

3/8322

9
29



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

Escuela de Odontología

Incorporada a la

Universidad Nacional Autónoma de México

Q U I S T E S O D O N T O G E N I C O S

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

Que para obtener el Título de :

CIRUJANO DENTISTA

Presenta

JUAN CARLOS DIAZ ROSAS

México, D.F. 1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Pág.

TEMA 1.	GENERALIDADES SOBRE LOS QUISTES.....	1-6
TEMA 2.	CLASIFICACION.....	7-8
	2.1 QUISTE PRIMORDIAL.....	8-11
	2.2 QUISTE DENTIGERO (QUISTE DE LA ERUPCION).....	12-18
	2.3 QUISTES GINGIVALES.....	18
	a) Quiste del recién nacido.....	18-20
	b) Quiste del adulto.....	20-22
	2.4 QUISTES PERIODONTALES.....	22
	a) Lateral.....	22-26
	b) Apical.....	27
	2.5 QUERATOQUISTES.....	28-32
	a) Síndrome de Gorlin-Goltz.....	32-34
	2.6 QUISTE DE GORLIN.....	35
	a) Odontogenico queratinizante y cálcificante.....	35-37
TEMA 3.	ETIOLOGIA.....	8-37
	3.1 CARACTERISTICAS CLINICAS.....	"
	3.2 RADIOGRAFICAS.....	"
	3.3 HISTOLOGICAS.....	"
	3.4 TRATAMIENTO.....	"

TEMA 4. COMPLICACIONES..... 38-40

TEMA 5. CONCLUSIONES..... 41-58

BIBLIOGRAFIA.

QUISTES ODONTOGENICOS

I GENERALIDADES SOBRE LOS QUISTES

Un quiste verdadero es una cavidad tapizada por un epitelio. Es un tumor, y un tumor es cualquier enfermedad de naturaleza inflamatoria, quística o neoplásica que produce un agrandamiento de tejido localizado o cualquier crecimiento. Puede estar situado enteramente dentro de los tejidos blandos o profundamente en el hueso o localizarse sobre una superficie ósea y producir una superficie depresible. La fuente de ese epitelio puede ser tanto odontogénica como no odontogénica.

Dependiendo de esto los quistes pueden ser odontogénicos o no odontogénicos.

Los odontogénicos se derivan de restos de la lámina dental o de los órganos del esmalte de los dientes.

Los no odontogénicos derivan de los restos epiteliales del tejido que cubre los procesos primitivos que participan en la formación embrionaria de la cara y maxilares.

La ránula y el mucocele son dos tipos de quistes que se originan por retención de la secreción salival.

Los quistes no odontogénicos también pueden tener su origen en los restos del conducto nasopalatino que origina el quiste nasopalatino.

Por lo general todos los quistes odontogénicos contienen material líquido o semisólido, con la posible excepción del quiste odontogénico queratinizante y calcificante, y además con frecuencia pero no siempre están encerrados dentro del hueso.

El epitelio correspondiente a cada uno de estos deriva de una de las siguientes fuentes:

- 1) germen dental
- 2) epitelio reducido del esmalte de una corona dental.
- 3) restos epiteliales de Malassez, restos de la vaina de Hertwig o restos de la lámina dental.

El diagnóstico de cualquiera de los quistes odontogénicos y su correcta identificación según su tipo depende del examen microscópico del tejido junto con el estudio minucioso de los hallazgos clínicos y radiográficos.

Clínicamente los quistes se observan principalmente por su expansión dentro del tejido circundante y algunas veces por la movilidad dentaria. Algunos llegan a ser muy grandes y causan una fractura patológica. En otras ocasiones se descubre por la ausencia de un diente. Muchos quistes solo se descu-

bren mediante el examen radiológico ya que clínicamente no se observan por su poca dilatación.

Cuando se pueden apreciar clínicamente se ve una prominencia indolora dura debido a que el crecer del quiste estimula al periostio y se produce una aposición de hueso nuevo.

Conforme el quiste se dilata el hueso se adelgaza por lo que a la palpación se hunde, oyendose un crujido como si se rompiera una cáscara de huevo, a esto se le llama "crepitación". Si el quiste continuara creciendo podría llegar a desaparecer, el hueso, quedando el quiste cubierto únicamente por la mucosa bucal. Al llegar a esta fase el quiste puede arrojar su contenido a la cavidad bucal y posteriormente infectarse,

Para establecer la naturaleza del quiste se deberá tomar en cuenta su localización.

Los quistes de los maxilares no suelen provocar dolor, a no ser que se infecten. Los grandes quistes de la mandíbula suelen involucrar al fascículo neurovascular pero no producen anestesia a menos que exista una infección.

La proximidad de los dientes con un quiste no altera

su vitalidad, solo algunas veces cuando el quiste esta infectado existe una pérdida temporal de la respuesta vital.

El crecimiento de los quistes llega a deformar las estructuras faciales. Los quistes mandibulares tienden a abultar la región labiobucal, de los que se encuentran en la zona de los terceros molares que se dirigen hacia lingual por ser ahí donde está más delgada la placa cortical.

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO CLINICO

Para poder diagnosticar definitivamente un quiste se necesita tomar en cuenta muchos datos aparte de los datos clínicos, pero existen quistes que dan signos clínicos bastante claros y notables como para hacer un diagnostico.

Clinicamente los quistes presentan características que ya han sido señaladas antes, características como el crecimiento del quiste que produce una asimetría facial. Esto trae como consecuencia un adelgazamiento del hueso hasta que queda como cáscara de huevo y a la presión digital existe crepitación

En otras ocasiones el quiste se infecta y produce inflamación, hinchazón, temperatura alta y leucocitos.

El adelgazamiento del hueso a veces es tal que produce fractura aunque es raro que estas fracturas sean espontáneas.

Otro accidente que puede pasar causar el quiste es la invasión del antro, esto causa una infección antral con sinusitis lo cual trae como consecuencia una inflamación.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Podrían existir problemas para el diagnóstico de los quistes en los maxilares ya que existen gran variedad de tumores que pueden semejarse a los quistes además el aspecto clínico de éstos se puede alterar por factores como una infección secundaria y otros que hacen que la mayoría de los tumores orales no tengan un aspecto clínico común, pero a pesar de estos problemas el diagnóstico no es tan complicado en la mayoría de los quistes por su encapsulamiento y el líquido intraquístico.

Además también existen factores que pueden facilitar el diagnóstico por la descripción hecha por el paciente, de la evolución de la lesión desde el momento en que la notó hasta el momento en que fué atendido por el cirujano dentista.

La buena y detenida observación así como la palpación digital son de gran ayuda para el diagnóstico de los quistes.

Existen otras características útiles para diferenciar los quistes de otras lesiones, características como el hecho de que los quistes desplazan a los dientes que se encuentran en su camino de expansión y no los destruye, en cambio otros tumores como el ameloblastoma erosionan las raíces, o sea que producen una resorción en el tejido radicular, y envuelven los dientes adyacentes.

El diagnóstico diferencial deberá hacerse con tumores centrales de células gigantes, el neurofibroma, el mixoma, el mixofibroma el aneurisma óseo el angioma central del hueso, el mieloma múltiple, las lesiones metastásicas de las arcadas, y ciertas displasias fibrosas poliquísticas de las arcadas.

El método de diagnóstico más seguro es la biopsia, además es un método que no implica gran técnica por parte del cirujano dentista ni grandes molestias para el paciente.

Y en casos de dudas sobre la existencia de lesiones vasculares debe primero tenerse el resultado de la biopsia antes de intervenir.

TEMA 2

CLASIFICACION:

2.1 QUISTE PRIMORDIAL

2.2 QUISTE DENTIGERO (QUISTE DE LA ERUPCION)

2.3 QUISTES GINGIVALES A)QUISTE DEL RECIEN NACIDO
B)QUISTE DEL ADULTO

2.4 QUISTES PERIODONTALES
A)LATERAL
B)APICAL

2.5) QUERATOQUISTES
A)SINDROME DE GORLIN-GOLTZ

2.6) QUISTE DE GORLIN
A)ODONTOGENICO QUERATINIZANTE Y
CALCIFICANTE.

TEMA 3 ETIOLOGIA

CARACTERISTICAS CLINICAS DE C/U DE ELLOS.

RADIOGRAFICAS

HISTOLOGICAS

TRATAMIENTO

QUISTE PRIMORDIAL.

Este es uno de los tipos menos comunes de quiste odontogéno. Se forma por degeneración quística y licuefacción del retículo estrellado del órgano del órgano del esmalte antes que se forme esmalte o dentina calcificados.

Así el quiste primordial se encuentra en lugar de un diente y no directamente asociado con él. También puede originarse en un órgano dental supernumerario, de manera que en algunos casos están todos los dientes.

En pacientes a quienes se haya realizado la extracción de varias piezas, se podría ver un quiste maxilar que no se halle en relación directa con diente alguno. Podría asemejarse a un diente primordial, pero en realidad ser v quiste residual de tipo periodontal o aún del dentígero y el examen microscópico no permite distinguir uno de otro.

Esta circunstancia, ejemplifica la dificultad que a veces existe para establecer el diagnóstico de un quiste primordial.

Este quiste resulta por acumulación del líquido entre el epitelio externo e interno del esmalte del folículo dental, durante la etapa temprana de la formación del diente.

No obstante, en muchos quistes no se encuentra ninguna causa clara, lo que sugiere la posibilidad de una alteración en el desarrollo. El impacto o la malposición de un diente salido, que sufre las presiones de la erupción, puede tener también importancia etiológica. Los restos epiteliales de la lámina dental y del epitelio externo del esmalte sufren proliferación y transformación quística ocasional, mecanismo probable en la génesis de los tipos lateral y múltiple de quiste folicular.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

El quiste primordial varía ampliamente de tamaño pero posee potencial para expandir hueso y despazar los dientes adyacentes por presión.

A veces está asociado con un diente primario persistente y el examen radiografico revelará una zona radiolúcida

en lugar de la pieza permanente normal subyacente.

La lesión no se dolorosa salvo que se infecte en forma secundaria y es raro que presente manifestaciones clínicas obvias.

Es indudable que este quiste se forma en épocas tempranas de la vida, pero puede no ser descubierto hasta mucho más tarde.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

El quiste primordial aparece como una lesión radiolúcida redonda u oval y bien delimitada que puede tener un borde esclerótico o reaccional y que puede ser unilocular o multiculular.

Se localiza debajo de las raíces dentales, entre las raíces de piezas adyacentes o cerca de la cresta del reborde en lugar de un diente ausente en forma congénita, en particular de un tercer molar superior o inferior. No hay una explicación satisfactoria de la propensión por el tercer molar. Soskolone y Shear han comunicado casos en la zona de premolares superiores e inferiores así como en la de canino superior.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El aspecto microscópico del quiste primordial es similar al de algunos otros quistes odontógenos. La pared se compone de fascículos paralelos de fibras colágenas cuya densidad es variable.

En la superficie interna que mira hacia la luz, está revestido de una capa intácta o interrumpida de epitelio escamoso estratificado, que suele presentar paraqueratina, o a veces, ortoqueratina. Esta queratina tiene con frecuencia una superficie "acanalada". El epitelio, aunque de grosor variable, por lo general consta solo de cuatro a ocho células de espesor, sin brotes epiteliales bien definidos. Tampoco es frecuente que muestre una tendencia marcada por proliferar hacia la pared del tejido conectivo que lo rodea.

TRATAMIENTO

El tratamiento de este quiste consiste en su enucleación quirúrgica con un cureteado a fondo del hueso, en particular si se produce la fragmentación del revestimiento, para asegurar la eliminación completa del epitelio.

El índice de recidiva es elevado y se explica con mayores pormenores en la sección correspondiente al querato-

quiste odontógeno.

QUISTE DENTIGERO (QUISTE DE LA ERUPCION O FOLICULAR)

Esta afección es un tipo mucho más común de quiste odontógeno que el primordial. Se origina por alteración del epitelio reducido del esmalte después que la corona dental se ha formado completamente con acumulación de líquido entre epitelio reducido del esmalte y la corona dental.

Si la degeneración del retículo estrellado hubiera ocurrido antes de la formación de la corona dental, el resultado hubiera sido un quiste primordial o uno vinculado a un diente co hipoplasia adamantina, y no es este el caso. Otra explicación de la patogenia del quiste dentígero es que se origina por ploriferación y transformación quística de islas de epitelio alojadas en la pared de tejido conectivo del folículo dental, a hasta fuera de ella, y que este epitelio transformado se une después con el epitelio folicular de revestimiento para formar una cavidad quística única alrededor de la corona del diente. Casi siempre, este quiste afecta la corona de un diente permanente normal o está vinculada a ella. Raras veces ataca a una pieza primaria. De ordinario es fácil hacer el diagnóstico por sólo la radiografía, aunque a veces esto no es así.

Dachi y Howell comunicaron que el 37 por 100 de terceros molares inferiores retenidos y el 15 por 100 de terceros molares superiores retenidos presentan una radiolucidez en torno a la corona, lo suficientemente grande como para considerarla un quiste dentígero en alrededor del 10 por 100 de estos casos.

Su estudio se basaba sobre el examen de 3,874 radiografías completas seriadas de personas mayores de 20 años: alrededor de 17 por 100 de pacientes tenían por lo menos un diente retenido.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Este quiste está siempre asociado con la corona de un diente retenido. También es posible que el quiste encierre un odontoma compuesto complejo o se relacione con un diente supernumerario. Las localizaciones más comunes de este quiste son las zonas del tercer molar inferior y de los caninos superiores, porque estos son los dientes que con más frecuencia son retenidos.

El quiste dentígero tiene la capacidad potencial de transformarse en una lesión agresiva. La expansión del hueso con la consiguiente asimetría facial, gran desplazamiento de dientes, resorción interna de las piezas adyacentes y dolor,

son las secuelas posibles del agrandamiento continuo del quiste

La lesión quística en un tercer molar inferior retenido puede producir el "ahuecamiento" de toda la rama ascendente hasta la apófisis coronoides y cóndilo, así como la expansión de la lámina cortical debido a la presión que ejerce.

Junto con esta reacción puede haber un desplazamiento tal del tercer molar que a veces llega a quedar comprimido contra el borde inferior de la mandíbula. En el caso de un quiste de un canino superior, suele haber expansión del sector anterior del maxilar y superficialmente puede parecer una sinusitis aguda o una celulitis.

Un tipo específico de quiste debe ser clasificado como una forma del quiste dentígero: está en asociación frecuente con dientes primarios o permanentes en erupción, en niños.

Este suele ser denominado quiste de brote o hematoma de brote. En esencia, se trata de una dilatación del espacio folicular normal sobre la corona de un diente, causada por la acumulación de líquido hístico o sangre. Desde el punto macroscópico, la lesión es una hinchazón circunscrita y fluctuante del revordecimiento alveolar en la zona del quiste en brote.

Cuando la cavidad quística circuncoronaria contiene

sangre, es color violeta o rojo oscuro; de ahí el nombre de "hematoma del brote". No se conoce la causa de la formación de este tipo de quiste. No requiere tratamiento, puesto que por lo general, el diente brota sin retardo significativo.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

El examen radiografico del maxilar que tiene un quiste dentigero revelará una zona radiolúcida de alguna manera vinculada con la corona de un diente no brotado.

Es posible que la corona de un diente no erupcionada o retenida por alguna razon, esté rodeada simétricamente por esta radiolucidez, aunque hay que tener cuidado en no confundir el espacio circuncoronario o "folicular" normal con un quiste verdadero. En otros casos, la zona radiolúcida se proyecta lateralmente desde la corona dental, en particular si el quiste es relativamente grande o si hubo desplazamiento dental. A esta situación se le suele denominar "quiste dentigero lateral".

El quiste dentigero es una lesión unilocular lisa, pero a veces puede presentarse uno con aspecto multilocular. En realidad, todos los compartimientos están unidos por una membrana quística continua. En ocasiones, la zona radiolúcida está rodeada de una línea esclerótica que representa la reac-

ción ósea. En casos de quistes dentígeros evidentemente múltiples, ha de ponerse cuidado en descartar la posibilidad de que se trate del síndrome de quiste odontógeno, neovasocelular y costilla bífida.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

No hay características microscópicas típicas que pueden ser utilizadas con seguridad para distinguir el quiste dentígero de otros tipos de quistes odontógenos.

Se compone de una delgada pared de tejido conectivo con una capa de escaso espesor de epitelio escamoso que tapiza la luz. La formación de brotes epiteliales suele faltar excepto en los casos que hay infección secundaria. Además la superficie del epitelio suele estar cubierta de una delgada capa "acanalada" de paraqueratina U ORTOQUERATINA similar a la vista en el quiste primordial y los otros queratoquistes odontógenos. La infiltración de células inflamatorias en el tejido conectivo es común, aunque no siempre hay una causa evidente para ello. El contenido de la luz es un líquido amarillo acuoso poco espeso, a veces con un poco de sangre.

TRATAMIENTO

El tratamiento de este quiste está regido por el

tamaño de la lesión. Las lesiones pequeñas pueden ser enucleadas por cirugía en su totalidad, con poca dificultad. Los de mayor tamaño que producen una pérdida ósea importante y adelgazan en forma peligrosa el hueso, suelen ser tratados mediante la inserción de un drenaje quirúrgico o marsupialización.

Este procedimiento alivia la presión y contrae gradualmente el espacio quístico por aposición periférica de hueso nuevo. Es frecuente la necesidad de recurrir a este procedimiento debido al peligro potencial de fracturar el maxilar si se intentara la enucleación quirúrgica completa.

La recidiva es relativamente rara, salvo que haya habido fragmentación del revestimiento quístico y hayan quedado restos. Cuando la lesión es un queratociste, la posibilidad de la recidiva aumenta en forma notable.

COMPLICACIONES POTENCIALES

Son varias las complicaciones potenciales relativamente serias que surgen de este quiste, además de la posibilidad de una recidiva a causa de la remoción quirúrgica incompleta estas son:

- 1) Formación de un ameloblastoma, derivado del epite-

lio de revestimiento de restos del epitelio odontógeno de la pared quística.

2) Formación de un carcinoma epidermoide, con las mismas fuentes epiteliales.

3) Formación de un carcinoma mucoepidermoide, básicamente un tumor maligno de las glándulas salivales, a partir del epitelio de revestimiento de quiste dentígero que contiene células secretorias de moco, o por lo menos células con este potencial, vistas con mayor frecuencia en los quistes dentígeros vinculados con terceros molares inferiores retenidos.

2.3 QUISTES GINGIVALES

2.3 a) QUISTE DEL RECIEN NACIDO

(quiste gingival del recién nacido: perlas de Epstein: nódulos de Eohn)

Estos quistes son nódulos múltiples a veces solitarios del reborde alveolar del recién nacido a criaturas muy pequeñas, que se originan en los restos de la lámina dental. A este quiste se le han aplicado epónimos "perlas de Epstein" y "nódulos de Eohn". Según la descripción original, las perlas de Epstein son nódulos quísticos, llenos de queratina que

se encuentran a lo largo de la hendidura palatina media o en la unión del paladar blando con el duro, probablemente relacionados con el desarrollo de conductos glándulas salivales o de acinos. No está claro si la lesión descrita como nódulos de Bohn es totalmente idéntica al quiste de la lámina dental.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

A veces, estos quistes de la lámina dental se agrandan lo suficiente como para apreciarse clínicamente como pequeñas tumefacciones circunscritas blancas del reborde alveolar, que en ocasiones aparecen isquémicas por la presión interna.

Estas lesiones son asintomaticas y no parecen producir molestias a los infantes.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Estos son verdaderos quistes con un delgado revestimiento epitelial y una luz por lo común ocupada por queratina descamada, y a menudo células inflamatorias. Es importante que la calcificación distrófica y los cuerpos hialinos de Rushton, comunes en los quistes dentígeros, sean hallazgos frecuentes en esta lesión.

TRATAMIENTO

No se requiere tratamiento alguno por cuanto casi invariablemente las lesiones desaparecerán por apertura en la superficie mucosa o al ser deshechas por los dientes en brote.

2.3 b) QUISTE GINGIVAL DEL ADULTO

Este quiste es uno que posee tejido blando gingival, que aparece en la encía libre o insertada. No tiene relación con el quiste periodontal lateral y ha de diferenciarse de este.

ETIOLOGIA

Ritchey y Orban han revisado la etiología de ésta lesión y surgieron que las posibles fuentes de la formación quística eran:

- 1) Tejido glandular heterotrópico
- 2) Alteraciones degenerativas en un brote epitelial proliferante
- 3) Restos de la lámina dental, del órgano del esmalte o islas epiteliales del ligamento periodontal.
- 4) Implantación traumática del epitelio

De estas posibilidades, sólo las dos últimas serían válidas y sobre esta base, habría dos formas reconocidas de quiste gingival: 1.- el que se origina por degeneración quística de la lámina dental y 2.- el que se origina por la implantación traumática de epitelio superficial (y que por lo tanto, no sería un quiste odontógeno verdadero).

CARACTERISTICAS CLINICAS

Este quiste es una lesión de tejido blando, y por lo general, no se manifiesta en la radiografía. Si adquiere el tamaño suficiente, llega a producir una erosión superficial de la lámina ósea cortical, pero aún así no suele ser visible en la radiografía. Si hay una lesión quística circunscrita y radiolúcida del hueso alveolar, con cierta tumefacción del tejido blando, es probable que corresponda a un quiste periodontal lateral y no a uno gingival; es muy frecuente que ambos sean confundidos en la literatura. Es preciso hacer la separación debido a su origen diferente.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Esta afección es un quiste verdadero, puesto que es una cavidad tapizada de epitelio que suele contener un líquido.

El epitelio de revestimientos, por lo general, escaso, aplanado y muy delgado, aunque en el quiste gingival por implantación el epitelio es considerablemente más grueso y más escaso. En cualquiera de las formas quísticas gingivales puede haber cierta formación de queratina. La lesión está libre en el tejido conectivo de la encía y puede no presentar infiltración celular inflamatoria.

En el quiste gingival traumático, o de implantación en raras ocasiones hay calcificación o hasta osificación ectópica, reminiscente de la osificación observada luego de la implantación experimental de epitelio de vejiga en los tejidos subcutáneos.

TRATAMIENTO

La extirpación quirúrgica local de la lesión es lo recomendado en adultos; la lesión no tiene recidiva.

Nunca se comunicó la existencia de potencial neoplásico.

2.4 QUISTES PERIODONTALES

2.4 a) QUISTE PERIODONTAL LATERAL

El quiste periodontal lateral es un tipo de quiste

odontógeno raro pero bien reconocido. Standish y Shafer presentaron una revisión de la literatura de quistes laterales periodontales y comunicaron una serie de 15 casos. Estos nacen directamente en el ligamento periodontal lateral de un diente brotado y se han sugerido varias posibilidades para explicar cómo se forma.

Se pensó, por ejemplo que la lesión puede generarse inicialmente como un quiste dentífero a lo largo de la superficie lateral de la corona. Si la expansión de este es lenta, el brote dental puede ser normal y finalmente el adoptará una posición cercana a la superficie lateral de la raíz.

Asimismo, se ha pensado que el quiste periodontal lateral se forma directamente en el ligamento periodontal de restos de Malassez. En este caso no hay nada que indique la causa de la proliferación.

Asimismo se ha sugerido un posible origen en los quistes gingivales. Muchos investigadores estudiaron el quiste gingival del adulto, y la mayoría concluyó que ésta lesión deriva de los remanentes celulares de la lámina dental.

En algunos casos, durante el crecimiento de los maxilares el quiste gingival llegaría a ubicarse en la superficie radicular lateral aunque tal posibilidad es bastante remota.

La explicación más aceptable para el quiste periodontal es que representa simplemente un quiste es un saco hueco con una pared de tejido merario. La predilección de este quiste por originarse en la zona de camino y premolares inferiores se corresponde bien con la conocida frecuencia elevada de los dientes supernumerarios en la zona de premolares inferiores. Soskolne y Shear coinciden en lo referente a este origen del quiste periodontal lateral pero, además, sugieren que también surge de brotes supernumerarios de la lámina dental sin que necesariamente se diferencie primero en órgano del esmalte. Además opinan que esta lesión debería ser denominada simplemente quiste primordisl, y reservarse el término "quiste periodontal lateral" para la lesión inflamatoria que nace en el ligamento periodontal lateral, en los restos Malassez. Esta modificación en la terminología sería por demás conveniente. Sin embargo, el empleo de la denominación "quiste periodontal lateral" para la lesión aquí descrita está tan arraigado en la literatura que ese cambio sería muy difícil y llevaría a confusiones.

CARACTERISTICAS CLINICAS

El quiste periodontal lateral ha sido registrado principalmente en adultos, pero se han estudiado muy pocas lesiones como para poder extraer conclusiones significativas sobre la edad específica o la predilección por sexo. La mayor

parte de estos quistes han aparecido en la zona de premolares inferiores.

La mayor parte de los casos no han presentado signos o síntomas clínicos y han sido descubiertos durante exámenes radiográficos dentales de rutina. A veces, cuando el quiste se localiza en la superficie vestibular de la raíz, puede haber una pequeña masa perceptible por la mucosa suprayacente es normal. Si no tiene otra lesión el diente correspondiente tiene vitalidad. Si el quiste se infecta, puede asemejarse a un absceso periodontal lateral, y hasta trata de establecer el drenaje.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

La radiografía periapical revela al quiste periodontal lateral como una zona radiolúcida en aposición a la superficie lateral de una raíz dental. Por lo común, la lesión es pequeña raras veces mayor de 1 cm de diámetro, y puede o no ser bien circunscrita. En la mayor parte de los casos, los bordes son definidos y a veces está rodeada de una delgada capa de hueso esclerótico.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

En esencia, el quiste es un saco hueco con una pared

de tejido conectivo revestido, en la superficie interna, de una capa de epitelio escamoso estratificado. Este epitelio suele ser delgado y ofrece pocos signos de proliferación. A veces, el epitelio tiene un aspecto peculiar, en el sentido que las células individuales tienen citoplasmas claro y núcleo pequeño intensamente teñido. En algunos casos, este epitelio forma paraqueratina u ortoqueratina y entonces el quiste se clasificaría como queratoquiste odontógeno. Sin embargo, en otros, no hay evidenciados la formación de queratina. Las invaginaciones papilares de la pared quística son comunes, como en algunos queratoquistes odontógenos. Puede haber células inflamatorias en la pared conectiva, pero esto es una reacción secundaria.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El quiste ha de ser enucleado por cirugía en lo posible sin extraer el diente afectado. Si esto no fuera factible, hay que sacrificarlo. Es de especial importancia que se establezca el diagnóstico debido a la similitud del aspecto de este quiste con otras lesiones más graves, como un ameloblastoma incipiente. A este tipo de quiste no se le conoce tendencia a recidivar después de su enucleación quirúrgica.

2.4 b) QUISTE PERIODONTAL APICAL

QUISTE RADICULAR: Quiste Periapical: Quistes Periapical dental;

El quiste periodontal apical es el más común de los quistes odontógenos. A diferencia de los otros tipos, afecta el ápice de un diente brotado y con gran frecuencia es resultado de una infección por vía pulpar, a causa de una caries. El término "quiste residual", se aplica a un quiste periodontal que permanece después de la extracción dental o se forma posteriormente, aunque este mismo término puede ser también aplicado a cualquier quiste de los maxilares que permanecer sin causa aparente luego de un procedimiento quirúrgico.

El revestimiento epitelial del quiste periodontal deriva de restos epiteliales de Malassez del ligamento periodontal y no parece tenerla tendencia a la transformación ameloblastomatosa que se produce en el quiste dentígero.

Además del quiste periodontal que se origina en el ápice de un diente, se conoce un quiste periodontal lateral del ligamento periodontal lateral.

2.5 QUERATOQUISTE ODONTOGENO

Este término fue utilizado por primera vez por Philip- sen en 1956, las características esenciales de este tipo de quiste. En la actualidad se está de acuerdo en que aunque este tenga orígenes diversos, hay un rasgo clínico que asegura su reconocimiento y separación como entidad característica: el índice de recidiva es muy elevado.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Muchos son los quistes que presentan queratinización del epitelio de revestimiento, incluidos, los no odontógenos como fisurales y dermoide-epidermoide. Sin embargo, el queratoquiste odontógeno suele ser considerado como perteneciente a una de las siguientes categorías: 1) quiste primordial, 2) quiste periodontal lateral (en realidad un primordial específico, 3) quiste dentígero, 4) síndrome de quiste odontógeno, nevo basocelular y costilla bifida. 5) quiste "idiopático" de los maxilares, y 6) posiblemente en raros casos, el quiste periodontal apical o radicular. En esencia algunos pero no todos los casos de cada uno de los tipos de quistes mencionados pueden presentar queratinización del epitelio de revestimiento. Prácticamente, todos los quistes del síndrome de nevo basocelular y costilla bifida son queratinizantes. Además de esto, el quiste primordial es el queratinizado con mayor frecuencia,

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

y lo sigue el quiste dentígero. Algunos estudios indican que entre 3 y 6 por 100 de todos los quistes presentan queratinización, mientras que más del 20 por 100 de todos los quistes primordiales son queratinizados. En realidad, algunos investigadores han sugerido que estos siempre tienen un revestimiento de epitelio queratinizante. Así, la queratinización es relativamente común en algunos tipos de quiste odontógeno pero rara en otros.

El queratoquiste odontógeno se origina a cualquier edad, desde la infancia hasta la ancianidad. En una serie de 104 pacientes con queratoquistes odontógenos, comunicada por Browne, la edad promedio de la aparición era de 35 años. En la misma serie, 79 por 100 de los quistes estaban en mandibular y 21 por 100 en maxilar, en tanto que 50 por 100 se localizaban en la zona del tercer molar inferior y rama ascendente. Con cierta frecuencia, se producen quistes múltiples, en particular en pacientes con síndrome de nevo basocelular y costilla bífida. También señaló el paralelismo bastante notable entre el queratoquiste odontógeno y el ameloblastoma en lo que respecta a la edad promedio de aparición, predicción de localización, hallazgos radiográficos e índice de recidiva.

No hay manifestaciones clínicas características del queratoquiste. Entre los rasgos más comunes se halla dolor, hinchazón del tejido blando y expansión del hueso.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

La lesión puede aparecer como una imagen radiolúcida unilocular o multilocular, con frecuencia con un delgado borde esclerótico reaccional óseo. Este borde puede ser liso u ondulado. En la serie de Browne, alrededor del 40 por 100 de quistes resultaban ser dentígeros puesto que estaban asociados con dientes retenidos o no brotados. Sin embargo, en la mayor parte de esos casos se comprobaba durante la cirugía que los quistes estaban separados del diente por una capa de tejido fibroso.

A veces la cercanía de las raíces de dientes adyacentes normales favorece la resorción de estas.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

La pared quística suele ser delgada, salvo que haya habido una infección sobregregada. El epitelio es de tipo escamoso estratificado, generalmente con paraqueratosis, aunque algunos casos presentan ortoqueratosis. Casi siempre es muy delgado, raramente mayor de seis a ocho células de espesor y pocas veces tiene brotes. También es característico hallar una superficie ondulada o "acanalada". Puede haber displasia epitelial y hasta carcinoma epidemoide, pero esto es poco común.

La pared de tejido conectivo suele mostrar pequeñas islas de epitelio similar al de revestimiento: algunas de estas islas pueden ser quistes pequeños. Por lo menos en algunos casos, las islas de epitelio y pequeños quistes satélites o "hijos" son en realidad los extremos de los pliegues del epitelio de revestimiento de la cavidad quística principal que han sido cortados, es muy común que los revestimientos de estos quistes estén plegados.

La luz del queratoquiste suele estar ocupada por un líquido poco espeso de color pajizo o por un material cremoso más espeso. A veces la luz contiene gran cantidad de queratina, y otras, poca. También puede haber colesterol, así como cuerpos hialinos en zonas de inflamación. Toller realizó mediciones electroforéticas del líquido de estos quistes y comprobó que su contenido de proteínas solubles era muy bajo en comparación con el del suero del mismo paciente.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El queratoquiste ha de ser eliminado por cirugía. Sin embargo, la experiencia clínica ha enseñado que la erradicación completa del quiste es difícil porque la pared quística es muy delgada y friable y se fragmenta con facilidad. Además la perforación del hueso cortical, en particular en lesiones que afectan la rama ascendente, es común y complica la enuclea-

ción total.

El rasgo más importante del queratoquiste odontógeno es su extraordinario índice de recidivia. Por diversas fuentes, se ha comunicado que está entre el 20 y 60 por 100. Browne no encontró diferencias significativas en el índice de recidiva después de tres técnicas básicas de tratamiento de estas lesiones: 1) marsupialización, 2) enucleación y cierre primario, y 3) enucleación y mantenido abierto por empaquetamiento. Además, la recidiva no aparece vinculada con la presencia de quistes satélites. Sobre esta base, Browne concluyó que la recidiva del queratoquiste se debe a la naturaleza de la lesión en si y no guarda relación con la técnica de tratamiento como en esta lesión la recidiva puede aparecer con gran retardo todos los casos han de ser controlados mediante radiografías anuales, por lo menos durante los primeros cinco años que siguen a la cirugía.

2.5. a.) QUISTE GORLIN-GOLTZ.

Síndrome de quiste y nevo basocelular del maxilar y costilla bifida.

Síndrome de nevo basocelular: poliocosis cutaneamandibular hereditario, síndrome de Gorlin y Goltz).

Gorlin y colaboradores revisaron minuciosamente este síndrome descrito originalmente por Binkley y Johnson en 1951. Afección hereditaria, transmitida como rasgo dominante autoómico, con elevada penetración y expresividad variable.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El síndrome es muy complejo y abarca una gran variedad de posibles anomalías.

Se pueden sintetizar de acuerdo a lo siguiente: 1) anomalías cutáneas, incluidos carcinoma basocelular, otros quistes y tumores dérmicos benignos, disqueratosis palmar y plantar y calcinosis dérmica, 2) anomalías dentales y óseas, que incluyen queratoquistes odontógenos (con frecuencia múltiples), prognatismo mandibular leve, anomalías de costillas (con frecuencia bilidas) y vertebrales, y braquimetacarpalismo; 3) anomalías oftalmológicas como el Imperatorismo con puente nasal ancho, ectopia cántica, ceguera congénica y estrabismo interno, 4) anomalías neurológicas, incluidos retardo mental, calcificación dural, agenesia del cuerpo calloso, hidrocefalia congénita y meduloblastoma con frecuencia mayor que la normal, y 5) anomalías sexuales, incluidos hipogonadismo en varones y tumores ováricos en mujeres. Algunos pacientes no responden a la parathormona a juzgar por la falta de diuresis de fósforo que, junto con el acortamiento del cuarto

metacarpiano en algunos pacientes, ha sugerido que habría cierta relación con el seudohipoparatiroidismo.

MANIFESTACIONES BUCALES.

Los queratoquistes odontógenos son indistinguibles de los descritos previamente por ese término que no estaban asociados con este síndrome. Debido a que suelen formarse en épocas tempranas de la vida, pueden presentarse deformación y desplazamiento de dientes en desarrollo. Sin embargo, pueden no desarrollarse hasta la edad mediana aunque se han originado tumores basocelulares cutáneos en algunos pacientes de corta edad.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El índice de recidiva de queratoquistes de este síndrome me es tan elevado como el de los que no están asociados con él. Además varios casos de ameloblastoma se han originado en quistes de este síndrome, lo cual resalta la importancia de la enucleación quirúrgica del quiste y su examen histológico siempre que el odontólogo reciba un diagnóstico de queratoquiste odontógeno, ha de asegurarse de descartar la presencia de este síndrome en razón de los muchos problemas asociados que estos pacientes deberán enfrentar.

2.6 QUISTE DE GORLIN.

A) QUISTE ODONTOGENO QUERATINIZANTE Y CALCIFICANTE.

(QUISTE ODONTOGENO EPITELIAL CALCIFICANTE: QUISTE DE GORLIN:
TUMOR QUERATINIZANTE QUISTICO)

Esta lesión odontógena particular fué descrita por primera vez en 1962 por Gorlin y colaboradores bajo la denominación de "quiste odontógeno epitelial calcificante". La lesión es rara en el sentido que tiene ciertas características de un quiste, pero también posee muchas de una neoplasia sólida.

Antes de la separación de ésta lesión como una entidad, se diagnosticaba equivocadamente como alguna forma de ameloblastoma.

Características clínicas. Ni hay predilección evidente por edad o sexo en la aparición de esta lesión, aunque la mayor parte de casos se presenta en adultos. Alrededor de 70 por 100 se localizan en la mandíbula, a semejanza de la predilección del ameloblastoma por ella. Alrededor del 75 por 100 de casos comunicados han aparecido en zonas centrales del hueso, mientras que el 25 por 100 restante se producía en la periferia, como una proliferación gingival. Sin lesión del hueso subyacente o solamente una erosión superficial.

Características radiográficas. Las lesiones intraóseas centrales aparecen como una imagen radiolúcida, por lo común bastante bien circunscrita, aunque esto no es invariable. En la imagen radiolúcida hay cantidades variables de material radiopaco calcificado disperso, entre minúsculos puntos y grandes masas. Como esta lesión a veces se da en la asociación con un odontoma esto puede aparecer radiográficamente como parte integrante de la totalidad del "quiste". Pueden transformarse en lesiones muy grandes, muchos centímetros de diámetro, y pueden abarcar gran parte del maxilar, aunque las lesiones pequeñas son las más comunes.

Características histológicas. La lesión presenta un revestimiento epitelial, como todos los quistes verdaderos, compuesto de una capa bien definida de células columnares o cuboideas. Dentro de esto hay una colección irregular de células y tejidos que incluye capas de retículo estrellado y de células cosinófilas pálidas que llegan a unirse en grande masas de las células epiteliales "fantasmas" características que se han queratinizado y haya calcificado. La presencia de estas células sugirió originalmente a Gorlin que este "quiste" sería la contraparte bucal del epiteloma calcificante dérmico de Malherbe. En la lesión también es posible hallar cantidades irregulares de dentina u ostodentina.

Algunos casos están asociados con un odontoma compues-

to complejo de manera que el "quiste" puede estar entremezclado con el tejido adamantino, dentinal y pulpar de la lesión. Algunos casos se han generado en conjunción con un fibroodontoma ameloblástico. Además hay una variante rara del quiste odontógeno calcificante en la cual hay melantina dentro del epitelio odontógeno. Por último se sabe que puede ocurrir transformación carcinomatosa de esta lesión.

Tratamiento y Pronóstico. A causa de la propensión de ésta lesión al crecimiento continuado, hay que extirparla por la cirugía al ser encontrada.

La ausencia de recidiva depende de que la enucleación sea completa.

TEMA 4
COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO DE LOS QUISTES DE LOS
MAXILARES

Infección.- Cuando se presenta una infección aguda esta debe primero controlarse y después deberá hacerse la intervención quirúrgica, definitiva para eradicar el quiste.

Para controlar la infección se tendrá que realizar un drenaje y someter al paciente a una antibioterapia, cuando se ha controlado la infección, el quiste deberá enuclearse dejando un drenaje, si existe exudado purulento. Los antibióticos se continúan en el postoperatorio durante 5 o 7 días.

Cuando los quistes presentan una infección crónica puede eliminarse sin el drenaje inicial, ya que la infección se encuentra localizada. También se indica la antibioterapia, la sutura primaria o la colocación de un drenaje en la herida, esto depende de cada caso en particular.

Cuando la infección es postoperatoria se controla localmente con irrigaciones y taponamientos de la cavidad ósea y sistemáticamente mediante el empleo de antibióticos.

Las cavidades que quedan abiertas deben irrigarse frecuentemente para que no se acumulen restos alimenticios.

Fractura.- Las fracturas producidas por los quistes son raras aunque algunos quistes se extienden demasiado. Las fracturas iatrogénicas pueden evitarse con una buena técnica o bien previniendo la fractura mediante una ferulización.

Algunas veces la presencia de una fractura es el primer indicio de que existe una zona patológica.

El tratamiento de estas fracturas es algo dificultoso, lo primero es limar el quiste por completo, posteriormente se reduce la fractura y se estabiliza. Si el quiste está infectado, hay que drenarlo, tratar la infección y luego reemplazar la parte perdida mediante un injerto óseo, una vez que se halla eliminado la infección.

Invasión del antro.- Otro accidente que puede causar un quiste es la invasión del antro, lo cual puede dar como consecuencia una infección antral con sinusitis o viceversa, esto puede dar como resultado una inflamación. Cuando esto sucede se debe controlar primero la infección y después realizar las maniobras necesarias para eliminar la lesión.

PRONOSTICO DE LOS QUISTES MAXILARES

Se ha observado que en algunos QUISTES ODONTOGENICOS se presenta una degeneración que dá origen a "muros tumorales"

a partir de los cuales se desarrollan ameloblastomas y carcinomas epidermoides que crecen junto a las paredes de estos quistes, esto se ha observado principalmente en quistes foliculares en especial en el quiste dentífero. Sin embargo como ya se dijo antes, esta anomalía no está bien determinada y en general el pronóstico de los quistes odontogénicos es bueno y si se ha realizado el tratamiento correctamente no presentan residua.

TEMA 5
CONCLUSIONES

Los quistes se derivan de tejidos epiteliales y se pueden localizar en tejidos blandos o en tejidos duros, se encuentran rodeados de epitelio y encerrados en una cápsula de tejido conjuntivo, en su interior contienen una sustancia líquida o semisólida.

En el caso de los quistes maxilares, estos se derivan de tejido epitelial que se encuentra en el interior de la máscula del maxilar y la mandíbula, este tejido epitelial puede provenir de restos de la lámina dental o del órgano del esmalte de los dientes en este caso se denominan quistes odontogénicos, también puede provenir de restos epiteliales del tejido que cubre los procesos primitivos que participan en la formación embrionaria de la cara y maxilares.

Existen unos quistes que se originan a partir de una retención de la secreción salival, estos quistes son la Ránula y el Mucocelo.

Dentro de los quistes maxilares se han incluido lesiones como el quiste óseo aneurismático que no están recubiertos por epitelio y por lo tanto no son en realidad quistes.

El quiste presenta un crecimiento que en algunas ocasiones es visible ya que llega a ser tan grande que deforman las estructuras faciales e incluso a veces llegan a provocar fracturas, otras veces presentan una fístula y arrojan su contenido al exterior. Generalmente son indoloros a menos de que se infecten, y no son causa de pérdida en al vitalidad de los dientes adyacentes, cuando esto llega a suceder es a causa de la infección.

Los quistes que se encuentran en estructuras óseas pueden crecer tanto que el hueso se adelgaza de tal manera que a la palpación se roape produciendo una crepitación.

Para poder diagnósticar un quiste es necesario tomar en cuenta los datos clínicos, radiológicos y del laboratorio.

Clínicamente las características que presentan los quistes son crecimiento que puede causar deformaciones o fracturas o tan solo una asimetría en la cara. A veces se infectan lo cual produce un alta en la temperatura, inflamación y leucocitosis. Cuando llegan a abarcar los senos maxilares causan la infección de estos con una subsecuente sinusitis que produce una inflamación.

Radiológicamente el quiste se observa como una zona radiolúcida en el hueso, rodeada de una fina línea blanca

que es la lámina dura. A veces se ven afectadas estructuras como dientes, canal mandibular, seno maxilar y orificios nasales.

Al hacer el diagnóstico se debe diferenciar a los quistes de los tumores centrales de células gigantes, el neurofibroma, el mixoma, el mixofibroma, el aneurisma ósea, el angioma central del hueso, el mieloma múltiple, las lesiones metastásicas de las arcadas, y ciertas displasias fibrosas poliquísticas de las arcadas.

El diagnóstico más seguro se basa en la biopsia y aún cuando a veces no es indispensable para diagnosticar un quiste si es muy necesaria para establecer el tipo de quiste y es una gran ayuda en el tratamiento, además es muy importante para establecer el pronóstico.

El tratamiento para los quistes es el quirúrgico, es necesario eliminar en su totalidad los quistes realizando correctamente las maniobras quirúrgicas en la intervención: anestesia, incisión, reflexión del colgajo, eliminación de la lesión, lavado de la cavidad, relleno de la cavidad y sutura, algunas ocasiones se utiliza también la cauterización química de la cavidad ósea pero esta maniobra ha ido siendo desechada porque el agente cáustico destruye las células epiteliales y puede lesionarse el paquete neurovascular o bien

en el maxilar puede lesionar la mucosa que tapiza el seno.

Cuando se trata de un quiste dentígeno conviene también eliminar el diente aunque a veces es muy importante salvarlo y se usa la cirugía apical y la endodoncia.

Al hacer la intervención es necesario prevenir accidentes como las fracturas (en casos de quistes muy extensos) y en este caso es conveniente aplicar barras y férulas en los dientes.

Existen varias técnicas para eliminar los quistes, una colapsar el cuerpo del quiste para después eliminarlo completamente, es decir, reducirlo mediante la colocación de drenajes de yodoformo o bien de tubos de plata y de plástico aunque esto no es necesario si hay una cantidad suficiente de hueso.

Otra técnica es la de Cadwell-Luc, que se utiliza cuando algún quiste del maxilar ha penetrado en el antro, el acceso se realiza mediante una insición que va desde la eminencia canina hasta detrás de la raíz del cigoma.

Si no se ha destruido el tabique óseo este no debe fracturarse y así se podrá realizar la operación del Partsch que consiste en dejar la membrana quística en su lugar.

La marsupialización se utiliza en el caso de la Ránula y se realiza eliminando el techo del quiste, y vaciándolo por aspiración, posteriormente se suturan los bordes del quiste al borde de la mucosa del piso de boca, esta técnica se usa sobre todo cuando el quiste es muy extenso.

Los accidentes que pueden presentarse en el tratamiento de los quistes son la fractura, la infección y la invasión al antro.

Cuando la infección es anterior a la intervención primero debe controlarse esta con drenajes y antibióterapia y después intervenir y dejar un drenaje y continuar con la antibióterapia. Cuando la infección es postoperatoria se controla con irrigaciones y taponamientos de la cavidad ósea y con antibióterapia.

La fractura como resultado de la extensión del quiste debe reducirse después de que se ha eliminado por completo el quiste cuando a esto se añade la infección esta debe controlarse primero, debe drenarse, eliminar el quiste y después colocar un injerto óseo. Cuando la fractura no se ha producido pero se teme que con la intervención pueda ocasionarse, se debe ferulizar antes de intervenir.

Los quistes odontogénicos se dividen en quistes foliculares el origen de estos se encuentra en los restos epiteliales de la lámina dental o del gérmen dentario antes de que se haya formado el esmalte o la dentina. Estos quistes son llamados también neoplásicos por la degeneración que pueden sufrir y dar origen a ameloblastomas y carcinomas epidermoides. Se localiza en cualquier lugar pero tienen predilección por la zona del tercer molar en la mandíbula. Algunas ocasiones se dificulta un poco su diagnóstico por falta de signos clínicos especialmente en los quistes primordiales. No tienen un crecimiento exagerado por lo que pocas veces presentan crepita-ción sin embargo pueden llegar a destruir la lámina ósea y producir una fistula. El que llega a tener una expansión tan grande como para producir una deformación facial es el quiste folicular. La cavidad del quiste contiene un líquido seroso o serosanguíneo y a veces seropurulento. La pared del quiste está constituida por tejido fibroso cubierto por una delgada capa de epitelio escamoso estratificado, a veces tienen una capa de queratina encima del epitelio.

Forman parte de estos quistes el quiste primordial que aparece preferentemente en la zona del tercer molar mandibular, son multiloculares o uniloculares se presenta después la segunda o tercera década de vida, presenta los síntomas clínicos comunes, es indoloro no afecta la vitalidad de los dientes, en la radiografía se observa una zona radiotransparen-

te, redondeada, rodeada por bordes bien delimitados y envuelto por una hiperostosis, pocas veces crece más de 2 cm. su histología es la de los quistes foliculares y su tratamiento es quirúrgico.

Otro quiste folicular es el dentígero que parece tener su origen intrafolicular, puede envolver toda la corona del diente que lo origina o puede estar en un lado de este o bien puede estar rodeandola en su cuello, el tejido conjuntivo con el epitelio escamoso que forma el quiste, es continuo con el epitelio reducido del esmalte que cubre la corona, este quiste si presenta infección frecuentemente, en los rayos X se observa igual que el primordial solo que en este se encuentra un diente en el centro, el quiste dentígero múltiple es muy raro y radiográficamente presenta las características del quiste múltiple y dentígero a la vez. Algunas veces el espacio quístico está ocupado por un odontoma. Existe un quiste llamado de erupción es poco frecuente y se observa como abultamientos en la cresta alveolar, de color azulado lleno de líquido histico o de sangre en un espacio folicular dilatado o alrededor de un diente en erupción que generalmente es deciduo casi nunca permanente, puede ser uni o bilateral y puede existir desde el nacimiento, las lesiones se abren espontáneamente al erupcionar el diente.

Por último dentro de los quistes foliculares está el multilocular que se parece mucho al quiste dentígero por su localización y en realidad este quiste es una variación de los quistes dentígeros, se originan de varios gérmenes dentarios o bien de la lámina dentaria que forma varios folículos adyacentes que se convierten en varios quistes, son de gran tamaño, su histología es la del quiste primordial ya que se trata de varios quistes primordiales adheridos entre sí y comunicados, en algunos de estos quistes se encuentra queratina.

Los quistes periodontales se dividen en radicular (periapical), residual, lateral y gingival.

El quiste radicular tiene como origen una infección dental y se forma a partir de los granulomas que contienen restos epiteliales de Malassez y que se encuentran en relación con el foramen apical. Generalmente son de tamaño reducido y en las radiografías se observa muy parecido al granuloma solo que se encuentra bien delimitado por la lámina dura.

Clínicamente presenta signos muy variados a veces no es detectable por su tamaño pequeño, otras se observa una de formación localizada de color y consistencia normal o bien puede tener un color púrpura y a la palpación presenta crepitación, en otras ocasiones puede existir una fístula con exudado

purulento o seropurulento. Algunos de estos quistes pueden producir dolor. El quiste radicular algunas veces presenta colesterol en su interior asi como fibras de colageno. El epitelio es escamoso estratificado a veces acantomatoso y ulcerado y en raras ocasiones queratinizado. Su tratamiento es quirúrgico y generalmente se indica la extracción del diente.

El quiste residual se presenta en el sitio donde se ha practicado una extracción dental, puede suceder que se trate de un quiste radicular que por mala técnica se dejo ahí o bien una degeneración quística de un granuloma que no se eliminó.

Generalmente es asintomático y de tamaño pequeño. Sus características son muy semejantes a las del quiste radicular. El tratamiento es quirúrgico.

Los quistes laterales y gingivales se originan por la inflamación crónica de la membrana periodontal que contiene restos epiteliales de Malassez, su desarrollo es igual al que sufren los quistes radiculares y solo varían en su localización, el lateral casi siempre se presenta en la zona comprendida entre caninos y premolares y muy pocas veces se extiende más allá de sus apices y casi nunca desplaza a los dientes vecinos.

El tratamiento es la extirpación total de quiste, se indica la biopsia ya que algunos ameloblastomas pequeños presentan un cuadro semejante.

El quiste gingival se localiza en la encía libre o en la encía adherida. En los niños también se les llaman "perlas de Epstein" y tienden a desaparecer en varios meses. Estos quistes pueden contener queratina. En el adulto el tratamiento es quirúrgico.

Los quistes no odontogénicos son los que no se originan a partir de los tejidos formadores del diente.

Los quistes fisurales son el quiste medial, el globo maxilar, el nasoalveolar y el nasopalatino. Los quistes fisurales se producen cuando falla la fusión ósea en la época del desarrollo embrionario, y el quiste se desarrolla por una proliferación de restos epiteliales que han quedado en globados en la fusión ósea.

El quiste medial se observa igualmente en la mandíbula como en el maxilar en este último se observa en la línea media. Este quiste recibe varios nombres dependiendo de su localización (quistes de la línea media o medio alveolar, quiste lingual anterior y quiste palatino medio). Llega a ser muy grande y generalmente asintomático, a la palpación tiene consistencia

dura, sólida o puede presentar crepitación. Puede infectarse y presentar una fístula. Los quistes medioalveolares pueden desplazar a los incisivos centrales pero su vitalidad permanece. Histológicamente se observa recubierto por epitelio columnar ciliado (respiratori), escamoso estratificado o pseudoes-tratificado, y presenta una cápsula de tejido fibroso; en la mandíbula se observa raras veces y se considera que se deba a un englobamiento epitelial que ocurre en el canal central del proceso mandibular del embrión. Se extiende debajo de los ápices de los incisivos centrales, puede ser multilocular. Desplaza también a los dientes pero estos no pierden vitalidad.

El tratamiento de estos quistes es la enucleación total.

Después de la intervención se pueden enderezar gradualmente los dientes.

El quiste globulomaxilar es poco frecuente se presenta entre el lateral y canino superiores su origen es el epitelio que quedó atrapado al fusionarse la premaxila y el maxilar y también la porción globular del proceso nasal medio.

Es asintomático a menos de que se infecte.

Radiográficamente se observa una zona radiolúcida en forma de pera invertida, el quiste causa la divergencia de las raíces de lateral y canino y puede causar deformación del seno maxilar al crecer. Su histología y tratamiento es igual que en el quiste medial.

El nasoalveolar se presenta en el área de fijación de la de la nariz y más en mujeres que en hombres; se origina por los restos epiteliales que se encuentran en la unión de los procesos globular, nasolateral y maxilar; se observa como una tumefacción que se palpa debajo el labio superior y en el piso nasal puede ser bilateral y presentar dolor. La histología y el tratamiento son los mismos que en los demás quistes fisurales.

El quiste nasopalatino puede encontrarse en el conducto incisivo o debajo del agujero incisivo (quiste de la papila palatina). Se originan de restos celulares de los conductos nasopalatinos. Clínicamente pocas veces es perceptible y cuando lo es se presenta entre los 40 y 60 años de edad.

En las radiografías cuando se observa se ve como una zona radiolúcida circunscrita, la superposición de la espina nasal hace que tenga forma de corazón.

El quiste nasopalatino generalmente se encuentra formado por epitelio escamoso estratificado o epitelio respiratorio también contiene glándulas mucosas y nervios en la pared de tejido conectivo. Se puede encontrar cartilago junto a los quistes del conducto incisivo.

El tratamiento es quirúrgico, al hacer la intervención necesario a veces, ligar o cortar el paquete neurovascular cuando sale del orificio.

Los quistes óseos son tres el aneurismático, el ideopático y el traumático.

El quiste óseo aneurismático se presenta principalmente en la mandíbula, se observa como una lesión central y única no tiene revestimiento epitelial por lo que no es un verdadero quiste (pseudokuiste). Casi siempre tiene antecedentes de traumatismo. Se piensa que se origina en un hematoma medular. En las radiografías se observa como una radiolucidez única bien delimitada puede contener trabeculas ó sea finas e irregulares que le dan aspecto de burbujas de jabón o de panal.

Su histología se presenta muy parecida a la del granuloma reparativo de células gigantes, tiene espacios vasculares con pequeños hemorragias a veces se encuentran células multinu-

cleares, contiene tejido blando muy vascularizado que sangra mucho.

El quiste óseo ideopático tampoco está revestido por epitelio (pseudoquistes) no existe cápsula y la cavidad muchas veces esta vacía. El origen es desconocido se presenta más en la mandíbula que en el maxilar y clínicamente casi nunca es apreciable. Radiográficamente se ve una zona grande oval, con bordes bien delimitados. No presenta ninguna sintomatología, solamente que a la palpación puede haber crepitación. El tratamiento también es quirúrgico.

El quiste óseo traumático se localiza principalmente en la zona del canino inferior, en la rama o en la sínfisis mandibular. Se presenta en personas jóvenes con antecedentes traumáticos su origen puede ser ese. Tampoco está revestido por epitelio, puede existir una deformación en la zona en que se encuentra el quiste pero casi nunca existen síntomas, a veces, contiene un poco de suero. En las radiografías se ve una zona radiolúcida que se extiende por entre los dientes y posee un contorno festoneado. Los márgenes no están muy definidos. El tratamiento es quirúrgico igual que en los otros quistes óseos, se abre la cavidad se hace un curetaje, se limpia, se lava, se forma un coágulo y se sutura.

Quistes de retención: son de la ránula y el mucocale.

La ránula se forma a causa de una obstrucción en los conductos secretores de las glándulas submaxilar o sublingual, esto ocasiona una retención mucosa, es unilateral, se observa superficial, semisólida de superficie lisa o rojiza, puede crecer bastante tanto que puede dificultar la locución y la deglución. Generalmente la pared se forma de tejido conjuntivo, si existe revestimiento epitelial es el mismo que el del conducto excretor. El tratamiento es la marsupialización.

El mucocale tiene un origen similar, al romperse el conducto excretor de una glándula salival, de esta manera el líquido se vierte en el tejido que recubre el conducto. Se presenta principalmente en el labio inferior. Se observa como una elevación redonda pequeña de color azulado y translúcida, se desplaza a la palpación, algunos de los mucocales se abren y drenan y desaparecen pero pronto vuelven a aparecer. Está revestido por tejido de granulación. El tratamiento es la escisión total del mucocale y generalmente de toda la glándula salival.

Los quistes disontogénicos son cuatro, el dermoide, el quiste de hendidura branquial, el higroma quístico y el quiste del conducto tiroideo, estos quistes se originan por

desplazamientos de tejidos embrionarios.

El quiste dermoide se deriva de células epiteliales atrapadas en el cierre de las fisuras embrionarias contiene apéndices cutáneos y esta tapizado por epidermis. Se presentan más frecuentemente en el piso de la boca en la línea media. Puede estar encima o debajo de los músculos milohioideos y genioyugoso, la mayoría de las veces el quiste crece tanto que desplaza a la lengua, si el quiste esta debajo de los músculos se observa como una tumoración debajo del mentón. A la palpación dá una sensación pastosa o de masilla, a veces fluctuante. Puede infectarse y presentar una fístula. Esta revestido por epitelio escamoso estratificado queratinizado. Tiene apéndices cutáneos y folículos pilosos. La cavidad está llena de queratina y material sebáceo.

El quiste epidermoide no tiene apéndices cutáneos. El tratamiento es la extirpación quirúrgica intraoral o extraoral dependiendo de su localización.

El quiste de la hendidura branquial se origina de inclusiones epiteliales de un conducto salival en los ganglios linfáticos cervicales. Generalmente se localiza superficialmente cerca del ángulo de la mandíbula. Se observa como una masa prominente de crecimiento lento, no dolorosa, es blando y fluctuante. A menudo presenta fístulas. Está recubierto

de epitelio escamoso estratificado. El tratamiento es la extirpación total del quiste.

El higroma quístico se presenta en niños recién nacidos y se localiza en el cuello y cabeza. Está tapizado por endotelio y contienen líquido linfático. Suelen ser sumamente grandes. Su tratamiento es quirúrgico.

El quiste del conducto tirogloso, deriva de una mala o inexistente obliteración del conducto tirogloso embrionario pueda presentarse en la base de la lengua pero es más frecuente en la parte anterior del cuello debajo del mentón. Se presentan generalmente en niños y adolescentes.

Se observa como una masa cervical blanca, movable, se encuentra en la línea media. Tiene contenido acuoso o seroso. Muchos de estos quistes dan lugar a una fístula en la región anterior del cuello en la línea media. Esta tapizado por epitelio escamoso estratificado en la parte superior en la inferior tiene epitelio cilíndrico ciliado y transicional. Puede conectarse con el agujero ciego por conductos únicos o múltiples. El tratamiento es la extirpación quirúrgica total.

Los queratoquistes son los quistes foliculares, residual radicular y fisural que han tenido alteraciones, el epite-

lio es uniforme, la capa basal esta bien demarcada por células cilíndricas, el epitelio está cubierto por una delgada capa de queratina. Estos quistes pueden ser múltiples. Contienen material espeso, cremoso, caseoso, y suelen ser multiloculares. Se presentan con más frecuencia en el maxilar superior y tienen bastante residiva.

BIBLIOGRAFIA

Bhaskar, S.N. PATOLOGIA BUCAL. 2a. Edición.
El Ateneo. Buenos Aires. Junio 1974
Pp. 158-172, 285-298, 300-306

Gorlin, ROBERT J. Goldman, HENRY M. THOMA. Patología Oral.
6a. edición. Salvat Editores, SP. España, 1973
Pp. 487-525

Guralnick, Watler C., y Col. Tratado de Cirugía Oral.
3a. Edición Salvat Editores, Barcelona, 1971
Pp. 413-433

Ries Centeno, GUILLERMO A. CIRUGIA BUCAL CON PATOLOGIA
CLINICA Y TERAPEUTICA. 7a. Edición, El Ateneo, Argentina 1975
Pp. 713-835

Shafer, WILLIAM G. Hine, MAYNARD K. Levy Barnet M. A Text
Book of Oral pathology. E.U.A. 1974 Pp. 236-251

Zegarelli, EDWARD V. Kutscher, Austin H. Hyam, George A.
Diagnóstico 2a. de la 1a. Edición. Salvat Editores
Barcelona 1976. Pp. 186-210, 242-258



IMPRESO EN MEXICO - PRINTED IN MEXICO

TESISCENTRO

San Borja No. 1003 esq. Heriberto Frías, Col. del Valle

tels: 5-59-32-26 5-59-73-53