercano a la superficie de la hemorragia. Puede observarse un estroma más denso y algunas trabéculas de hueso nuevo.

TRATAMIENTO

Consiste en abrir la lesión, raspaje del hueso y cierre con sutura. El coágulo sanguíneo resultante pronto se organiza, y el defecto óseo cura rápidamente.

Algunos autores recomiendan el relleno de la cavidad con gasa (THOMA) y otros reportan resultados satisfactorios con el relleno de "Gel-Foam".

QUISTES POR RETENCION

Los quistes por retención se forman como consecuencia de una ruptura traumática del conducto excretor de una - - glándula salival y la posterior acumulación de saliva en - los tejidos.

MUCOCELE DEL LABIO, CARRILLO Y LENGUA

Estos son quistes de retención que se presenta como abultamiento único de la mucosa; aparece en las regiones de las glándulas salivales de la mucosa bucal.

PATOGENIA

El abultamiento se debe a la acumulación de moco que se retiene por estar ocluido el orificio del conducto excretor de una glándula mucosa que puede deberse a mordedura u otra lesión del labio o de la lengua. (Evolución de una semana o más).

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Se presenta como una lesión pequeña y circunscrita de la mucosa, generalmente elevada, translúcida y azulada. Si se localiza profundamente, la palpación pone de manifiesto una formación circunscrita, que se desplaza con facilidad. Con excepción de la mitad anterior del paladar duro (que carece de las glándulas salivales), puede producirse en cualquier lugar de la cavidad bucal. Las lesiones superficiales se abren frecuentemente y, luego de descargar una sustancia mucoide viscosa, se colapsan. Apenas parecen haber curado, recidivan. Esta secuencia cíclica de ruptura, descarga y la recurrencia puede continuar durante meses.

HISTOPATOLOGIA

Microscópicamente la cavidad quística contiene "mucus". Pueden observarse células redondas, tumefactas, al parecer en degeneración. El revestimiento del quiste está formado únicamente por tejido de granulación y, en raras ocasiones por epitelio.

TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en la escisión local o sea la extirpación de la superficie externa del quiste y así se deja el conducto. En caso de reproducción se extirpará completo, incluyendo la glándula adyacente.

RANULA Y QUISTE SUBLINGUAL

Los quistes que se forman en el suelo de la boca, generalmente de una glándula submaxilar y raras veces los conductos sublinguales (riviros) se llaman ránula y quistes sublinguales.

PATOGENIA

La ránula se forma de modo semejante al mucocelo derivado de las glándulas mucosas más pequeñas, pero alcanza mucho mayor tamaño. Se forma poco a poco en suelo de la boca, generalmente en un lado pero de manera gradual puede ocupar todo el espacio interior de la mandíbula.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Produce abultamiento en el piso de la boca; puede levantar la lengua y dificultar el habla, la masticación, de - glución, etc.

SINTOMATOLOGIA

Generalmente no existe síntoma. No hay dolor ni hipersensibilidad dolorosa. La ránula puede romperse cuando se lesiona y entonces se escapa el líquido mucoso pegajoso. Pero se reacumula después de la cicatrización.

Los quistes sublinguales se encuentran situados más profundamente en el tejido de manera que no se reconoce -- tan fácilmente al examinar la boca.

HISTOPATOLOGIA

Consiste en una cápsula recubierta por tejido de granulación en cuyo interior el contenido que presenta es "mucus".

TRATAMIENTO

Consiste en la escisión o extirpación del techo del quiste (marsupialización), generalmente en caso de recidiva está indicada la extirpación completa del quiste y de la glándula.

QUISTES DISONTOGENICOS

Los quistes disontogénicos se originan a partir de restos epiteliales incluidos en degeneración.

QUISTES DERMOIDES

Lesión quística poco frecuente, que se presenta con mayor incidencia según algunos autores en el piso de la boca, otros aseguran mayor frecuencia en los genitales y muy rara vez en la lengua.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Quiste suave, fluctuante, móvil, se observa generalmente sobre el piso de la boca, de volumen variable y de acuerdo con él, puede provocar la elevación de la lengua y llegar a dificultar la deglución, masticación y fonación.

Puede manifestarse a nivel del músculo milohioideo, pudiendo encontrarse por encima, por debajo, o incluido en el músculo. Algunos casos fistulizan en piel o intrabucalmente. Otras fistulas son el resultado de la infección secundaria establecida por otro medio.

Existen lesiones muy semejantes clínicamente a este quiste, de las cuales hay que diferenciarlo: Ránula, quiste tirogloso, etc.

HISTOPATOLOGIA

Se observa una capa de epitelio escamoso estratificado generalmente queratinizado y presencia de queratina en la luz del quiste. Pueden encontrarse glándulas sebáceas, folículos pilosos, glándulas sudoríparas.

TRATAMIENTO

Extirpación quirúrgica completa, variando el procedimiento de acuerdo a su localización; ya sea en lengua o sobre el músculo milohioideo, depende de la altura de localización sobre este músculo.

QUISTE BRANQUIAL

Los quistes branquiales son tumefacciones circunscritas y movibles que generalmente aparecen en el costado del cuello. No obstante, un 10% al 15% se observa en el ángulo mandibular y en raras ocasiones se encuentra uno en el piso de la boca. Se trata de lesiones que se presentan habitualmente entre los 20 y 40 años.

ETIOLOGIA

En un tiempo se creyó que este quiste derivaba de los vestigios del arco branquial; sin embargo, se ha demostrado que se origina a partir de inclusiones epiteliales en el interior de los ganglios linfáticos cervicales. La gran frecuencia con que se aparece después de haber alcanzado la madurez sexual, se debe al hecho de que el epitelio glandular encerrado en los ganglios linfáticos, probablemente empieza a proliferar después de la pubertad.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El quiste branquial se encuentra asociado íntimamente con las fístulas branquiales, drenando a través de ellas. Si el material de la fístula no drena, habrá un aumento de líquido en su interior. Es interesante tomar en cuenta --

que en algunos casos la comunicación al exterior de la fistula se observa por delante del tragus.

A pesar de su volumen muy variable no dificulta la deglución. Se diferencian de los tiroglosos en que aquellos se localizan sobre la línea media.

HISTOPATOLOGIA

Los cortes microscópicos muestran que los quistes branquiales, por lo general, están revestidos de epitelio-escamoso estratificado, y rodeados de tejido linfoide. Este último posee todas las características de un ganglio linfático. No obstante, si el quiste es grande, puede comprimir la estructura linfática y en ese caso el tejido linfoide se ve tan sólo como una zona de células densamente apretadas.

TRATAMIENTO

Consiste en la escisión o extirpación completa del quiste.

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

Estos son localizados generalmente en la línea media del cuello, desde la base de la lengua como límite superior, hasta la glándula tiroides en su límite inferior.

La razón o causas probables de este quiste es desconocida, debido a que las células epiteliales que lo provocan con su proliferación, han estado presentes por muchos años generalmente en los adultos sin patología.

MANIFESTACIONES CLINICAS

En la mayoría de los casos se presenta en pacientes jóvenes pero pueden ocurrir en cualquier edad y sin predilección de sexo.

Su tamaño varía de unos cuantos milímetros a varios centímetros, su movilidad está en relación con su tamaño. Los pequeños pueden ser desplazados fácilmente, mientras que los de mayor tamaño solo se mueven ligeramente por la resistencia de los tejidos vecinos.

El quiste del tracto tirogloso es redondeado y sin lobulaciones, la aspiración de su contenido nos dará como resultado células epiteliales y cristales de colesterol.

HISTOPATOLOGIA

Debido al origen de su desarrollo el revestimiento - epitelial varia de: epitelio columnar ciliado, epitelio es tratificado escamoso o alguna transición de ellos. En oca siones pueden ser observadas glándulas mucosas y tejido ti roideo contenido en las paredes del quiste.

TRATAMIENTO

La extirpación completa del quiste deberá ir acompaña da por remoción de la parte media del hioides facilitando así la eliminación de las células epiteliales adheridas a - el.

La resección quirúrgica completa temprana es causa de frecuentes fracasos.

La extirpación completa del quiste deberá ir acompaña da de sección y remoción de la parte media del hioides, fa cilitando así la eliminación de las células epiteliales ad heridas a él.

La incisión inicial es transversal permitiendo así ma yor visualización y una estética postoperatoria satisfacto ria.

DISTINTAS TECNICAS DE TRATAMIENTO.

METODO DE PARTSCH I

Este método está indicado en aquellos quistes de gran tamaño o de tamaño mediano, en los cuales la enucleación de la bolsa traería aparejados trastornos por parte del hueso (hemorragias, fracturas, apertura del seno maxilar) y por parte de los dientes (lesiones de la pulpa de los dientes - vecinos).

VENTAJAS DE ESTE METODO:

- 1a. Sencillez de su ejecución.
- 2a. Buena visualización de la cavidad.
- 3a. La superficie ósea queda cubierta en toda su extensión, por epitelio.
- 4a. Se evita la infección ósea y lesión de los dientes vecinos, porque se conserva la bolsa quística.

Las desventajas son dignas de tenerse en cuenta:

El epitelio quístico es un elemento patológico que debe ser eliminado porque puede sufrir transformaciones adamantinas, tumorales, recidivar bajo la forma de un nuevo quiste; por otra parte, la integridad histológica de la mem

brana quística no es siempre absoluta.

En muchos casos, el quiste está infectado y la membrana degenerada siendo así, su conservación es problemática.

La cavidad artificial creada, permite la acumulación de alimentos y líquidos bucales y su putrefacción, con los inconvenientes comprensibles. A pesar de estas contraindicaciones, el PARTSCH I tiene sus formales indicaciones, sobre todo en el maxilar superior, en los quistes vecinos al antro o nariz.

La conservación de la bolsa, reglada por normas quirúrgicas especiales, puede ser de gran utilidad para defender la cavidad sinusal en peligro o para reforzar el piso de las fosas nasales, debilitado o desaparecido por un proceso quístico.

TIEMPOS QUIRURGICOS:

- 1.- Incisión
- 2.- Desprendimiento de colgajo
- 3.- Osteotomía
- 4.- Tratamiento de la bolsa quística
- 5.- Tratamiento del diente causante
- 6.- Tratamiento de las cavidades y dientes vecinos
- 7.- Tratamiento postoperatorio.

METODO DE PARTSCH II (CON SUTURA)

La operación propiamente dicha, consta de los siguientes tiempos, cuya sincronización y orden son necesarios para llevar a buen término nuestra intervención.

- 1.- Incisión
- 2.- Desprendimiento del tejido gingival y confección de los colgajos.
- 3.- Trepanación ósea
- 4.- Enucleación de la bolsa quística
- 5.- Tratamiento de las cavidades
- 6.- Tratamiento del diente causante
- 7.- Tratamiento de la cavidad ósea
- 8.- Sutura
- 9.- Tratamiento postoperatorio.

El tratamiento de los quistes del maxilar inferior sigue, con ligeras variantes.

- 1.- Incisión
- 2.- Desprendimiento de la fibrosa mucosa
- 3.- Trepanación
- 4.- Enucleación de la bolsa quística
- 5.- Tratamiento de los dientes vecinos
- 6.- Tratamiento de la cavidad ósea
- 7.- Sutura
- 8.- Tratamiento postoperatorio

METODO DE PARTSCH II (SIN SUTURA)

Este método, se diferencia del PARTSCH II (con sutura) en el séptimo tiempo que consiste en obturar la cavidad ósea con distintos materiales extraños al organismo.

PROCEDIMIENTO PARA DISMINUIR EL VOLUMEN DE LOS GRANDES QUISTES.

Este procedimiento está indicado. En el maxilar inferior en aquellos casos en que por su volumen, la operación del quiste es capaz de comprometer la integridad del hueso ó puede lesionar severamente el paquete vasculonervioso dentario inferior. En el maxilar superior puede practicarse en quistes en vecindad con el seno maxilar o fosas nasales, ó en quistes que por su gran volumen comprometen la integridad o anatomía del hueso. En ambos maxilares cuando los quistes se presentan en íntima relación con los dientes vitales, o cuando queremos que el diente causante del quiste, ocupe su lugar en la arcada.

La técnica a seguir es la siguiente. Buscamos por inspección y palpación el sitio más declive o el de más fácil acceso. Para crear una ventana quirúrgica que comunique la cavidad quística con la cavidad bucal, en algunas oportunidades, el lugar de ubicación de esta ventana puede-

obtenerse por extracción del diente originador, en un quiste paradentario.

Con anestesia local infiltrativa se practica una ventana en el lugar señalado. Por intermedio de un bisturí, - que se seccionará en forma circular, que la mucosa bucal y el periostio, en presencia del hueso, que en quiste voluminoso suele ser delgado y papiracio, se realiza una ventana en éste, con escoplo, pinzas, gubias ó fresas, y se secciona la bolsa quística, permitiéndose el vaciamiento del quiste.

La cavidad quística se lava con suero fisiológico sólo y tibio, o bien con una solución alcohólica de fenol alcanforado (veinte gotas en un vaso común).

Para evitar el cierre de la ventana quirúrgica creada debe colocarse a nivel, un tubo de goma o polietileno el -- cual se mantendrá con puntos de sutura a la encía vecina. - Puede funcionar también un trozo de gasa iodoformada. La - disminución del quiste es variable de acuerdo al tamaño del quiste, al poder de redificación y a la edad del paciente. - Este tiempo es variable en distintos individuos, pero ocupa de seis meses a un año y medio o dos años. Después de este período cuando el examen radiográfico así lo aconseje, porque el volumen del quiste haya realmente disminuído hasta -

adquirir las condiciones que la aplicación del método indican, se operará el quiste.

CONCLUSIONES

Existen numerosas nomenclaturas y clasificaciones de quistes, pero no se ha logrado un acuerdo para hacer una -- clasificación universal.

Los quistes podrían ser considerados como tumores desde de el sentido más amplio de la palabra.

Son lesiones que se observan frecuentemente y los más comunes son los de origen "radicular".

El granuloma es considerado por algunos autores como un estado patológico prequístico.

Los quistes son estériles no importando su origen.

Los mucocelos así como los osteotraumáticos no se han considerado como quistes verdaderos por carecer de un recubrimiento epitelial (se forma por ruptura de un conducto sa lival y no por una obstrucción).

En las mismas circunstancias podemos encontrar a la ránula aunque generalmente si se originan por obstrucción - del conducto.

El cirujano dentista debe estar capacitado para diagnosticar los diferentes tipos de quistes.

El tratamiento de todos los quistes es generalmente quirúrgico (hecho por un especialista) marsupialización o enucleación total.

Los quistes son generalmente asintomáticos (siempre que no estén fistulizados).

BIBLIOGRAFIA

ATLAS DE ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL
(J. J. Pindborg).

CIRUGIA BUCAL
(Guillermo A. Ries Centeno. Sep. Edic.)

CIRUGIA DE LA CABEZA Y DEL CUELLO
(Wise - Baker).

CIRUGIA BUCODENTAL
(Archer, H. A. 2a. Edic.).

CIRUGIA BUCAL
(Archer W. Harry).

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL
(Edward V. Zegarelli).

DENTIGEROUS CYSTS. DIAGNOSIS AND SURGICAL MANAGEMENT
(Amer, Ayoub).

ENFERMEDADES DE LA BOCA
(David Crispan)

FISIOLOGIA BUCAL
(Tecke R. W. Stuteville O. H. Calandra J. C.).

LINFOEPITELIAL LESSION OF THE ORAL CAVITY ORAL PATH
(Vic Kers R. A. Gorlin R. J.).

PATOLOGIA BUCAL
(K. H. Thoma).

PATOLOGIA BUCAL
(Shafer, W. G. Hine M. K. Levy B. M.).

PATOLOGIA BUCAL
(S. N. Bhaskar)

PATOLOGIA ORAL
(Gorlin Robert J. Goldman Henry M. Thoma).

TRATADO DE CIRUGIA ORAL
(Guralnick)

TRATADO DE PATOLOGIA
(Robbins Stanley L.)