

4
22/11

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

QUISTES DE CABEZA Y CUELLO

T E S I N A

QUE COMO REQUISITO PARA PRESENTAR EL EXAMEN PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

FRANCISCO AGUILAR PRIETO

Director Tesina:

C.D M.O. BEATRIZ C. ALDAPE B.

*VoBo
Alcay*

MEXICO, D.F. 1994



CIUDAD UNIVERSITARIA

MEXICO D.F. 1994

FALLA DE ORIGEN



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.

Agradecimiento en especial a la Dra:

Beatriz C. Aldape S.

Por todas sus prestaciones, apoyo, paciencia y dedicación, durante el curso del seminario.

Gracias de verdad y que Dios la bendiga siempre.

A mis padres:

Albina Cortez de Prieto. Por todo su apoyo, cariño incondicional, dedicación, comprensión y todos sus desvelos.

Virgina Prieto Sanchez. Por todas sus atenciones, preocupaciones, por tantos buenos y malos ratos en la vida.

Francisco Prieto Gonzales. Por enseñarme el camino, por sus consejos y regaños que son y serán en beneficio mio.

A todos mis hermanos: Cande, Lupe, Lucia, Marialuisa, Angela y mi hermano Marcelino, por que comparten conmigo este logro.

A Sonia. Por que cuento con ella en todo, me alienta, me inspira a seguir adelante y por todo el cariño que ella me demuestra, por formar parte de mi vida, y por compartir juntos tantas cosas.

Quistes de los maxilares, piso de boca y cuello..

Un quiste es una cavidad tapizada por un epitelio. Puede estar situado enteramente dentro de tejidos blandos o profundamente en el hueso o localizarse sobre una superficie ósea y producir una superficie depresible. Dentro de los maxilares puede tener su origen en el epitelio odontogénico (es decir, los restos de la lámina dental o los órganos del esmalte de los dientes). La proliferación y degeneración de este epitelio da lugar a quistes odontogénicos.

Quistes odontogénicos

1. Quiste dentigeró.
2. Quiste de erupción.
3. Quiste gingival en recién nacidos.
4. Quistes periodontal y gingival laterales.
5. Quiste odontogénico queratinizante y calcificante (tumor quístico queratinizante)
6. Quiste radicular (periapical)
7. Queratoquiste odontogénicos
 - a) Quiste primordial. Queratoquistes múltiples de los maxilares, carcinomas basocelulares nevoides cutáneos múltiples y anomalías esqueléticas.

Los quistes no odontogenicos derivan de los restos epiteliales del tejido que cubre los procesos primitivos que participan en la formacion embrionaria de la cara y maxilares, estos son llamados tambien quistes fisurales.

Quistes no odontogenicos y fisurales.

1. Quiste globulomaxilar (premaxilar)
2. Quiste nasopalatino (nasolabial de Klestadt)
3. Quiste nasopalatino (maxilar anterior mediano)
4. Quiste mandibular mediano.
5. Quiste lingual anterior.
6. Quiste dermoide y epidermoide.
7. Quiste Palatino de recién nacido.

Los quistes del cuello, piso de la boca y glandulas salivales forman un grupo heterogeneo. El quiste tiro gloso y el quiste linfoepitelial se incluyen en los quistes del cuello, aunque el quiste tirogloso aparece tambien en la base de la lengua y el quiste linfoepitelial puede ocurrir en el suelo bucal anterior. Los quistes bucales que contienen epitelio gastrico o intestinal son fundamentalmente coristomas.

Quistes del cuello, piso de boca y glándulas salivales.

1. Quiste del conducto tirogloso .
2. Quiste linfoepitelial (hendidura branquial)
3. Quistes bucales con epitelio gastrico o intestinal.
4. Quiste de la glándula salival.
- 5 . Mucoccele y ránula. El mucoccele no es un verdadero quiste y se describe junto a las enfermedades de las glándulas salivales.

Los pseudoquistes de los maxilares no estan tapizados por epitelio.

Seudoquistes de los maxilares.

1. Quiste óseo aneurismático.
2. Quiste óseo estático.
3. Quiste óseo "traumatico"(hemorragico,solitario).

Los quistes se manifiestan clinicamente a causa de su expansión dentro del tejido circundante, pero solo raras veces causana aflojamiento de los dientes a no ser que sean muy grandes. Muchos quistes permanecen pequeños y producen poca o ninguna dilatación,se descubren solo en un examen

radiografico habitual. Cuando un quiste se dilata ejerce una estimulación en el periostio por lo cual este deposita hueso nuevo, esto se revela clinicamente en forma de una prominencia indolora, dura y suave. Al continuar la dilatación el hueso suprayacente adelgaza y se hunde por la presión del dedo, produciendo muchas veces un crujido de cascara de huevo. Finalmente, puede desaparecer incluso esta cascara sea quedando el quiste cubierto únicamente por la mucosa bucal. Puede descargar su contenido dentro de la cavidad bucal y aparecer una infección secundaria.

La Localización de la tumefacción puede dar un importante indicio sobre la naturaleza del quiste. Los quistes de los maxilares no suelen provocar dolor, a no ser que se infecten. La vitalidad de los dientes proximos a un quiste no infectado no se altera incluso cuando éste es grande y el soporte óseo se haya perdido en gran parte.

Queratoquiste odontogénico.

Quiste primordial.

El queratoquiste fue descrito por Mikuliez (1876).

Estos quistes se desarrollan de los remanentes de la lámina dental en lugar del antiguo concepto del origen a partir del primordio de gérmenes dentarios no logrados (Toller 1967).

El estímulo causal se desconoce, pero se sugiere que

puede estar genéticamente determinado, lo que confirma el origen de los queratoquistes en el síndrome de Gorlin y Goltz (Browne, 1970).

Cápsula fibrosa.

Se ha sugerido que su formación es inducida por el epitelio proliferante de una manera similar a la que ocurre durante el desarrollo de la matriz fibrosa en tumores epiteliales. Recientemente Lee y El-Labban (1980) y Mosqueda (1981), demostraron la presencia de miofibroblastos en las cápsulas de quistes radicales y queratoquistes respectivamente, explicando así la gran elasticidad exhibida por estos quistes al colapsarse cuando son perforados.

EXPANSION QUISTICA

Los mecanismos involucrados en este proceso son

básicamente los siguientes:

a) proliferación epitelial b) acumulación de contenidos celulares c) crecimiento hidrostático

- secreción

- transudación y exudación - diálisis

d) factor de resorción ósea e) actividad enzimática intracapsular

proliferación epitelial.

El crecimiento periférico es atribuido a la división celular activa del revestimiento epitelial. Los queratoquistes presentan un mayor índice de mitosis que los revestimientos de otros quistes odontogénicos. El crecimiento mural es el principal responsable del crecimiento de los queratoquistes.

La acumulación del contenido celular.

Los queratoquistes se agrandan por la constante producción y acumulación de escamas de queratina dentro de su luz, apreciándose clínica y radiográficamente proyecciones digitales características representativas de áreas de expansión localizada con división celular aumentada.

Crecimiento hidrostático.

Es atribuido a la distensión de la pared quística por la

-acumulación de líquidos, por uno o varios de los siguientes procesos:

Secreción una de las evidencias de la secreción interquística son las células mucosecretoras encontradas con cierta frecuencia en el revestimiento de quistes foliculares y parodontales y ocasionalmente en queratoquistes.

Transudación y Exudación: deriva del examen del contenido de proteínas y la gravedad específica del líquido quístico. La explicación más simple radica en la transudación resultante de la obstrucción de las venas intrafoliculares por efecto de la fuerza de una erupción impedida. No cualquier quiste odontogénico puede infectarse o inflamarse en condiciones normales a excepción del quiste radicular. La presencia de fibrina y colesterol en quistes dentigeros y radiculares sugiere que la hemorragia contribuye también a la formación del fluido quístico. Factor de resorción ósea El requisito primordial para que un quiste se expanda en el hueso es su habilidad para reabsorber el denso medio que lo rodea, gracias al incremento de su presión interna.

Existen varias sustancias capaces de activar a los osteoclastos para efectuar la resorción ósea; entre ellas destacan la vitamina D, la hormona paratiroidea, el factor activador de los osteoclastos (linfoquina) y las prostaglandinas.

PROSTAGLANDINAS.

La fuente principal de Prostaglandinas en cultivo de diferentes quistes odontogénicos parece ser la cápsula y su contenido leucocitario, aún cuando no se puede excluir una contribución vascular. La liberación de prostaglandinas se ve reducida en algunos quistes cuando se remueve el epitelio previo al cultivo, pero no se ha dilucidado si esta reducción resulta de la remoción del efecto inductivo epitelial o si es reflejo de la pérdida de prostaglandinas producidas dentro del epitelio. Existen diferencias cuantitativas y cualitativas en la producción de prostaglandinas entre diferentes quistes odontogénicos, el tejido gingival y un ameloblastoma quístico. Los quistes foli-culas liberan 12.2 ng/mg, los parodontales 16.6 ng/mg, los queratoquistes 20 ng/mg y el ameloblastoma 72 ng/mg, el tejido gingival libera sólo 3.1 ng/mg. Los queratoquistes son distintos en tanto producen casi 100% de PGE₂ lo que los asemeja al ameloblastoma (100 % de PGE₂). La cantidad producida por área en un queratoquiste de pared delgada sería menor que en un quiste parodontal de pared gruesa, lo cual es compatible con la conducta clínica de ambos. El quiste parodontal se expande al hueso en forma esférica con potente capacidad de resorción~ mientras que el queratoquiste, que posee comparativamente menor capacidad de resorción ósea por unidad

desuperficie, se extiende incidiosamente a través de los espacios medulares de menor resistencia con poca resorción de la cortical.

Actividad enzimática intracapsular.

Se ha demostrado la presencia de actividad colagenolítica en cultivo de tejido quístico correspondiente a queratoquistes

El papel de la colagenasa en el crecimiento quístico no se conoce, sin embargo, estos hallazgos sugieren que la actividad colagenolítica pueden explicar, al menos parcialmente, la separación observada con frecuencia entre el tejido fibroso y el epitelio de los queratoquistes otra enzima demostrada en la pared fibrosa de queratoquistes es la leucina aminopeptidasa Los factores de expansión en quistes odontogénicos.

Las observaciones histopatológicas de los últimos 25 años relacionadas con la expansión de los quistes odontogénicos han traído cambios en el diagnóstico y terapia de un padecimiento que provoca múltiples intervenciones quirúrgicas. Los quistes odontogénicos constituyen un grupo heterogéneo de lesiones que se han calificado como responsables de un alto número de intervenciones quirúrgicas extensas. Se reconocen tres grupos principales de quistes odontogénicos

TIPO DE QUISTE	RELACION A DIENTE Y HUESO	ORIGEN CELULAR
----------------	---------------------------	----------------

Ocurre principalmente (alrededor del 75%) en mujeres y que la edad promedio es entre los 41 y 46 años.

Histologicamente está tapizado por epitelio respiratorio o escamoso estratificado o con frecuencia, por epitelio cilíndrico pseudoestratificado.

Tratamiento: El quiste debe ser eliminado quirúrgicamente teniendo cuidado de no perforar ni aplastar la lesión. Quiste epidermoide y dermoide.

El quiste dermoide es una forma de teratoma quístico derivado, principalmente, del epitelio germinal embrionario.

Características clínicas.- Raras veces están presentes en el piso de la boca raras veces emergen en el momento del nacimiento.

La mayoría se producen en los adultos jóvenes y no muestran predilección por el sexo.

Histologicamente, el revestimiento del quiste es un epitelio escamoso estratificado queratinizante. Hay uno o

varios apéndices cutáneos como folículos pilosos, glándulas sudoríparas o glándulas sebáceas. Cuando no hay apéndices cutáneos no se puede diagnosticar un quiste dermoide y en este caso se usa el término de quiste epidermoide.

Tratamiento: Enucleación quirúrgica, no es común que recidive.

Quistelinfoepitelial. (Quiste de la hendidura branquial; quiste cervical lateral, nódulo linfático quístico benigno).

Parecen tener su origen en el enclavamiento de elementos de un conducto salival en los ganglios linfáticos. Generalmente esta situado superficialmente cerca del ángulo del maxilar inferior se halla cubierto solamente por el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo y generalmente esta sobre la vaina carotídea.

Características clínica.- Aparecen en adultos jóvenes, son de crecimiento lento y pueden tener una duración de semanas a muchos años.

Algunos de estos quistes también se pueden apreciar en el ángulo mandibular

Histológicamente, suele estar tapizado de epitelio

escamoso estratificado, pero puede contener epitelio columnar estratificado

El quiste propiamente dicho puede contener un líquido acuoso claro o un material mucoso gelatinoso espeso.

Tratamiento: Remoción quirúrgica minuciosa. Hay recidiva si se dejan restos o si simplemente se aspira o se drena la lesión.

Quiste del conducto tirogloso.

Este es un quiste del desarrollo, pero común que se forma en cualquier punto a lo largo del conducto tirogloso embrionario entre el agujero ciego y la glándula tiroides.

Clinicamente, el quiste se manifiesta como una masa carvical blanda, casi siempre movable, muchas veces sensible a la presión. Suele levantarse al deglutir o al sacar la lengua. No hay predilección de sexo.

Histológicamente, el conducto o fístula tiroglosa está tapizada por epitelio escamoso estratificado, cilíndrico ciliado o no ciliado y transicional intermedio. Tratamiento: El quiste debe ser eliminado quirúrgicamente, aunque habrá

que tener cuidado de no perforar ni aplastar la lesión.

Quistes no odontogénicos y fisurales. (Globulomaxilar)

Se encuentra dentro del hueso en la union de la porción globular de la apófisis nasal media y la apófisis maxilar, entre el incisivo lateral y canino superior. Constituye menos del 3% de los quistes de los maxilares. Suele aparecer clínicamente antes de los 30 años de edad no parece haber predilección de sexo.

Ferency postulo que este quiste se origina a partir de restos epiteliales atrapados en la región de la sutura incisiva (la sutura entre el premaxilar y el maxilar). Características clínicas.- Raras veces de manifestaciones clínicas.

Sin embargo puede causar al dilatarse un agrandamiento del maxilar superior o una deformación del seno maxilar. Radiográficamente tiene la forma característica de zona radiolúcida piriforme invertida, entre las raíces del incisivo central y el canino, produciendo la divergencia de las raíces de estos dientes.

Diagnóstico diferencial .- Hay que tener cuidado de no confundirlo con el quiste periodontal formado como consecuencia de una lesión pulpar o histologicamente esta o puede estar tapizado de epitelio escamoso estratificado o

columnar cilíndrico.

Tx: Enucleación quirúrgica conservadora.

Quiste palatino medio. Se origina en el epitelio atrapado a lo largo de la línea de las apófisis palatinas del maxilar.

Características clínicas.- Se encuentra en la línea media del paladar duro entre las apófisis palatinas laterales. Puede producir una hinchazón palatina definida visible clínicamente.

Características radiográficas.- Se ve una zona radiolúcida bien circunscripta frente a la zona de prémolares bordeada de una capa de hueso esclerótico.

Histológicamente suele tener epitelio escamoso estratificado que cubre un tejido conectivo denso e infiltrado celular inflamatorio crónico.

Tratamiento: Eliminación quirúrgica y cureteado minucioso. Quiste nasopalatino.

(Maxilares anteriores medianos). Es el más común de los quistes del desarrollo. Se origina por la proliferación de restos epiteliales del conducto nasopalatino incluyen los restos del conducto incisivo que comunica las cavidades nasal y bucal. Dentro de los quistes nasopalatinos se incluyen los del conducto incisivo y los de la papila palatina. No hay

predilección de sexo, y se encuentra en uno de cada 100 pacientes.

Clinicamente hay muchas veces un agrandamiento de la línea media anterior del paladar, son generalmente indoloros a menos que se infecten.

Radiograficamente: zona radiolucida redonda, oval o acorazonada, por lo general simétrica, bilateral, bien delimitada, entre las raíces de los incisivos centrales superiores, puede haber divergencia de las raíces.

Histologicamente: tapizado por un epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado pseudoestratificado y epitelio cuboide, infiltrado celular inflamatorio.

Es importante no confundirlo con el quiste periodontal y no hacer la extracción de dientes sanos.

Tratamiento: No han sido comunicadas transformaciones malignas del epitelio de revestimiento de este quiste. Por lo tanto, la excción quirúrgica puede estar injustificada en pacientes dentados. En algunos pacientes desdentados, no es raro que el no enuclear un quiste antes de instalar un aparato de prótesis favorece la infección aguda más la perforación de la mucosa con drenaje de pus.

Quiste mandibular medio.- Es una lesión extremadamente rara que se produce en la línea media de la mandíbula. Es probable que pueda formarse en cualquier punto a lo largo de la línea

de fusión.

Características clínicas. La mayoría de estos quistes son asintomáticos y diagnosticados por examen radiográfico, que es de una imagen radiolúcida unilocular, bien delimitada, también puede ser multilocular. Histológicamente: epitelio escamoso estratificado. Tratamiento y pronóstico .- Excisión quirúrgica conservadora.

Quiste mandibular mediano.

Es una entidad dudosa que se llegó a considerar un quiste fisural originado por un secuestro de epitelio en la línea media de la mandíbula.

durante la fusión de procesos del arco mandibular. Aunque también puede tener origen en una degeneración quística del germen dentario supernumerario, aunque no es probable esta teoría. Generalmente es una lesión radiolúcida que se localiza en la mandíbula en zona del mentón por debajo de los ápices de los incisivos centrales. Los quistes han sido ovales, redondos, irregulares e incluso multiloculares.

Histológicamente, están tapizados por epitelio escamoso estratificado o una combinación de este con cilíndrico ciliado.

No tiene vinculación con las piezas dentarias de las zona (incisivos). los cuales mantienen su vitalidad.

Tratamiento: Quirúrgico conservador y el pronóstico es excelente.

QUISTES ODONTOGENICOS.

Quiste dentigero.- Rodea a la corona de un diente no salido de la dentadura regular, supernumeraria, se origina por alteración del epitelio reducido del esmalte después que la corona dental se ha formado completamente. Hay acumulación de líquido entre este epitelio y la corona del diente. 4 de Cada 500 pacientes los tienen y siempre están asociados a la corona de un diente retenido, tiene potencialidad de transformarse en una lesión agresiva. La lesión quística en un tercer molar inferior retenido puede producir el "ahuecamiento" de toda la rama ascendente hasta la apófisis coronoides y cóndilo. Thoma clasifico quistes dentigeros en tipo central, lateral y circunferencial.

En el quiste central se mueven en dirección opuesta a su fuerza normal de erupción. En el tipo lateral el quiste se desarrolla en el lado mesial o distal del diente envolviendo solo una porción del diente (corona).

En el tipo circunferencial, el órgano del esmalte entero alrededor del cuello del diente se hace quístico, permitiendo muchas veces la erupción del diente a través del quiste (como si fuera a través de un agujero en un buñuelo). Cuando la cavidad quística circuncoronaria contiene sangre, es de color

violeta o rojo oscuro, se le conoce con el nombre de "hematoma del brote".

Los quistes dentigeros suelen ser solitarios, también pueden estar asociados a disostosis cleido craneal., pueden provocar una considerable dilatación, generalmente indolora. Características radiograficas.- El examen revelará una zona radiolucida. De manera vinculada con la corona de un diente no brotado. Histologicamente, se compone de una delgada pared de tejido conectivo con espesor escaso de epitelio esc. Infiltración de células inflamatorias en tejido conectivo es común.

El contenido del quiste es un líquido amarillo acuoso, poco espeso a veces con un poco de sangre.

Tratamiento: Esta regido por el tamaño de la lesión. Las lesiones pequeñas pueden ser enucleadas por cirugía en su totalidad. con poca dificultad, las de mayor tamaño, que producen pérdida ósea importante suelen ser tratadas mediante inserción de un drenaje quirurgico o marsupialización, pueden exisitir complicaciones, además posibles recidivas .

Quiste periodontal lateral.

Quiste raro pero bien reconocido. Se forma directamente en ligamento periodontal, de restos de Malassez, aunque también se le da un origen traumático.

Características clínicas. La mayor parte de estos quistes aparecen en la zona de premolares inferiores. La mayor parte no presenta complicación clínica y son descubiertos durante exámenes radiográficos de rutina la cual presenta una zona radiolúcida en aposición a la superficie lateral de una raíz dental. Bordes bien definidos a veces rodeada de una delgada capa de hueso esclerótico.

Histológicamente.- Saco hueco con una pared de tejido conectivo revestido en la superficie interna de una capa de epitelio escamoso estratificado. Puede haber células inflamatorias en la pared conectiva, pero esto solo en una reacción secundaria.

Tratamiento: Enucleación quirúrgica conservadora, no existe recidiva y el pronóstico es excelente.

Quiste primordial.-

Este es uno de los tipos menos comunes de quistes odontogénos, es un quiste derivado del órgano del esmalte antes de la formación de los tejidos dentales.

Se encuentra en lugar de un diente y no directamente asociado a él. Se encuentra con más frecuencia en el lugar del tercer molar maxilar inferior. Pueden ser uniloculares o multiloculares.

Característica clínica: Varía ampliamente de tamaño, posee potencial para expandir hueso y desplazar los dientes adyacentes

por presión, no es doloroso a excepción de que se infecte.

Características radiográficas.- Aparece como una lesión radiolúcida redonda u oval y bien delimita, puede tener borde esclerótico. Se localiza debajo de las raíces dentales, entre ellas o cerca de la cresta del reborde en el lugar de un diente ausente en forma congénita, en particular de un tercer molar superior o inferior. Histológicamente: epitelio escamoso estratificado, que suele presentar paraqueratina, u ortoqueratina.

Tratamiento: Enucleación quirúrgica con cureteado a fondo del hueso.

El índice de recidiva es elevado.

Queratoquiste.- Muchos son los quistes que presentan queratinización del epitelio de revestimiento, incluidos los no odontogénicos como fisurales y dermoide-epidermoide, aunque es considerado como un quiste primordial específico. El queratoquiste odontogénico se origina a cualquier edad la edad promedio es de 35 años, 79 / 100 en mandíbula y 21 / 100 en maxilar, y 50 / 100 en la zona del tercer molar inferior y rama ascendente.

Entre los rasgos comunes se hallan: dolor, hinchazón del tejido blando y expansión del hueso.

Los queratoquistes odontogénicos están caracterizados por la presencia de un material espeso, cremoso, caseoso que llena la cavidad.

Características radiográficas. La lesión puede aparecer como una imagen radiolúcida unilocular o multilocular, con borde escler-

ótico. A veces, la cercanía de las raíces de los dientes adyacentes

favorece la resorción de estas. Características

histológicas.-la pared quística suele ser delgada salvo que haya habido una infección sobreagregada. El epitelio es de tipo escamoso estratificado, generalmente con paraqueratosis. Tratamiento y pronóstico: El queratoquiste ha de ser eliminado por cirugía.

Sin embargo la experiencia clínica ha enseñado que la erradicación completa del quiste es difícil por que la pared quística es friable y se fragmenta con facilidad.

El rasgo más importante del queratoquiste odontogéno , su extraordinario índice de recidiva.

Se siguen tres técnicas de tratamiento:

1) marsupialización , 2) enucleación y cierre primario y 3) enucleación , mantenimiento abierto por empaquetamiento.

Queratoquiste múltiples de los maxilares, carcinomas basocelulares

nevoides cutáneos múltiples y anomalías esqueléticas.

(Síndrome de Gorlin-goltz) .

La asociación de queratoquistes múltiples con carcinoma basocelular nevoide cutáneo múltiple y numerosas anomalías esqueléticas es un síndrome conocido. Aparece probablemente en 1 de cada 200 individuos con carcinoma basocelular nevoide cutáneo múltiple. Es transmitido por un gen dominante

autosómico con una elevada expresividad muy variable. Es frecuente una prominencia frontal temporo-parietal que da a el cráneo un aspecto pagetoide. Los ojos parecen hundidos y el puente nasal ensanchado exhibiendo muchos de los pacientes un leve hipertelorismo ocular o distopia de los cantos

La mayoría de los pacientes presentan un leve prognatismo del maxilar. La piel está invadida por numerosos carcinomas -celulares, algunos de los cuales aumentan su malignidad. Suelen aparecer en personas jóvenes muchas veces en regiones no expuestas a luz solar. Son tan frecuentes los milios, una peculiar disqueratosis palmar y plantar y diminutos depósitos de calcio en la piel.

A menudo existen costillas bifurcadas y aplanadas, cifoscoliosis, fusión de vértebras y espina bifida.

En los maxilares hay numerosos quistes cuyo tamaño varía entre microscopio y un diámetro de varios centímetros.

Quiste óseo aneurismático.

Lesión ósea benigna, no presenta cubierta epitelio, puede originarse en mandíbula, maxilar o en otros huesos, es más común en huesos largos y en vértebras. La etiología no es clara, pero siempre hay referencias de lesiones óseas. Se cree que la lesión inicial es vascular arteriovenosa. Frecuentemente relacionada con fibroma

osificante o un hemangioma. No parece haber predilección de sexo aparece en jóvenes menores de 30 años, afecta más a la mandíbula. Características clin.- Se presenta dolor, tumoración firme no pulsátil. Histológicamente, sobresalen los espacios vasculares, pueden estar obliterados por degeneración hialina y trombos, células gigantes multinucleadas, eritrocitos y hemosiderina y esto puede llevar a un diagnóstico diferencial con el granuloma de células gigantes.

Radiográficamente aparece como una radiotransparencia unilocular o multilocular que abomba la corteza.

Diagnóstico dif.- Cuando se localiza en la parte posterior de la mandíbula, el diagnóstico incluirá ameloblastoma, granuloma de células gigantes.

Tratamiento:- El curetaje acompañado de abordaje extrabucal o también la crioterapia.

Es importante el seguimiento clínico por la posibilidad de recurrencia Quiste óseo traumático (simple).

Carece de cubierta epitelial, es muy poco frecuente en

maxilares, siendo más relativo en otros huesos largos.

Se le conoce también con otros nombres : quiste óseo solitario, quiste óseo hemorrágico, quiste, quiste óseo unilocular, quiste óseo simple, y cavidad ósea progresiva.

Se desconoce la etiología de la lesión, pero se acepta que más de la mitad de los casos está asociado con antecedentes de trauma.

Características clínicas.- Aparece durante la primera y segunda década 60% de los casos más en varones. La localización más frecuente es el cuerpo del maxilar inferior entre el canino y la rama (zona que normalmente contiene médula hematopoyética) Histológicamente se encuentra tejido conectivo laxo en forma de una delgada película. Radiográficamente se observa una zona radiolúcida bien delimitada con bordes irregulares pero definidos. En más del 70 % de los casos la lesión envuelve a las raíces de los dientes. Tratamiento: Se debe provocar una hemorragia para que se produzca la reparación ósea y así disminuir la posibilidad de recurrencia.

Cavidad de Stafne. (quiste óseo- estático).

Edad desde 33 años hasta 72, predilección mujeres. Por lo

general se descubre en los exámenes radiograficos dentales. Es una depresión de la glándula salival submaxilar. La lesión es una radiolucidez oval bien circunscripta con cortical, ubicada en la zona del segundo y tercer molar inferior, no es un verdadero quiste, sino un defecto asimétrico del desarrollo en el maxilar inferior en el surco hecho por la arteria facial donde cruza el hueso o cerca del mismo. El tamaño de la cavidad varia entre 1 cm hasta 2 cm. A menudo bilateral, semicircular, con apertura inferior o algunas veces elípticas o redondeado e incluso dentro del hueso, un poco por encima del borde inferior del maxilar inferior. Histologicamente: Restos de glándulas submaxilar, aunque tambien no se encontro nada en algunos casos. Tratamiento: Solo cuando fuera necesario, cirugía plastica.

Defecto osteoporotico focal de médula ósea.

Esta es una lesión poco frecuente que aparece como una radiolucidez en zonas alejadas a la médula ósea hematopoyetica como el angulo de la mandibula y la tuberosidad del maxilar. Cerca del 70% de los casos ocurren en la mandibula posterior y, también el 70 % de los acasos afecta a mujeres.

La etiología de la lesión es desconocida aunque existen ciertas teorías. La primera que se debe a una alteración de la

cicatrización posterior a la extracción de un diente en la zona afectada; otra de las teorías establece que se debe a persistencia de restos residuales de médula ósea fetal en el adulto, que se manifiesta como una lesión radiolúcida. Histologicamente en todos los casos se encontró médula hematopoyética celular. Con una proporción de células y grasa de 1:1. En la médula celular pueden observarse pequeños agregados linfoides y megacariocitos.

El diagnóstico diferencial incluye osteomielitis, quiste traumático de hueso y ameloblastoma. Después de una biopsia para establecer un correcto diagnóstico, no se requiere tratamiento. La continuidad clínica es importante, para evitar posibles recurrencias.

Quiste cilizado quirúrgico.

Edad: adultos. Sexo: no hay predilección.

Después de una operación de Caldwell-Luc, pueden quedar atrapados en el sitio quirúrgico en el maxilar superior, fragmentos de la cubierta epitelial del seno. Si este epitelio sufre una proliferación quística benigna, podrá apreciarse en el

maxilar superior una radiolucidez unilocular bien delineada. La lesión se encuentra dentro del hueso alveolar subyacente al piso antral y generalmente está confinada a una zona desdentada o interradicular en la región posterior del maxilar superior. Puede existir molestia o dolor .

Histologicamente: El quiste esta recubierto por epitelio ciliado-columnar pseudoestratificado, la pared de tejido conectivo puede

presentar un infiltrado celular inflamatorio.

Diagnóstico diferencial. Por su ubicación, el quiste ciliado quirúrgico puede parecerse a un un quiste periodontal, a un quiste odontogéno residual o a una extensión baja del seno.

La historia de una cirugía previa, junto con la biopsia permitirán un diagnóstico definitivo.

Quiste residual.

Edad: adultos1 Sexo: no hay predilección.

Constituye cualquier tipo de quiste odontogéno que persista en el hue-

so después que el diente al que estaba asociado fue extraído.

Por lo tanto, un quiste residual puede presentar un quiste periodontal apical si se extrajo un diente necrotico, o puede representar un quiste dentigero si el diente extraído estaba

retenido.

Radiograficamente la lesión es una radiolucidez bien circunscripta a menudo con cortical, ubicada en una zona desdentada, ocupada una vez por un diente. Histologicamente estan recubiertos por epitelio escamoso estratificado no cornificado que puede contener cuerpos hialinos dentro de la capa de células espinosas.

La pared Fibrosa muestra generalmente un infiltrado celular inflamatorio. Diagnóstico diferencial. El quiste residual se confunde facilmente desde el punto de vista radiográfico, con el quiste primordial. Este último aparece en relación con un diente extraído. El quiste residual puede confundirse también radiograficamente con el queratquiste el quiste periodontal lateral y el quiste odontogéno epitelial calcificante. Se requiere biopsia para llegar a un diagnóstico definitivo. Tratamiento: La enucleación quirúrgica o el curetaje es el tratamiento de elección.

Quistes de cabeza y cuello.

Contenido tematico.

1.-Conceptos básicos.2.- Mecanismos en la formación de quistes.-Quistes del desarrollo. a) Tejidos blandos. Quiste

nasoalveolar. quiste epidermoide y dermoide. Quiste linfoepitelial. Quiste del conducto tirogloso. b) Intraóseos.

Globulomaxilar. Palatino medio. Nasopalatino. Mandibular medio. 4.- Quistes odontogénicos. a) Dentigero o folicular. b) Lateral periodontal. c) Primordial. d) queratoquiste (Síndrome de Gorlin-Goltz de la erupción gingival del niño y del adulto y periapical inflamatorio).

- Pseudoquistes. a) Oseo aneurismático. b) Oseo estatico.
(Cavidad de Stafne). c) Oseo traumático . d) Defecto
osteoporótico de médula ósea.6.- Iatrogénicos. a) Quiste
ciliado quirúrgico. b) Quiste residual

Diap. 1.-Quistes de cabeza y cuello. 2.--Quiste es una
cavidad tapizada por epitelio

Puede estar situada dentro o superficial en hueso y provocar
una depresión. La proliferación y degeneración del epitelio da
lugar a los quistes odontogénicos.

3.- Quistes odontogénicos.

1.- Quiste dentigero.

2.- Quiste de erupción.

3.- Quiste gingival del recién nacido.

4.- Quistes periodontal y gingival lateral.5.- Quiste
odontogénico queratinizante.--Quiste radicular.7.-
Queratoquiste odontogénicos. a) quiste primordial b) Síndrome
de Gorlin- Goltz .

4.- Los quistes no odontogénicos derivan de los restos
epiteliales del tejido que cubre los procesos pri_
mitivos que participan en la formación de la cara.--También son
llamados quistes fisurales.

5.- Quistes no odontogénicos.

6.- Quistes no odontogénicos.

(fisurales)

Globulomaxilar. nasoalveolar. nasopalatino. mandibular mediano. dermoide y epidermoide.- Los quistes del cuello, suelo de la boca y glándulas salivales forman un grupo heterogéneo. El quiste tirogloso se incluye en los quistes del cuello.

8.- Quistes del cuello, piso de boca y glándulas salivales.

1.- Quiste del conducto tirogloso. 2.- Quiste linfoepitelial.

3.- Quistes bucales. 4.- Quiste de la glándula salival.

9.- Los pseudoquistes de los maxilares no están tapizados por epitelio.

Pseudoquistes de los maxilares. 1.- Quiste óseo aneurismático.

2.- Quiste óseo estático. 3.- Quiste óseo traumático (hemorrágico).

10.- Los quistes se manifiestan clínicamente a causa de su expansión dentro del tejido circundante. Puede formar una depresión.

11.- Pueden descargar su contenido dentro de la cavidad bucal y aparecer una infección secundaria. La localización de la tumefacción da un indicio importante sobre la naturaleza del quiste.

12.- Los quistes de los maxilares no suelen provocar dolor. la

vitalidad de los dientes proximos a un quiste no infectado no se altera.

13.- Quiste Nasopalveolar.

14.- Quiste nasopalveolar (Quiste de Klestadt) Deriva de restos epiteliales. Situado en el lugar de fijación del ala de la nariz. Puede producir una hinchazón. 4a y 5a década.

15.- Hx: Tapizada por epitelio respiratorio o escamoso es-
tratificado. Tratamiento: Quirurgico.

16.- Quiste epidermoide y dermoide. Forma de teratoma
quistico, principalmente epitelio germinal embrionario. Hx:
Epitelio escamoso estratificado queratinizante. Apéndices
cutáneos, folículos pilosos, glándulas sudoríparas o sebáceas.

17.- Clx: Raras veces estan presentes en piso de boca. Adultos
jovenes no hay predilección de sexo. Tx: Enucleación
quirúrgica.

18.- Quiste linfoepitelial.(quiste de la hendidura branquial)
Origen enclavamiento de elementos de un conducto salival
situado en el ángulo del maxilar inferior. Generalmente sobre
la vaina carotidea.

19.- Clx: Adultos jovenes. Duración de semanas a años. Masa
movible asintomática y circunscrita, zona lateral del cuello.
Crecimiento lento. Angulo mandibular.

20._ Hx: Tapizado de epitelio escamoso estratificado. Puede contener liquido acuoso claro o material mucosoide gelatinoso espeso.

21._ Tratamiento: Remoción quirúrgica. Hay recidiva.

22._ Quiste del conducto tirogloso. Quiste del desarrollo. Se forma en cualquier punto a lo largo del conducto tirogloso embrionario entre el agujero ciego y la masa cervical blanda, movable.

Sensibles a la presión. Suele levantarse al deglutir o al sacar la lengua.

No hay predilección de sexo.

Hx: Epitelio escamoso estratificado.

Tx: Quirúrgico.

23.-Intraóseos. 24 .- Quiste globulomaxilar . Se encuentra dentro del hueso en la unión de la porción globular de la apófisis nasal media y la apófisis maxilar . 2a y 3a década No hay predilección de sexo .

Clx: Raras veces da manifestaciones clinicas. Puede causar un agrandamiento del maxilar superior o una deformación del seno maxilar. Rx: Zona radiolucida piriforme invertida, entre las raíces del incisivo central y el canino. Puede producir la divergencia de las raíces.

26.- Diag.dif. Quiste periodontal. Hx: epitelio escamoso estratificado. Tx: Enucleación quirúrgica.

27.- Quiste palatino medio.

Origen: epitelio atrapado línea de las apófisis palatinas del maxilar. Puede producir una hinchazón. Hx: epitelio escamoso estratificado. Infiltrado celular inflamatorio. Tx: Quirúrgico. Puede haber recidiva.

28.- Quiste nasopalatino. (maxilares anteriores med.). Origen: restos epiteliales del conducto nasopalatino. Se incluyen los quistes del conducto incisivo y los de la papila palatina. 1/100 pacientes. Sin distinción de sexo.

29.- Clx: Agrandamiento de la línea media del paladar. Rx. Zona radiolúcida redonda, oval o acorazonada simétrica y bilateral, bien delimitada, puede haber divergencia de las raíces. Hx: Epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado pseudoestratificado, infiltrado celular inflamatorio. 30.- Diag. dif. quiste periodontal. Tratamiento: la excisión quirúrgica puede estar contraindicada.

31. Quiste mandibular medio. lesión rara, se produce en la línea media de la mandíbula. En cualquier punto a lo largo de

la línea de fusión.

32.- Clx: Asintomática. Rx: Imagen radiolúcida unilocular, bien delimitada multilocular. Hx: Epitelio escamoso estratificado. Tx: excisión quirúrgica.33.- Quiste mandibular mediano. Entidad dudosa. Quiste fisural. Degeneración quística de germen dentario.34. - Quistes odontogénicos.35.- Quiste dentigero. Rodea a la corona de un diente no erupcionado. Origen: alteración del epitelio del esmalte. 4/500 pacientes los tienen. Siempre esta asociado a la corona de un diente retenido.

36.-Quistes dentigeros. central lateral circunferencial.

37.- Quiste central.- Dirección opuesta a la de su fuerza normal de erupción. Quiste lateral.- Se desarrolla lado mesial o distal del diente. Quiste circunferencial.- El órgano del esmalte entero alrededor del cuello del diente se hace quístico.

38.- Clx: Asociados a disostosis cleidocraneal. Dilatación indolora.

Rx: Radiolúcida.

39.- Hx: Pared de tejido conectivo, capa de espesor escaso de epitelio escamoso. Células inflamatorias. El contenido del

quiste , amarillo acuoso, poco espeso, a veces con un poco de sangre. Tx: Regido por el tamaño de la lesión.

40.- Quiste periodontal lateral. Es un quiste raro, pero reconocido. Se forma en el ligamento periodontal. También se le da un origen traumático.

41.- Clx: Premolares inferiores. no presenta complicaciones clínicas. Rx: zona radiolúcida, bordes bien definidos. Hx: Tejido conectivo revestido.

42. Tx: Enucleación quirúrgica. Pronóstico: No existe recidiva. 43.- Quiste primordial . Derivado del órgano del esmalte antes de la formación de los tejidos dentales. Ser molar inferior.

44.- Rx: Unilocular o multilocular , radiolúcida, borde esc. Clx: Varía de tamaño. Expande hueso. Desplazamiento de dientes. Indoloro.

Hx: Epitelio escamoso estratificado, paraqueratina, ortoqueratina. Tx: Enucleación quirúrgica. La recidiva es alta.

45.- Queratoquiste. Cualquier edad. 79/ 100 mandíbula. 21/ 100 maxilar. 50/ 100 tercer molar inferior.

46.- Dolor, hinchazón del tejido blando y expansión del hueso. Material espeso, cremoso, caseoso. Rx: Radiolúcida, unilocular, multilocular.

47.- HX; Epitelio escamoso estratificado, generalmente con paraqueratosis. Tx: Quirúrgico. Pronóstico: La recidiva es alta.

48.- Queratoquistes múltiples de los maxilares, carcinomas basocelulares nevoides cutáneos múltiples y anomalías esqueléticas. (síndrome de Gorlin-Goltz).

Gen dominante autosómico. Prominencia frontal temporoparietal. Prognatismo.

49.- Disqueratosis palmar y plantar. Costillas bifurcadas y aplanadas, cifoscoliosis, fusión de vertebras, espina bifida. Numerosos quistes.

50.- Quiste óseo aneurismático. Lesión ósea benigna, no presenta cubierta epitelial, puede originarse en mandíbula. Más común en huesos largos.

51.- Etiología desconocida, referencia de lesiones óseas. Relacionado con fibroma osificante o un hemangioma. Sin predilección de sexo. 3a década. Maxilar inferior. Clx: Dolor,

tumoración firme.

52.- Hx: Espacios vasculares, obliterados por degeneración hialina, células gigantes multinucleadas, eritrocitos y hemosiderina. Rx: Radiotransparencia unilocular o multilocular

53.- Diag . dif. Ameloblastoma, granuloma de células gigantes. Tx: Curetaje, crioterapia. Pronóstico.- Posible recurrencia.

54.- Quiste óseo traumático. (simple). Más relativo en huesos largos. Etiología desconocida. Asociado a trauma. Cix: 1a, 2a década. 60 % Sexo masculino.

55.- Cuerpo del maxilar inferior entre el canino y la rama. Hx: Tejido conectivo laxo. Rx: Radiolucida, bordes irregulares. Tx: Provocar hemorragia.

56.- Cavity de Stafne. (quiste óseo estatico). Predilección mujeres . Depresión de la glándula salival submaxilar. Defecto asimétrico del desarrollo en el maxilar inferior.

57.- Rx: Radiolucida, oval bien circunscrita, ubicada en la zona del segundo y tercero molar inferior. Hx: Restos de glándula submaxilar. Tx: Cirugía plástica. (solo en casos).

58.- Defecto osteoporótico focal de médula ósea. Lesión poco frecuente. Etiología desconocida. Existen ciertas teorías 70% ocurren en la mandíbula.

70% sexo femenino.

59.- RX: Radiolúcida. Hx: Médula hematopoyética. Diag. dif. Osteomielitis, quiste traumático, ameloblastoma. Tx: Después de una biopsia, no se requiera tratamiento.

60.- Iatrogénicos .

61.- Quiste ciliado quirúrgico. Posterior a intervención quirúrgica. Puede existir molestia o dolor. Hx: Epitelio ciliado columnar pseudoestratificado. infiltrado celular inflamatorio.

62.- Diag. dif. Quiste periodontal, residual. Tx: Remoción quirúrgica.

63.- Quiste residual. Constituye cualquier tipo de quiste odontogéno que persista en el hueso después que el diente al que estaba asociado fue extraído.

64.- Rx: Radiolucida, circunscrita. HX: Epitelio escamoso. estratificado no cornificado. infiltrado celular inflamatorio. Diag. dif. Quiste primordial, queratoquiste, quiste periodontal. Tx: Enucleación quirurgica.

65.- Modo de crecimiento de los queratoquistes.

Scharfeetter. (1989) estudio la proliferación del epitelio y tejido conectivo de un queratoquiste por medio de autorradiografía y citofotometria de DNA.

66.- Los autores identificaron áreas de proliferación lenta y rapida. pared de tejido conectivo. Ahlfors y col. Propusieron podria ser neoplas maligno. Smith y col. Gliocosaminoglicanos. Acido hialuronico. Sulfato de heparina.

67.- Tomografia computarizada. Medidas exactas de la extensión de la lesión, localización de áreas de perforación.

68.- Técnica inmunohistoquímica. Anticuerpos monoclonales. Polipeptidos de citoqueratina. Eventos geneticos.

69.- Kuusela (1982) demostró Un antígeno en el fluido de los queratoquistes el cual no estaba presente en el fluido de otros tipos de quistes. Antígeno queratoquistico. (KCA).

70.- Douglas y Craig (1986) usaron técnicas inmunologicas. Lactoferrina. Smith y col. demostró que hay más IgA en el

Bibliografía.

- 1.- Pindborg, Atlas de enfermedades de la mucosa oral, Salvat Editores, Barcelona 1981. 3a Edición.
- 2._ Bhaskar, S . et al: Patología Bucal, México, D.F., Edit. Ateneo, 1974.
- 3.- Eversole, L.R.: Clinical Outline of Oral Pathology, Diagnosis- and treatment, Lea and Febiger, Philadelphia. 1978.
- 4._ Leeson, T.S. et al: Texto/Atlas de Histología, México D.F., Edit. Interamericana, Mc Graw-Hill, 1990.
- 5.- Thoma, K. H. et al: Patología oral, Salvat Editores. Barcelona 1973.
- 6._ Regezi, J.A. et al: Patología Bucal, México, D. F., Edit. Interamericana, Mc Graw -Hill, 1991.
- 7.- Shafer, W. G. et al: Patología bucal, México, D. F., Edit. Interamericana, 1977. 3a Edición.

8.- Portilla, R.J.: Texto de patologia oral, México, D.F.,
Ed. Ateneo 1990.

9.- Neville, W. B. et al: Color Atlas of Clinical Oral Pathology, Lea and Febiger, Philadelphia, London, 1991.

10.- Cawson E.: Oral Pathology and Diagnosis Color Atlas with Integrated Text, W.B. Saunders Company, 19920.

11.- Mosqueda, T. A et al: Los factores de expansión en los quistes odontogénicos . Practica odontologica, Vol.6 No 7. Julio-Agosto 1985. Pag-13-14-16-17-20.

12.- Mervyn, S.: Developmental odontogenic cysts-an update. July- 30 1992 . pp- 1-14.

Modo de crecimiento de los Queratoquistes.

Schatfetter. (1989) estudio la proliferación del epitelio y tejido conectivo de un queratoquiste por medio de autorradiografía y citofotometria de DNA en secciones seriadas mostradas en áreas numerosas. Estos fueron comparados con los patrones de proliferación en un quiste radicular estudiado del mismo modo. El epitelio del queratoquiste mostro una cantidad más alta de proliferación que el quiste radicular.

El marcador promedio fue también más alto en el queratoquiste que en el radicular. Se identificaron las áreas de proliferación, lenta y rapida en diferentes partes del epitelio

del queratoquiste y en diferentes planos de sección.

También se demostro que la pared del tejido conectivo mostraba ambas áreas de proliferación, mientras tanto la pared del tejido conectivo del quiste radicular presento un marcador más bajo. Se concluyo que la expansión pasiva del tejido conectivo del quiste como una reacción al crecimiento de los queratoquistes era improbable.

Los autores pensaron que el crecimiento invasivo de los queratoquistes era probablemente el resultado del crecimiento activo de la pared de tejido conectivo.

Ahlfors y col. (1984) habian postulado algo similar cuando ellos propusieron que el queratoquiste podria ser considerado

como un neoplasma maligno. Ellos prestaron atención a la involucración de la línea epitelial hacia la capsula y sugirieron que esto era el resultado de la proliferación epitelial activa acompañada por actividad colagenolitica dentro de la capsula fibrosa y la resorción del hueso.

Smith y co. (1984,1986) habian reportado una serie de tres estudios en la presencia y papel de los glicosaminoglicanos en quistes odontogénicos ,incluyendo queratoquistes. En todos los tipos de quistes, el ácido hialuronico fue el aminoglicano predominante. La heparina y la condroitina 4_sulfato estuvieron presentes en cantidades substanciales,el sulfato de heparina mostro una alta incidencia y abundancia en los queratoquistes que los otros quistes.

Células en empalizada estuvieron esparcidas en el tejido conectivo de todos los tipos de quistes particularmente adyacente al epitelio y fueron probablemente la fuente de la heparina.

La permeabilidad epitelial,sugieren los autores que podria probablemente pasar de las pequeñas cadenas de glicosaminoglicanos hacia el fluido luminal.

Ellos concluyen que la relación de estas moléculas hacia el fluido luminal puede contribuir significativamente las presiones hidrostaticas y osmoticas , aumentando a la expansión de crecimiento de los quistes odontogénicos.

Radiologicamente:

Mientras algunos queratoquistes aparecen como dentigeros en las radiografias son en realidad queratoquistes en envoltura, muy o_ casionalmente el forro de un quiste en un dentigero verdadero y puede ser identico que el de un queratoquiste.