

122
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**"LESIONES QUISTICAS DE LOS MAXILARES
A PARTIR DE ESTRUCTURAS ODONTOGENICAS"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

GERARDO J. GUADALUPE GOMEZ BALLESTEROS

DIRECTOR DE TESIS

C.D.M.O. ALEJANDRO MIRANDA GOMEZ

México, D. F.

1994

**TESIS CON
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.

I N D I C E

INTRODUCCION			1
CAPITULO	I	CLASIFICACION DE QUISTES (Factores de Crecimiento)	9
CAPITULO	II	DESARROLLO Y CRECIMIENTO DEL DIENTE (Odontogenesis)	10
CAPITULO	III	QUISTES ODONTOGENICOS	
	3.1	QUISTE PRIMORDIAL	17
	3.2	QUISTE DENTIGERO FOLICULAR	21
	3.3	QUISTE DE ERUPCION	23
	3.4	QUISTE PARODONTAL APICAL	26
	3.5	QUISTE PARODONTAL LATERAL	30
	3.6	QUISTE GIGIVAL (Quiste gingival del recién nacido).	33
	3.7	QUISTE GINGIVAL DEL ADULTO	35
	3.8	QUERATOQUISTE ODONTOGENO	40
	3.9	SINDROME DE NEVO DE CELULAS BASALES (Costilla Bifida)	43
	3.10	QUISTE ODONTOGENO CALSIFICANTE (C. O. C.)	46
	3.11	QUISTE BOTROIDE	51
CAPITULO	IV	PATOGENESIS QUISTICA	52
CONCLUSIONES			55
BIBLIOGRAFIA			56

A Dios:

Por que siempre lo he encontrado en mi camino,
en los momentos más difíciles de mi vida.

A mi Facultad:

Por que me siento orgulloso de haber pertenecido a ella,
ya que me enseñó el camino de la verdad.

A mis Padres:

Sr. Vicente Gómez Chapa.

Por enseñarme el camino del trabajo y la honradez.

Por su fuerza de voluntad que ha demostrado en el
transcurso de su vida.

Sra. Imelda Ballesteros Zerón (En su memoria)

Por que siempre te recordaré, como lo más valioso y
sagrado que he tenido en mi vida.

Por que gracias a tu recuerdo, hoy cumplo una promesa
que te hice cuando niño.

Donde quiera que estes: " GRACIAS MADRE "

A mis Maestros:

Con gratitud, por sus conocimientos ya que sin ellos
no lograre mi meta.

Al Dr. Alejandro Miranda Gómez:

Con gratitud y respeto, por su valioso apoyo en el
proceso de mi tesis. " GRACIAS DR. "

A mi Esposa:

Sra. Maria de Jesus Pereyra Cruz

Por su cariño:

Que lo he encontrado siempre y sin ningún
intrés.

Por que me ha dado su tiempo, su espacio
su comprensión y apoyo.

Por esos momentos maravillosos que hemos pasado
y también por los más difíciles.

Por que nos hemos comprendido siempre.

Por todo esto "GRACIAS"

TE QUIERO

A mis Hermanos:

Herlinda:

Por ser una profesional, Dedicada y Respetable

Teresa: (En su memoria)

Por que en su corto tiempo de vida, me enseñó
como se debe respetar a una mujer.

Estela:

Por esos consejos que siempre llevo en mi
mente, ya que rigen la normatividad de mi vida

Martha:

Por esa valentía que tuvo para ser Madre.

Por ser tan trabajadora.

Y por tener una hija maravillosa.

Ma. de la Luz

Por ser la hermana que mas quiero

Por que dentro de su vida rutinaria siempre
ha tenido un gran corazón.

Vicente:

Por ser ; Amigo, Confidente y consejero.

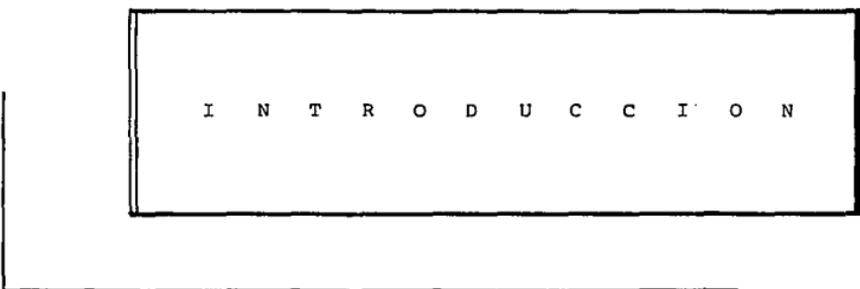
En conjunto por ser un exelente hermano.

Jesus:

Por su tenacidad para enfrentarse a la vida.

Hector:

Por esa suerte maravillosa, de ser el hijo
predilecto de mi padre.



I N T R O D U C C I O N

I N T R O D U C C I O N

Los quistes constituyen un problema de gran importancia en la práctica odontológica moderna, principalmente los de la región craneo facial. Muchas ocasiones no son detectados a tiempo debido a que carecen de sintomatología o signos clínicos evidentes y sólo se descubren cuando se realiza un examen radiográfico de rutina.

Se empezará por definir lo que es un quiste, su clasificación y factores de crecimiento, descripción de algunos diferentes tipos de quistes.

De igual manera se describirán las características clínicas, radiográficas y diferenciales, así como sus tratamientos a seleccionar, como puede ser desde un curetaje cauterización, enucleación o marsupialización.

Al hablar de un quiste, nos referimos a una cavidad patológica de forma redonda, constituida por una pared externa de tejido conectivo fibroso denso de haces de fibras colágenas, dispuestas concéntricamente, para que en la parte más adyacente al hueso aumente gradualmente su vascularización.

Su pared interna está formada por un tapiz epitelial de una o más capas que se interrumpen en varios puntos. (1)

La cavidad quística contiene material líquido o semilíquido de color blanco, transparente o turbio, que cuando se infecta se convierte en purulento y más denso cuando existe hemorragia en el contenido quístico.

Frecuentemente aparecen cristales de sustancias lipídicas, especialmente de colessterina, que se producen apartir del metabo - lismo de la pared quistica.

Los quistes se pueden localizar en tejidos blandos, en el hueso o en una superficie ósea. Dentro de los maxilares pueden tener su origen en el epitelio odontogénico (restos de la lamina dental o del esmalte de los dientes). Los quistes de los maxilares no pueden provocar dolor, a no ser de que se infecten. La vitalidad de los dientes próximos a un quiste no infectado no se altera incluso cuando éste es grande, y el soporte óseo se haya perdido en gran parte, y en caso de que el quiste esté infectado. puede existir una pérdida temporal de la respuesta vital en los dientes adyacentes a quistes infectados. (4)

La proliferación y degeneración quistica del epitelio - odontogenico da lugar a los quistes odontogenicos que se estudiaran acontinuación.

Los quistes odontogenicos constituyen un grupo heterogeneo de lesiones que se consideran responsables de un alto número de - cirurgias extensas, Esto se debe a su crecimiento progresivo lo que produce pérdida ósea importante y propensión a la -- fractura patológica e infeccion secundaria. (2)

C A P I T U L O I

" CLASIFICACION DE QUISTES "

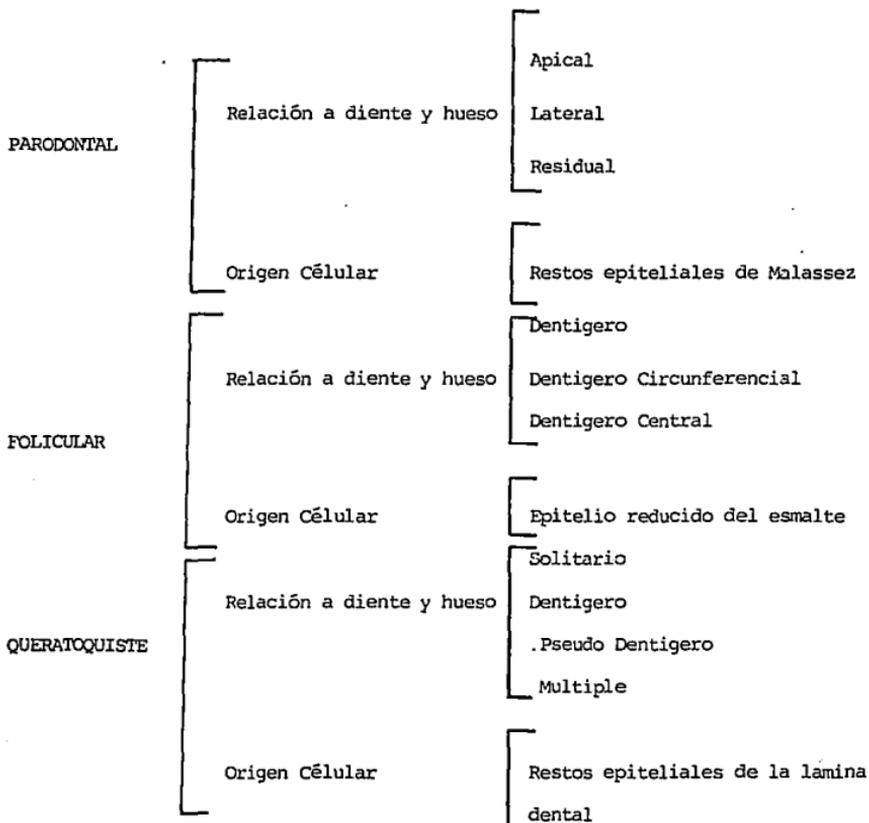
(Factores de Crecimiento)

La clasificación de los quistes odontogénos (u odontogénicos), se basan en dos conceptos a tratar.

1.- Relación con Dientes

2.- De Origen Célular

Con relación a estos conceptos existen tres grupos principales de quistes Odontogénicos:



Conociendo estos conceptos y las características de los quistes, se podrá llegar a un diagnóstico adecuado, en beneficio del paciente.

FACTORES DE CRECIMIENTO

(1.1)

En ocasiones los quistes permanecen pequeños produciendo poca o ninguna dilatación. Cuando el quiste se llega a dilatar, ejerce una estimulación en el periostio por la cual este deposita hueso nuevo, revelándose clínicamente como prominencia sin dolor. Al continuar la dilatación el hueso suprayacente se adelgasa y desaparece debido al aumento de volumen, quedando el quiste cubierto sólo por la mucosa bucal. De esta manera puede descargar su contenido dentro de la cavidad bucal, reapareciendo como una infección secundaria.

Solo un pequeño porcentaje de los quistes atravieza todos estos estadios antes mencionados, como el radicular y el dentigero. Aunque los quistes radiculares y dentigeros aparecen en cualquier parte de la boca, los primeros se encuentran con frecuencia en los dientes anteriores, mientras que los segundos rodean más amenudo las coronas de caninos maxilares impactados y terceros molares o premolares inferiores.

El quiste primordial esta generalmente localizado en la zona del tercer molar inferior y de ahí a veces se extiende a la rama de la mandíbula. La forma de los quistes mandibulares se abultan en dirección labio-bucal, excepto los situados en la zona del tercer molar que muchas veces se dilatan en dirección lingual a causa de que la placa cortical es más delgada en ésta zona. (2)

Se derivan de los restos epiteliales con potencial odontogénico, permaneciendo en el interior de los maxilares, dando origen a los quistes y tumores odontogénicos. Estos son:

1.- Los restos epiteliales de Serres, organizándose por una desintegración de la lamina dental, una vez desarrollado el estadio de campana del órgano del esmalte, pudiéndose originar los queratocistes y el quiste gingival.

2.- El epitelio reducido del esmalte que no presenta el remanente del órgano del esmalte (ameloblastos postfuncionales y estrato intermedio), una vez concluida la amelogénesis y el desarrollo completo de la corona, da la formación de quistes foliculares y de erupción.

3.- Los restos epiteliales de Malassez, que se origina por la desintegración de la vaina radicular de Hertwing una vez iniciada la formación de la dentina radicular, va a dar origen a los quistes radiculares.

Los quistes odontogénicos tienen mecanismos involucrados para determinar su expansión y crecimiento.

1.- Proliferación epitelial: Se atribuye a algún crecimiento periférico, existiendo una división celular activa del revestimiento epitelial; presentando un mayor índice de mitosis que los revestimientos de otros quistes odontogénicos,

Main en 1970, demostro que éste indice es comparable al del epitelio del ameloblastoma o al de la lámina dental activa. De esto concluyo que el crecimiento mural es el principal responsable del crecimiento de los queratoquistes. A diferencia del quiste radicular, este no sufre aumento en el número de mitosis a menos que sea estimulado, y esto puede ser por cambios en el pH o en la tensión del bioxido de carbono.

Estos cambios surgen como consecuencia de un proceso de inflamación en el tejido conectivo que contiene restos celulares, particularmente por infección. Main comprobo esto al demostrar que el epitelio de quistes residuales presenta un indice de actividad mitótica menor que en los quistes radiculares, teniendo asi una notable influencia del estimulo inflamatorio.

Acumulación del contenido liquido y celular: Kramer sugirió que los queratoquistes se agrandan debido a la constante producción y acumulación de escamas de queratina dentro de la luz. A esto Kelley y colaboradores notaron que la masa interna del quiste no esta seca si no semisolidada, de ello se concluyó que los intersticios están llenos de liquido y por consecuencia la presión interna permanece distribuida igualmente.

Cresimiento Hidrostatico: Se debe a la distinción de la pared-quistica por acumulación de liquidos por uno o varios procesos.

a).- Secreción; Se observan células mucosecretoras en el revestimiento de quistes foliculares y parodontales, y en ocasiones en queratoquistes, contribuyendo a la acumulación del contenido intra-quistico.

b).- Transudación y Exudación: Esto se deriva del contenido de proteínas y la gravedad específica del líquido quístico, existiendo una transducción mediante la obstrucción de las venas intrafoliculares por efecto de la fuerza de una erupción impedida. A excepción de quiste radicular, todos los demás quistes pueden infectarse o inflamarse propiciándose la exudación como factor de importancia en la expansión de quistes inflamados.

Panel y Harris. Demostraron que la presencia de fibrina y colesterol en quistes dentígeros y radiculares, contribuyen a la formación del fluido quístico.

c).- Dialisis: El investigador Toller, demostró que la osmolaridad promedio de un líquido de quiste radicular y residual, es de 11 miliosmoles más alta que la del suero. atribuyéndose a la acumulación de proteínas de bajo peso molecular y a los productos liberados por células degeneradas del recubrimiento epitelial que proveen las pequeñas moléculas que incrementan la presión osmótica del líquido quístico.

Factores de Resorción ósea: Existen varias sustancias capaces de activar a los osteoclastos para efectuar la resorción ósea. entre ellas esta, vitamina D, hormona parotidea, el factor activo de los osteoclastos (linfoquina) y las prostaglandinas.

PROSTAGLANDINAS: Su origen es traves de los ácidos grasos modificados, descubiertos en 1935. se forman en cantidades variables en los tejidos de todo el cuerpo incluyendo vasos sanguíneos.

Estos son los resultados de la síntesis enzimática del ácido araquidónico y son mediadores de la reacción inflamatoria. Su fuente principal en cultivo de diferentes quistes odontogénicos es la capsula y su contenido leucocitario y vascular. La liberación de prostaglandinas se ve reducida en algunos quistes cuando se ha removido el epitelio previo al cultivo.

Su acción se da por el aumento controlado en la presión vascular ya que libera un factor de absorción de origen vascular, ya que el tono de arterias y venas es controlado por la síntesis de prostaglandina E y F dentro de sus paredes.

La actividad enzimática intracapsular se demostro mediante un cultivo quístico correspondiente al queratoquistye y quiste radicular, existiendo actividad colagenolitica, la cual ayuda a explicar la separación observada con frecuencia entre el tejido fibroso y el epitelio de los queratoquistes.

El papel de la colagenasa en el crecimiento quístico es desconocido.

Otra enzima que causa efecto en la pared fibrosa de los queratoquistes es la leucina amino-peptidasa que puede presentarse en la invasividad de unas neoplasias malignas.

C A P I T U L O I I

DESARROLLO Y CRECIMIENTO DEL DIENTE

(O d o n t o g e n e s i s)

DESARROLLO Y CRECIMIENTO DEL DIENTE
(Odontogenesis)

El órgano dentario produce, el esmalte y la papila dentinaria que a su vez origina a la pulpa y a la dentina, el saco dentinario forma el cemento y el ligamento parodontal.

El desarrollo del diente implica muchos procesos biológicos complejos, incluyendo las relaciones epiteliomesenquimatosas, la morfogenesis, la fibrogenesis y la mineralización.

Los procesos de éste desarrollo son: El ectomodeo o boca primitiva que histologicamente esta cubierta por epitelio primitivo de 2 o 3 capas que se ubican sobre un tejido conectivo embrionario que divide su origen en la cresta neural y se llama Ectomesenquima.

El Ectomesenquima consta de unas pocas células fusiformes separadas por una substancia gelatinosa. Que despues de 37 días de desarrollo, se forma una banda continua de epitelio que cubre la boca por la fución de placas separadas de un epitelio engrosado Esta banda de epitelio llamada "Banda epitelial primaria" origina rápidamente dos subdivisiones. (5)

A).- LAMINA DENTARIA: Que es la banda del ectodermo engrosado.

B).- LAMINA VESTIBULAR: Es la que se forma como resultado de la proliferación dentro del ectomesenquima.

Sus células se agrandan rapidamente y se degeneran para formar una hendidura que se convierte en el surco vestibular entre el carrillo y la zona dentinaria.

LAMINA DENTARIA

Dentro de la lámina dentaria y en ciertos puntos dentro de ella se desarrolla una actividad proliferativa intensa y localizada que da origen a la formación de una serie de sitios que corresponden a los 10 dientes desiguos del maxilar superior e inferior.

A partir de este momento en el desarrollo de los dientes se realizan 3 etapas que son: El estadio de Brote; El Estadio de Campana; y el Estadio de Casquete.

ESTADIO DE BROTE

Las células epiteliales, muestran poco o ningún cambio morfológico no así las células subyacentes del ectomesenquima, se hallan empaquetadas por debajo del epitelio de revestimiento y alrededor del brote epitelial.

Todo esto lo representa el primer crecimiento epitelial que se hace dentro del mesenquima de los maxilares.

ESTADIO DE CAMPANA

Este estadio se origina por el crecimiento continuo del germen dentario.

Se forman importantes cambios en el desarrollo que empiezan tardíamente en el estadio de casquete, y que continúan durante el crecimiento del germen dentario hasta llegar al estadio de campana.

Los cambios llamados de Histodiferenciación son los encargados de transformar a una masa de células epiteliales similares en componentes morfológicos distintos.

Se llama estadio de campana porque el órgano dental se asemeja a una campana conforme a la superficie inferior del casquete epitelial.

ESTADIO DE CASQUETE

(Desarrollo Proliferativo)

El proceso llamado condensación de ectomesenquima lo origina una onda local explosiva de actividad proliferativa en el desarrollo epitelial del organo dentario, desarrollandose asi el estadio de casquete.

En este periodo inicial de desarrollo, ya se pueden identificar los elementos informativos del diente y sus tejidos de sosten, ya que la condensación epitelial que asemeja un casquete colocado sobre la proliferación de ectomesenquima condensado se llama órgano dental. Que tiene como función formar el esmalte del diente. La masa esferica, de células ectomesenquimatosas condensadas se llama papila dental, y da origen a la formación de la pulpa y la dentina.

Por lo tanto el órgano dental, la papila dental, y el folículo dental, en conjunto constituyen el GERMEN DENTARIO.

A través de estos cambios llamados histodiferenciación, una masa de células epiteliales similares se transforma en componentes morfológicamente distintos.

Las células ubicadas en el centro del órgano dental se siguen sintetizando y segregando un mucopolisacárido ácido en el comportamiento extracelular entre las células epiteliales, Los mucopolisacaridos acidos son hidrofílicos, de modo que traen este líquido dentro del órgano dental.

La cantidad creciente del líquido, aumenta el volumen del comportamiento extracelular del órgano dental, de modo que las células del órgano son forzadas a separarse. Como las células mantienen conexiones entre si por medio de sus contactos desmosómicos, adoptan la forma de una estrella; por tal razón el centro del órgano dental se denomina Reticulo Estrellado.

En la periferia del órgano dental, las células adoptan una forma cúbica y forma el epitelio dental externo. Las células que bordean la papila dental se diferencian en dos componentes histológicamente diferentes; aquellas inmediatamente adyacentes a la papila dental adoptan una forma columnar corta y se caracterizan por un alto contenido de glucógeno; juntas forman el epitelio dental interno.

Entre el epitelio dental interno y el retículo estrellado, las células epiteliales se diferencian en una capa de células achatadas llamadas El estrato Intermedio.

ESTRUCTURA FINA DEL GERMEN DENTARIO

La estructura fina del germen dentario, en estadio de campana, es poco complicada pero ayuda a comprender los cambios ultraestructurales que ocurren como preparación para la formación de los tejidos duros del diente. (Esmalte y Dentina).

El órgano dental se halla apollado en toda su periferia sobre una lámina basal. Las células del epitelio dental externo son cuboides y presentan un elevado índice nucliocitoplasmático.

Las células adyacentes están unidas mediante complejos de unión; las células esteriformes del retículo estrellado se hallan conectadas a las células del epitelio dental externo. A las del extracto intermedio y entre sí, mediante uniones desmosómicas.

Su citoplasma contiene todos los organelos citoplasmáticos habituales, que se hallan dispersos. Las células del extracto intermedio están conectadas entre sí con las células del retículo estrellado y del epitelio dental interno mediante desmosomas.

Las células del epitelio dental interno poseen un núcleo ubicado centralmente y un citoplasma que contiene ribosomas libres, escaso retículo endoplasmático rugoso, algunos tonofilamentos, y un alto contenido de glucógeno. (3).

ESTRUCTURA DE LA PAPILA DENTAL EN EL ESTADIO DE CAMPANA

La papila dental está se parada del órgano dental mediante una membrana basal, desde la cual una masa de fibrillas aperiódicas delgadas se extiende hacia lo que se denomina habitualmente la zona libre de células o zona acelular.

Las células de la papila dental aparecen como células mesenquimatosas indiferenciadas que contienen una estructura relativamente poco complicada, con todos sus organelos habituales.

El folículo dental se distingue de la papila dental pues hay muchas más fibrillas colágenas ocupando los espacios extracelulares entre los fibroblastos foliculares.

DESINTEGRACION DE LA LAMINA DENTAL Y DETERMINACION DEL PATRON DE LA CORONA

Existen dos hechos importantes que suceden durante el estadio de campana:

- a).- La lámina dental que une el germen dentario al epitelio bucal el cual se rompe formando pequeñas islas de células epiteliales, el cual se rompe formando pequeñas islas de células epiteliales, -- separando de esta forma el diente en desarrollo del epitelio bucal
- b).- El epitelio dental interno se pliega haciendo posible reconocer la forma del futuro patrón de la corona dentaria.

La fragmentación de la lámina dental ocasiona la formación de pequeñas agrupaciones de células epiteliales que normalmente degeneran y son reabsorbidas.

Una consecuencia importante de la fermentación de la lámina dental es que en el diente sigue su desarrollo dentro de los tejidos -- maxilares separados por el epitelio bucal; por lo que antes de que los dientes puedan funcionar, deben restablecer una conexión con el epitelio bucal y penetrarlo para alcanzar el plano oclusal. Esta penetración del epitelio de revestimiento por el diente es un ejemplo de ruptura en el epitelio corporal.

La forma de la corona dentaria está determinada muy tempranamente - en su desarrollo, sugiriendo que las formas coronarias aberrantes se origina por factores que actúan en ese momento. (2,5)

QUISTES ODONTOGENICOS



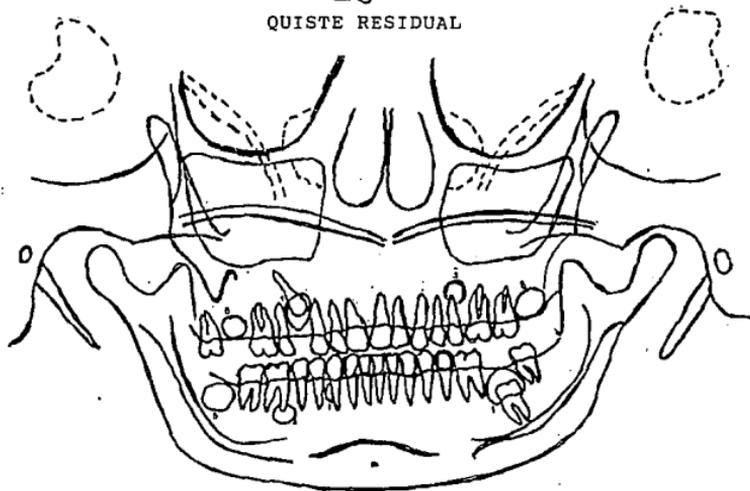
QUISTE PERIAPICAL



QUISTE LATERAL



QUISTE RESIDUAL



1.- QUISTE DENTIGERO 4.- QUISTE PERIAPICAL 5.- QUISTE PRIMORDIAL

6.- QUISTE RESIDUAL 7.- QUISTE LATERAL



QUISTE DENTIGERO



QUISTE PRIMORDIAL

C A P I T U L O I I I

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

" LESIONES QUISTICAS DE LOS MAXILARES
A PARTIR DE ESTRUCTURAS ODONTOGENICAS "

QUISTE PRIMORDIAL

De los quistes odontógenos el primordial es el menos común; se deriva del órgano del esmalte antes de la formación de los tejidos duros.

La degeneración del retículo estrellado da origen a un espacio quístico limitado por el epitelio interno y externo del esmalte que sufre un cambio y se convierte en epitelio escamoso. También se puede originar en un órgano dental supernumerario, de tal manera que en algunos casos presenta un complemento normal de los dientes. Frecuentemente lo encontramos en el lugar del tercer molar inferior, o por detrás del mismo y en borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior.

Soskolne y Shear. Reportan que de un grupo de 39 pacientes, examinaron una serie de 50 quistes primordiales de los cuales 7 solo tenían quistes múltiples, y afirmaron que el quiste primordial puede originarse directamente de la lámina dental. Otro punto que observaron es que todos los quistes mostraron formación de queratina o paraqueratina en el epitelio que los revestia, y por lo tanto todos son queratoquistes odontogénicos.

El término "Quiste Primordial" se designa para a quel quiste odontógeno que se desarrolla a partir de la degeneración del órgano del esmalte, y en otros para indicar que es un quiste que se desarrolla de un primordio odontógeno que es la lámina dental. Según los científicos Forssell y Saino.

C A R A C T E R I S T I C A S C L I N I C A S

Es un quiste que varia ampliamente de tamaño, pero posee potencia para expandir hueso y desplazar los dientes adyacentes por presión.

La lesión no es dolorosa, salvo que se infecten en forma secundaria, se forma en una etapa temprana pero se descubre después de un tiempo, es raro que presente manifestaciones clínicas. A veces está asociado aun diente primario persistente.

C A R A C T E R I S T I C A S R A D I O G R A F I C A S

Se aparece como una lesión radiolúcida redonda u oval, con borde esclerótico o reactivo, por lo general es unilocular pero también puede ser multilocular.

Se localiza debajo de las raíces de los dientes adyacentes o cerca de la cresta del reborde en lugar de un diente ausente. Congenitamente en particular de un tercer molar superior e inferior.

C A R A C T E R I S T I C A S H I S T O L O G I C A S

La pared se compone de fascículos paralelos de fibras colágenas y de epitelio delgado; su capa basal está compuesta por células de forma cilíndrica o cúbica. La pared del saco quístico contiene islas o islotes pequeños de células epiteliales.

En algunos casos el epitelio no se encuentra queratinizado y se puede observar una capa espinosa prominente con invaginaciones dermoepiteliales elongadas, y en otros casos el epitelio muestra una capa muy superficial de ortoqueratina o paraqueratina, que tiene una superficie acanalada.

D I A G N O S T I C O Y T R A T A M I E N T O

Es por enucleación quirúrgica y curetaje, aunque es frecuente que el paciente no quede exento de una recurrencia, ya que este tipo de quistes tienen un alto índice de reincidencia y tienden a malignizarse.

C A S O S R E P O R T A D O S

Estos quistes se clasifican como foliculares ya que su desarrollo es a partir de tejido odontogéno del folículo dental.

Los rangos de recurrencia han sido altos sin embargo algunos reportes indican que hay una declinación de recurrencia ya que el comportamiento de esta lesión en su tratamiento consecuente se ha modificado.

JOORSMIT Y COLABORADORES: En 1981 reporto los resultados de un estudio realizado en dos grupos diferentes de pacientes con queratoquistes odontogénos.

En el primer grupo de 52 casos realizados en los años de 1959 y 1980. Los quistes fueron tratados conservadoramente por una cuidadosa enucleación de la pared.

En el segundo grupo de 40 casos, tratados en los años de 1970 a 1980 los quistes fueron removidos por enucleación con excisión de la mucosa a través de la perforación de corteza osea la cual fué determinada en su momento de operación. Pero antes de remover tejidos los queratoquistes odontogénicos fueron tratados con soluciones medicamentosas.

La recurrencia en el primer grupo fue del 14%, llevando los casos de 1 a 21 años de seguimiento.

En el segundo grupo la recurrencia fué del 3% llevando los casos de 1 a 10 años de seguimiento. (los grupos fueron tratados simultaneamente).

Estos quistes se asocián clinicamente a un diente ausente.

Afectando con mayor frecuencia a la mandíbula y se presenta principalmente en la segunda década de la vida, con dolor en algunos casos

(6, 7, 8,)

QUISTE DENTIGERO O FOLICULAR

Se origina por el epitelio reducido del esmalte con acumulación de líquido, y aparece después de la formación de la corona de un diente.

Es raro encontrarlo en dientes deciduos, siempre se asocia a la corona de un diente permanente.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Esta lesión ocurre generalmente con más frecuencia en la mandíbula por lo general en la zona de los caninos maxilares y terceros molares. Es el más común de los quistes foliculares, generalmente son asintomáticos, ya que son lesiones benignas si son descubiertas a tiempo por medio de exámenes rutinarios.

Es una lesión potencialmente agresiva, ocasiona expansión del hueso con asimetría facial y desplazamiento de los dientes. En la mandíbula puede existir una destrucción muy extensa que se prolonga al proceso condilar, a sí como lisis radicular, a veces son asintomáticos pero también hay dolor en algunos casos.

En ocasiones los quistes expansivos involucran la cúspide del maxilar, son similares y penetrantes a una sinusitis. Existen algunos casos en donde se asocian los terceros molares que frecuentemente se desplazan al borde inferior de la mandíbula, ocasionando con el tiempo que exista un terreno patológico (fractura).

Both Kane and Bhaskar: Reportaron varios casos en donde un quiste puede originar un ameloblastoma (Hoffman Jacoway).

Vickers and Gorlin: Describen histológicamente el criterio para determinar cuando un quiste dentígero puede transformarse en un ameloblastoma en potencia. Thoma clasifico los quistes dentígeros en tipo, Central Lateral y circunferencial, dependiendo de la posición en la cual se desarrolla el quiste en relación con la corona dental.

CLASIFICACION

TIPO CENTRAL: El quiste rodea a la corona de forma simétrica, moviéndose en una dirección opuesta a la de la fuerza normal a la de la erupción.

TIPO CIRCUNFERENCIAL: El órgano del esmalte, alrededor del cuello del diente se hace quístico, permitiendo la erupción del diente a través del quiste radicular.

TIPO LATERAL: El quiste se puede desarrollar en el lado mesial o distal de la corona del diente, y se dilata o expande, envolviendo sólo una porción de la corona.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

De una capa delgada de tejido conectivo, revestida de epitelio escamoso estratificado se forma la pared del quiste.

En algunos casos el revestimiento puede estar queratinizado, y el tejido conectivo adyacente en su saco quístico puede presentar islotes de epitelio odontogénico que son inactivos, y estos pueden dar origen a un carcinoma epidermoide.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Se observan como zonas radiolucidas, de alguna manera vinculadas con la corona de un diente. El quiste dentigero es una lesión unilocular o multilocular.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Eliminación quirúrgica, por lo general se puede eliminar por completo. Pero cuando la lesión quística es grande puede ocasionar pérdida del hueso.

Se debe tratar por drenaje quirúrgico o marsupialización, (Eliminar la presión y gradualmente reducir el quiste de tamaño, esto es por aposición periférica del hueso). Su recurrencia es poco común -- cuando se extirpa todo. (9,6)

QUISTE DE ERUPCION

Es una variante del quiste dentigero, es poco frecuente esta asociado con dientes desiguos en erupción y en ocasiones con dientes permantes. Puede ser unilateral o bilateral único o multiple y existir al nacer. (Ruskton Clark). Generalmente según Raju. los quistes ocurren con más frecuencia en mujeres.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Contiene una acumulación de líquido hístico o sangre en un espacio folicular dilatado alrededor de la corona de un diente de erupción. Es raro que el quiste ~~despl~~ase al diente, ésto se debe a la tención interna del quiste.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Se origina debido a un incremento de tejido resistente a la erupción del diente, manifestandose como una tumoración de tejidos blandos del revorde alveolar. El contenido del quiste es un líquido claro que en ocasiones es hemorrágico debido aun traumatismo.

Si el traumatismo es muy agresivo en ocasiones se puede observar sangre en el espacio tisular, dando lugar a la formación de un hematoma de la erupción.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

No se requiere tratamiento, ya que el quiste desaparece cuando el diente ha echo erupción, através de la lesión sin complicaciones; o también abriendo una ventana.

C A S O S R E P O R T A D O S

En una imagen computarizada de quiste dentigero, se observa - como una lesión hipodensa (de menor densidad que la del hueso normal,). que varia de 10 a 20 Uh. en la face simple y con contrastes, y que puede tener escondido en su interior un organo dentario. En la ortopantografia que se realizo, se hizo diagnóstico diferen_ cial con ameloblastoma por la localización de la lesión y las imagenes radiograficas que se observaron; la tomografia computa- rizada ayudo al diagnostico, demostrando que el quiste se presenta - como una lesión con poco reforzamiento, mientras el ameloblastoma se observa difuso. (9) ; (10)

QUISTE PARODONTAL APICAL

Llamado también quiste parodontal apical, quiste periapical o radicular.

Es el más común de todos los quistes odontogénicos, afecta el ápice de un diente rotado y con gran frecuencia es resultado de una infección por vía pulpar.

Se forma a partir de un diente con pulpa necrótica, con parodontitis apical crónica o granuloma que, estimulando los restos epiteliales de Malassez o de la vaina de Hertwig, va formando una cavidad quística, creciendo lentamente a expensas del hueso.

Este quiste forma el 70% de los quistes de los maxilares, su cavidad quística es de tamaño variable y en su interior contiene un líquido viscoso con abundante colesterol.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Los quistes radiculares se desarrollan en un granuloma periapical preexistente.

La presencia de un diente raíz necrótica es una característica de los quistes radiculares. En los quistes de larga evolución se puede observar resorción de la raíz del diente lesionado o en ocasiones en las raíces de dientes adyacentes, el tamaño de estos quistes, tiende a variar de 5 cm. o menos a varios cm. de diámetro (casos muy raros), por lo general miden 1.5 cm.

El granuloma periapical presenta un foco discreto de tejido de granulación, inflamado de manera crónica y localizado en el hueso circundante al apice de un diente produciéndose respuesta a una muerte pulpar y necrosis subsecuente del tejido.

La estimulación de los restos epiteliales se relaciona con un proceso inflamatorio en el granuloma periapical, y la formación del quiste es el resultado de la proliferación de los elementos epiteliales que forman una cubierta característica histológica.

El quiste se forma de una capa de epitelio escamoso estratificado el grosor real de la cubierta es variable que contienen, restos necróticos, células inflamatorias en especial en gran número de leucocitos polimorfonucleares así como cristales de colesterol.

C A R A C T E R I S T I C A S R A D I O G R A F I C A S

Se observa una zona radiolúcida de contornos precisos y bordeada de una línea radio opaca. Nitida y de mayor densidad que incluye el apice del diente involucrado con pulpa necrótica.

D I A G N O S T I C O D I F E R E N C I A L

Radiográficamente incluye el granuloma periapical, también puede considerarse un defecto quirúrgico o cicatriz periapical en zonas previamente tratadas por alguna patología periapical.

En la región mandibular anterior; las lesiones radiolúcidas periapicales deben desintegrarse de la fase temprana de la displasia del cemento y en los cuadrantes posteriores del quiste óseo traumático.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO

Se puede tratar con la extracción de los ^{dientes} sin vitalidad y curetaje del epitelio en la zona de la lesión periapical.

Un tratamiento alternativo es la endodoncia acompañada de apicectomía que permita el curetaje directo de la lesión quística. En caso de que los quistes sean muy grandes es necesario hacer la esteriorización o marsupialización de la lesión. Este procedimiento de descripción permite la disminución del tamaño de la cavidad quística después de lo cual puede realizarse la enucleación del quiste y extracción del diente sin vitalidad.

No se produce recurrencia de la lesión cuando la extirpación es adecuada.

CASOS REPORTADOS

El epitelio ciliado columnar estratificado es poco común en quistes que se originan en el epitelio odontogénico. por lo tanto es raro encontrarlo en los quistes paradontales apicales. Otro concepto importante en la pluripotencialidad del epitelio en quistes paradontales y otros quistes odontogénicos es dar origen a diferentes tipos de neoplasias incluyendo tumores odontogénicos, células escamosas y carcinomas mucocépidermoides. para esto se recomienda la biopsia de las lesiones radiolúcidas excepto lesiones periapicales que solo se tratan endodónticamente.

Se observó que los quistes radiculares con infección de larga evolución las células de recubrimiento fuerte proliferan para formar anastomosis; De vez en cuando el epitelio degenera con atrofia progresiva.

La mayoría de las células en tumores odontogénicos carecen de involucrina pero si el tumor es decaído por un largo periodo algunas células tumorales pueden sufrir diferenciación escamosa y entonces pueden ser detectadas por reactividad de involucrina.

Los pocos casos reportados de este tipo de quistes se han reportado en maxilar. Donde aparentemente el origen del epitelio respiratorio es una brecha en el seno del maxilar, y la localización en - mandíbula del quiste reportado indica que dentro del epitelio respiratorio existe metaplasia originada por los restos de malassez(12)

(13).

QUISTE PARODONTAL LATERAL

Es un quiste embrionario no queratinizado y no inflamatorio que aparece en el ligamento parodontal entre dientes laterales erupcionados. Se pueden encontrar en adultos a nivel de la raíz del diente - canino o premolar del maxilar inferior.

El quiste se caracteriza por estar localizado dentro del tejido gingival y no afectar el hueso, no tiene comunicación con la cavidad bucal, y esta en aposición con la superficie dental lateral de uno o varios dientes vitales.



Esta lesión es rara y se presenta con mayor frecuencia en adultos. localizandose en la cúspide del premolar o del segundo --- premolar en la mandibula. La lesión es asintomatica, pero en algunos casos la pulpa dental puede estar infectada y provocar una necrosis pulpar.

Furthermore, publicó unos artículos de un quiste parodontal lateral en los cuales incluía datos obtenidos por pacientes que tenían quistes gingivales y que en cierta forma eran de la misma entidad.

Por lo general los quistes son cubiertos durante exámenes ---
^{de escucha} rutinarios radiográficamente. Esta lesiones al afectarce son muy semejantes a los abscesos parodontales. (Hoffman and Jacoway).

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Se observa una zona radioluciada, localizada lateralmente en relación con la raíz de un diente, con una línea periférica radiopaca. Esta lesión es pequeña, rara ves mide mas de 1cm. de diametro.

C A R A C T E R I S T I C A S H I S T O L O G I C A S

Esta cubierto por epitelio delgado no queratinizado. Se observan conjuntos de células claras que forman engrosamientos nodulares en la cubierta quística y en la pared de tejido conectivo.

Se adopta una morfología poliquística intraósea se denomina Quiste Botroide Odontogéno.

El científico Cross, manifestó que este quiste se encuentra tapizado por un epitelio delgado escamoso estratificado queratinizante, mientras que el científico Harless, dice que tiene una capa doble de epitelio cuboide bajo. no queratinizante.

D I A G N O S T I C O Y T R A T A M I E N T O

Se sugiere la extirpación quirúrgica, sin extraer el diente adyacente.

C A S O S R E P O R T A D O S

Este quiste se presenta con frecuencia en el área de los premolares, caninos e incisivos mandibulares antes de los 20 años. Siendo una lesión asintomática, ésta se descubre por exámenes radiográficos.

El quiste paradontal lateral es poco común pero es un quiste odontogénico reconocible, el cual se desarrolla en la región lateral del parodonto de un diente erupcionado, se localiza dentro del hueso y no tiene comunicación con la cavidad oral.

Existen dos teorías, ya que el origen de este quiste es dudoso.

a).- El quiste se puede desarrollar por los restos de Malassez.

b).- Puede ser por un quiste proveniente de un germen dentario de un diente supernumerario.

La expansión del quiste puede ocurrir a lo largo del área neurovascular hacia el forámen mandibular involucrando el pterigoideo. La recurrencia del quiste paradontal lateral ha sido comprobada, y por lo tanto ésta se debe diferenciar del quiste gingival. Los quistes más importantes para el diagnóstico diferencial del quiste paradontal lateral son, el queratoquiste odontogénico y los quistes de origen inflamatorio. Es por demás recomendar la prueba de vitalidad de los dientes contiguos y la enucleación cuidadosa. Así como estudios histológico y radiográfico. (6 , 19)

QUISTE GINGIVAL

Quiste gingival del recién nacido

Este quiste por sus características peculiares se le puede llamar de la siguiente manera. Perlas de Epstein o Nódulos de Bohn., o Quiste de lamina dental del recién nacido.

Se manifiestan como nódulos múltiples en el reborde alveolar de los recién nacidos. Deriva de los fragmentos de la lamina dental que persisten después de la formación de los dientes en la mucosa del reborde alveolar y proliferan provocando la formación de pequeños quistes queratinizados.

Los quistes gingivales localizados sobre la superficie de la encía o cerca de ella, tienen un diametro de 1 mm o menos y pueden aparecer en la encía libre o en la papila gingival.

Son sintomaticos y parecen producir malestar en los niños. Este quiste se encuentra superficial y suele romperse durante los primeros meses de vida.

C A R A C T E R I S T I C A S H I S T O L O G I C A S

Contiene restos de queratina y está cubierto por epitelio delgado de 2 a 3 capas celulares de grosor. En ocasiones se observan proyecciones cubiertas de epitelio entre el quiste y la superficie mucosa.

Se pueden presentar quistes epiteliales por inclusión a lo largo de la línea media del paladar, denominados Quistes palatinos del recién nacido o perlas de Epstein.

Son de origen embrionario pero no se derivan del epitelio odontógeno generalmente son varios nódulos de color blanco amarillento o blanco que probablemente se deban a una incorporación del epitelio durante el proceso embrionario de la función palatina.

Estos quistes se hacen superficiales y suelen romperse durante los primeros meses de vida (Segun: Kreshove, Nichamin, y Kaufman).

El epitelio que los origina, se incluye en la lamina de fusión - entre los procesos palatinos y nasales. Estos quistes tambien contie nen queratina y tienen cubierta epitelial delgada y ténue.

No requieren tratamiento ya que se fucionan con el epitelio bucal que lo cubre, y descargan su contenido en la cavidad bucal, - durante el periodo neonatal. (12)

QUISTE GINGIVAL DEL ADULTO

Es un quiste poco común del tejido gingival blando, que se presenta tanto en la encía libre como en la adherida.

La etiología y la patogénesis de esta lesión fue examinada - por Ritchey y Orban, que sugirieron las posibles fuentes de formación quística;

Son cuatro:

- a).- Tejido Glandular Heterotópico.
- b).- Cambios degenerativos en una invaginación epitelial proliferante
- c).- Remanentes de la lamina dental del órgano del esmalte o de los islotes epiteliales de la membrana parodontal.
- d).- Implantación traumática del epitelio.

De estos puntos los dos últimos son válidos y en base a esto hay dos formas reconocidas de quistes gingivales:

Que son:

- 1).- El que surge de la transformación quística de la lamina dental o de los restos de Serres.
- 2).- El que surge de la implantación traumática del epitelio superficial.

Wysoky y colaboradores, evaluaron el origen del quiste gingival del adulto y concluyeron que se origina de los restos posfuncionales de la lamina dental, y que de esta manera representa la contraparte extra-ósea del quiste paradontal lateral.

La mayoría de estos quistes se originan apartir de la lámina dental; pero se pueden presentar un tipo de quiste de implantación, revestido por epitelio escamoso estratificado queratinizado māduro que deriva del epitelio mucoso de la superficie.

C A R A C T E R I S T I C A S C L I N I C A S

Se puede presentar en cualquier edad pero principalmente en adultos ; mayores de 40 años.

Se presenta en el area de la mandibula como nódulo pequeño, no doloroso, bien circunscrito de la encia. parecido en ocasiones a un mucoccele superficial. La lesión es del mismo color de la mucosa normal adyacente, y aveces llega a medir 1 cm. de diametro.

Se puede presentar en encia libre o adherida, a la altura de los premolares incicivos y caninos mandibulares, o en el area del incicivo lateral maxilar, apartir del canino hasta el primer molar de la maxila.

C A R A C T E R I S T I C A S R A D I O G R A F I C A S

No se maifiestan en la radiografia por ser tejido blando.

C A R A C T E R I S T I C A S H I S T O L O G I C A S

Cavidad patológica revestida de epitelio, que por lo regular contiene liquido, el epitelio de revestimiento es idéntico al del quiste parodontal lateral. El epitelio varia en grosor, desde una célula aplanada a varias células.

Se pueden encontrar células claras ricas en glucógeno, principalmente en los engrosamientos focales o placas de revestimiento. Tambien se observan restos de la lamina dental en una pared de tejido conectivo, que tambien se compone de células ricas en glucogéno.

Como los quistes están libres en el tejido conectivo de la encia pueden o no presentar inflamación.

En el quiste gingival traumático o de implantación, a veces la calcificación o la osificación ectópica se asocia con la lesión quística.

D I A G N O S T I C O Y T R A T A M I E N T O

Por lo general se recomienda la excisión quirúrgica local de la lesión. no hay recurrencia y nunca se a reportado de un potencial neoplásico.

CASOS REPORTADOS

En 1987 Padayache and Wyk ; Reportaron dos casos; En 1991 Patron Colmenero and Larrauri: Reportaron 3 nuevos casos y a su vez resumieron 13 casos, con un rango de edad de 19 a 85 años. 10 de los cuales fueron encontrados en el maxilar.

Radiograficamente estos casos tienen que ver con las radiaciones unilocular o multilocular con diagnostico especifico.

3 de estos 10 casos, se les siguió un proceso de cuidado durante 5 años por la alta reincidencia que reportaban.

En un estudio realizado sobre la histogénesis del quiste lateral parodontal y el quiste gingival, se demostró que compartían una histogénesis común con manifestaciones intra y extra óseas de la misma lesión. La similitud más notoria es la morfología de las células claras de los restos de la lámina dental que cubren a éstos quistes. Se aprobó que los restos de la lamina dentaria son el origen más probable del epitelio, que da origen al quiste gingival del adulto. Aunque tambien se há dicho de una implantación traumática del epitelio.

El quiste parodontal lateral es considerado como progresivo. Se asocia con dientes vitales y aparece como una radiolucidez pequeña bien circunscrita entre las raices principalmente de los premolares inferiores.

Su recubrimiento varia de una capa individual de células epiteliales y un delgado recubrimiento de 2 a 3 células con diceminación aparente, aveces numerosas células claras ricas en glucógeno.

Tambien se observa ocasionalmente un recubrimiento de células cuboidales cortas, proyecciones citoplasmicas de color eosinófilo fuerte, que da la apariencia de queratinización independiente.

El recubrimiento epitelial se separa del tejido conectivo subyacente Este tejido conectivo en ocasiones presenta una zona de hialinización debajo del epitelio y pequeños focos de calcificación.

El quiste gingival del adulto tambien es progrecivo, aparece como una pequeña inflamación. El termino "Gingival del adulto" se utiliza para evitar confuciones con pequeños quistes que hay en el puente alveolar infantil.

La mayoría de éstos quistes ocurren en el lado facial del alveolo - pues el epitelio que los origina es más fertil ahí. (6,7,13).

QUERATOQUISTE ODONTOGENO

Debido a la degeneración quística del órgano del esmalte se relaciona con el quiste primordial que se presenta en lugar de un diente.

En 1956 se empezó a usar el término "Queratoquiste Odontogenico" para nombrar cualquier quiste de la mandíbula que presentara queratina. Se demostró microscópicamente que los quistes primordiales eran queratoquistes odontogénicos. Por su histología y conducta biológica y por su alto índice de recurrencia.

El queratoquiste odontogénico es una lesión característica que presenta queratinización con los quistes antes descritos, la queratina formada por el epitelio de revestimiento puede ser paraqueratina u ortoqueratina.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Se origina de los restos de la lámina dental, localizados en la mandíbula o maxilar superior, pero también puede derivar de una extensión de células basales del epitelio bucal que lo cubre.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Ocurre con mayor frecuencia en la segunda y tercera década de la vida. Las lesiones que se observaron en niños corresponden a queratoquistes odontogénicos múltiples que forman parte del síndrome de carcinoma nevoide de células basales, por lo que al encontrar este quiste se debe descartar la presencia del síndrome.

Afectan principalmente la mandíbula pero con más frecuencia el cuerpo y la rama amandibular, cuando afecta al maxilar predomina en la zona del tercer molar superior y con menor frecuencia en la zona de caninos superiores.

Sus aspectos sintomáticos característicos son: Dolor de los tejidos blandos, y expansión del hueso, supuración y diversas manifestaciones neurológicas como parestesia del labio y de los dientes.

C A R A C T E R I S T I C A S R A D I O G R A F I C A S

La lesión puede aparecer como una imagen radiolúcida unilocular o multilocular bien circunscrita con bordes radiopacos delgados. Muchos de estos dientes producen expansión ósea. La proximidad de las raíces a los dientes normales adyacentes causa resorción de estas raíces. Aunque es más común el desplazamiento.

C A R A C T E R I S T I C A S H I S T O L O G I C A S

Se observa una cavidad quística revestida por epitelio con paraqueratina corrugada, uniformidad de las células basales hiperchromatismo de estas y un grosor muy similar en toda la pared quística.

El tejido conectivo fibroso de la pared quística es delgado y no presenta infiltración por células inflamatorias. La interfase epitelio-tejido conectivo es plana sin formar un borde epitelial. Y el grosor de la cubierta varía de 8 a 10 capas de células.

Se cree que la osmolaridad elevada del contenido quístico y el recambio celular epitelial intenso contribuyen al crecimiento del quiste. Una característica muy importante es la presencia de islas de epitelio odontogénico y pequeños quistes satélites que se observan en un 7 al 26% de los casos.

La capa basal presenta células pálidas con núcleos prominentes polarizados e intensamente teñidos. el estrato superficial es desigual o corrugado y posee una capa superficial paraqueratósica, que amenudo se descama en escamas individuales o en grupos en la luz del quiste, ya que puede contener grandes cantidades de restos de queratina o de líquido claro similar a un transudado seroso.

D I A G N O S T I C O D I F E R E N C I A L

Las lesiones radiolucidas solitarias no relacionadas con; (los dientes erupcionados como los no erupcionados), son importantes ya que los queratoquistes odontogénos se pueden presentar de ésta manera por lo que se debe diferenciar del quiste oseo traumático, el granuloma central de células gigantes el quiste paradontal lateral y diversas formas de quistes fisurales.

T R A T A M I E N T O Y P R O N O S T I C O

El queratoquiste odontogénico se debe de extirpar quirúrgicamente de la lesión, con curetaje óseo o bien con ostectomía. (8, 6)

SINDROME DE NEVO DE CELULAS BASALES

(COSTILLA BIFIDA)

Se le nombra también: Polioncósis cutáneo-mandibular hereditario, o síndrome de Gorlin y Goltz.

Se caracterizan por 5 puntos los cuales son:

- 1.- Anormalidades cutáneas que incluyen hoyuelos queratóquísticos palamares y plantares, carcinomas múltiples y calcinosis dérmica.
- 2.- Anomalías dentales y óseas. Además del compuesto de queratocistomas, se observan a menudo costillas bifidas, anomalías vertebrales y metacarpianas.
En un pequeño porcentaje de los casos se encuentra progeria mandibular ligera y desmorfogénesis facial .
- 3.- Anomalías Oftalmológicas.- Puente nasal ancho e hipertelorismo y desplazamiento lateral de los cantos oculares internos (distopia del canto). ceguera congénita.
- 4.- Anomalías Neurológicas. Que incluyen meduloblastoma, digenesia o agenesia del cuerpo calloso. calcificación de la hoz del cerebro, retardo mental, hidrocéfalo congénito (hidrocefalo crónico)
- 5.- Anomalías Sexuales que incluyen hipogonadismo en el sexo masculino y tumores de los ovarios.

MANIFESTACIONES BUCALES

Debido a que se desarrollan en edad temprana de la vida, se puede presentar deformidad y desplazamiento de los dientes del desarrollo. Pero pueden no desarrollarse como hasta mediana edad, aunque los tumores de células basales de la piel se presentan temprano.

CASOS REPORTADOS

En los últimos estudios realizados se revisaron 87 casos de los cuales 7 de ellos demostraron que el queratoquiste odontogénico era parte del síndrome del nevo de células basales. Estos queratoquistes se distinguieron de otros por una apariencia histológica y características clínicas diferentes, teniendo los queratoquistes un alto índice mitótico comparado con otros quistes, pero similar al de un ameloblastoma. Los restos de la lamina dental están implicados en la patogénesis de la queratosis odontogénica. La lamina dental, que es un epitelio primordial, tiende a queratinizarse, proliferarse e infiltrarse en el tejido conectivo durante la odontogénesis de la queratosis odontogénica.

Histológicamente el queratoquiste odontogénico presenta paraqueratinización en un 85% de los casos reportados, y su porcentaje restante demuestra ortoqueratinización, pero existen casos en los cuales se demuestran ambas queratinizaciones (orto y para).

Se ha observado que su recurrencia tiene un porcentaje tan bajo como el 5% o tan alto como el 27%.

El rango de porcentaje es más alto en pacientes con queratoquiste odontogénico múltiple y se observa más en el síndrome de Nevo de Células Basales.

Los casos de cáncer odontogénico, tumor odontogénico escamoso queratoquiste odontogénico, carcinoma escamoso oral y los casos - ameloblastoma fueron inmunorreactivados con el antisuero C.E.A. - El C.E.A. se localiza en células más maduras con diferenciación - escamosa o con espacios quísticos formado por islotes tumorales. compuestos de estas células. El C.E.A. tiene un potencial --- demarcador para lesiones odontogénicas agresivas en algunos --- - pacientes.

(C.E.A. Inmunorreactivo que funciona en tumores odontogénicos - Keratocysticos.) (20)

QUISTE ODONTEGENICO CALCIFICANTE

(C.O.C.)

Tambien conocido como Quiste Odontogeno Queratinizante Calsificante Epitelial, Quiste Gorlin, o Tumor Quistico Queratinizado.

Generalmente se acepta que una lesión odontogena embrionaria, y cuando presenta conducta agresiva, algunos investigadores dicen que se trata de neoplasia; por lo que se le dio el termino de tumor odontogéno de eritrocitos fantasmas.

En 1962 Gorlin y Colaboradores describieron por primera vez el termino Quiste Odontogenico Calsificante Epitelial.

Esta alteración, según Praetorius posee dos conceptos.

- a).- Que es un quiste que se presenta con 3 variables principales.
- b).- Que es una neoplasia muy poco frecuente como para catalogarla como quiste odontogéno calsificante.

C A R A C T E R I S T I C A S C L I N I C A S

No importa ni edad ni el sexo, es frecuente que más o menos el 70% aparecen en el maxilar inferior. (Ulmansky y colaboradores). En aproximadamente el 75% de los casos, el quiste es intraóseo; en el resto hay poca o ninguna lesión ósea y se manifiesta como tumores localizados que afectan la encia. No hay dolor ni sensibilidad, y en la mayoría de los pacientes tiene una duracuión de 6 meses.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

El quiste está bien definido con la capa basal de células cuboideas o cilíndricas bajas, empalizada y tiñéndose con más intensidad de lo normal.

Encima de la capa basal se encuentran las masas irregulares de células inchadas, muchas de las cuales no poseen puentes intercelulares.

Entre estas células están esparcidas células aisladas eosinofílicas y pálidas, hojas de grandes células "fantasmas" que pueden haber sufrido una queratinización aberrante, proliferando y llenando en ocasiones la cavidad quística.

La capa basal se desintegra y hay crecimiento de tejido de granulación entre las células fantasmas; estas se tratan como cuerpos extraños y pueden ser calcificadas.

En ocasiones se ha observado una sustancia colágena atubular, dentroide adyacente a las células fantasmas en la pared del tejido conjuntivo. Las células fantasmas quedan bien demostradas mediante el uso de colorantes de rodamina (Clausen)

Pratorius y colaboradores; describieron tres variantes quísticas de esta lesión, y sugirieron al quiste odontogénico calcificante como un proceso unquistico por reducción elemental del epitelio, y remanentes del epitelio odontogénico, en el tejido gingival u óseo inducidos por la línea epitelial.

Las tres variantes quísticas de esta lesión son;

Tipo I-A Uniquístico simple: Se presenta en cualquier edad, y puede ser Intraoseo o Extraoseo, Están presentes áreas focales de retículo estrellado y de eritrocitos "fantasmas" a si como cantidades pequeñas de dentinoide.

Tipo I-B Productor de odontoma: Es más frecuente entre los 10 y 29 años, se localiza en forma Intraosea o Extraosea.

Es un quiste unilocular, que además muestra formación de tejidos calcificados en la pared del quiste, también se puede observar en la pared del quiste la proliferación del tejido similar a un fibroma ameloblastico, y este invade el hueso que lo rodea.

Tipo I-C Ameloblastoma Proliferante: La lesión quística presenta una proliferación parecida a la del ameloblastoma dentro del tejido conectivo de la cápsula fibrosa, así como el lumen del quiste.

C A R A C T E R I S T I C A S R A D I O G R A F I C A S

Es una lesión uni o multilocular, con bordes discretos bien definidos en cuyo interior presentan calcificaciones de tamaño irregular produciendo opacidad de intensidad variable.

Cuando los quistes aparecen relacionados con un odontoma complejo, se llega a producir sobreposición o mezcla de los componentes opacos. Algunas veces se puede ver una mineralización muy extensa dificultando la determinación de los bordes de la lesión.

Aproximadamente en el 50% de los casos de lesión extraósea, se llega a observar expansión del hueso o de tejidos blandos. El tamaño de la lesión varía de 1 a 8 cm. con promedio de 3 cm.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En las etapas iniciales de formación, el quiste se presenta como lesión quística radiolúcida, ya que hay poca o nada de mineralización descartándose en este caso el quiste dentiger queratinizante odontogénico, y el ameloblastoma unicístico. En fase de crecimiento más avanzado, cuando se observa radiolúcido y radiopaco, se diferencia del odontoma parcial mineralizado y tumor epitelial calcificante odontogénico.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Cuando no se relaciona con otra lesión, se hace la enucleación del quiste y hay baja recurrencia. Esto se realiza también cuando se acompaña de un odontoma complejo o compuesto. Cuando se relaciona con ameloblastoma debe tratarse como tal.

C A S O S R E P O R T A D O S

Hisberg; En 1987 identificó 6 casos de quistes odontogénicos calcificantes, y los describió como una masa sólida, con proliferación ameloblastomática y asociado a otros tumores odontogénicos.

Patron y Colmenero: En 1990, observaron en este tipo de quistes 2 identidades, una con infiltración de epitelio odontogénico y células fantasmas con una localización agresiva de ameloblastoma y otro con una malignidad portentosa de metastasis (observación en dos casos reportados por ellos).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Scoot y Wood. En 1989 Reportaron un caso con ameloblastosis con resultados de vasolistooides y con una gran agresividad, fueron --- revisados como tumores con gran ameloblastoma y quistes calsificantes.

Por lo cual propucieron el término de Ameloblastoma Odontògenico de cèlulas fantasmas. (14,7,15,16)

QUISTE BOTROIDE

En 1973 Weathers y Waldròn (Q. B. O.) Usaron el termino de quiste botroide por primera vez, y esto con la finalidad de describir una variante del quiste multilocular paradontal.

Este quiste se distingue histològicamente por resentir una linia -- epitelial con una o dos capas de células y con engrosamiento focal. de las placas.

Frecuentemente se observàn la presencia de células claras epiteliale que contienen glucogeno.

El quiste aparece durante la quinta y sèptima dècada de la vida, y se localiza en la regiòn mandibular del premolar al canino.

Recientemente Heikinheimo encontrò células mucosas en la biopsia de un quiste odontogènico botroide.

Hasta la fecha solo ha sido reportado un solo caso recurrente de -- este quiste; donde se demostrò que despues de la cirugia y bajo un control radiogràfico la lesiòn reincidiò.

Se realizò una segunda intervenciòn con curetaje y un agente cauterisante. Posteriormente la examinaciòn histològica confirmò la - persistencia del quiste; mientras que las radiografias demostraban - una regeneraciòn òsea. Por su índice de recurrencia se recomienda - la remociòn completa y un seguimiento radiogràfico. (17,7,18)

C A P I T U L O I V

P A T O G E N E S I Q U I S T I C A

PATOGENESIS QUISTICA

Algunos estudios recientes han aprecido para determinar la patogénesis del quiste odontogénico. y apesar de ello no se sabe la patologia exacta.

(Atkinson.- 1972, 1976, 1977. Riviere y Sabet 1973, Al Talabani y Smith, 1980). Demostraron la existencia de un quiste originado del esmalte dentario. En esto contibuyeron factores genéticos.

Por otro lado se ha propuesto como hipotesis la presencia del diente permanente, pero es poco frecuente ya que se cree que es debido a restos dentinarios. (A nivel molecular aún no se ha demostrado la patogénesis quistica).

En esta hipotesis contribuye un proceso inflamatorio a nivel del proceso dentinario residual. (Shaw y colaboradores 1985).

Histologicamente, es más común que ocurra en el epitelio escamoso estratificado, no-queratinizado, con areas focales en la arcada , todo en relación con un proceso inflamatorio y con afección del cuello, en algunos casos se realiza con la etiología del esmalte dentinario.

Choen - Altini.- Demostrarón la invación del epitelio cístico limitante en el proceso de dentición. Originando así el proceso de queratosis folicular.

En estudios recientes se ha demostrado la presencia de tejido cístico en la reabsorción ósea, con la presencia de las prostaglandinas E2 y E3, a sí como prostaglandina F2 donde intervienen factores leucocitarios. (Harris y Goldhaber 1973; Harris y Tolles, 1975; Harris 1978). Matejka y colaboradores 1985. - Demostraron la presencia de un factor Macromolecular (síntesis invitro), como factor ostiolítico. Con características de Interleucina 1.

Es difícil demostrar la patogénesis del quiste odontológico, apesar de las observaciones del mismo, sin excluir la posibilidad del ameloblastoma pleomorfo.

Por último diremos que en 380 casos estudiados, el 15% corresponde a quistes unisísticos, los cuales fueron clasificados en 3 grupos:

Grupo # 1).- LESIONES UNIQÜÍSTICAS: Las cuales están alineadas a grandes o pequeñas extensiones de células epiteliales, definida por los criterios de Gorlin y Viker 1970.

Estas lesiones eran, células basales columnares con núcleo hiperromático o núcleo pálido, con polarización ó vacuolas citoplasmáticas y espacio interlocular.

Grupo # 2 LESIONES SISTICAS UNILOCULARES: Con nódulos orientados -
hacia la línea epitelial, y proyectados a la línea del quiste.

El nódulo quístico consiste en epitelio odontogénico, con patrón -
plexiforme lo cual simula epitelio ameloblastomoso.

Parte de este grupo es clasificado de acuerdo a los criterios de
Viker-Gorlin, sin evidencia de infiltración de quiste fibroso, por
epitelio odontogénico.

Grupo # 3 LESIONES QUISTICAS UNILOCULARES: Lesiones en la cual -
el nódulo invacibo aislado de ameloblastoma folicular, puede o no
estar relacionado con el epitelio quístico o con la pared fibrosa.

(7)

C O N C L U S I O N E S

Es importante saber reconocer las estructuras anatómicas normales como senos del maxilar, agujeros mentonianos y fosa incisiva para que no se confundan con quistes, sobre todo si presentan alguna variación en su posición o formación, por lo que es necesario un estudio radiografico: Tales como:

Radiografias intraorales, Periapicales, Oclusales, Laterales, Extraorales, Laterales de cráneo, occipito-mental, nasopalveolar para algún quiste en especial, y algunas veces como apoyo se usa la tomografía.

Es necesario aclarar que no todas las radiotransparencias son quistes, ya que varios tumores odontogénicos pueden producir imagenes radiograficas iguales.

Tales como el ameloblastoma, fibroma ameloblástico hemangioma, granuloma de células gigantes etc.

Ademas es necesario basarnos en un examen microscopico, una buena historia clinica, y exploración bucal, en los signos y sintomas para obtener un diagnostico definitivo.

Por último diremos que:

Los quistes gingival parodontal, dentigero y primordial, generalmente están tapizados por epitelio escamoso estratificado no queratinizante que se encuentra sobre un tejido conjuntivo fibroso denso.

Los quistes radicular y parodontal presentan un infiltrado inflamatorio crónico secundario muy rico en células plasmáticas.

El quiste dentigero mandibular puede estar tapizado en parte por células calciformes, o tiene folículos linfoides o restos de células epiteliales debajo del revestimiento de la pared quística.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Santana Garay Julio: Atlas de patología Complejo Bucal. Edit. Científico Técnica 1a. Edición, La Habana 1984
pág. 38-40
- 2.- An Asintomatic radiolucency of the posterior Maxila, Steven D. Vicent, s. Thomas Deahl. and Dennis L.J. Oral Maxilofacial Surg. pág. 49,1109-1115 1991
- 3.- Harry Sicher Orban, Histología y Embriología, Ediciones Científicas 1981. Edit. La prensa Medica Mexicana S.A.
Pag. 2,19,22,23-35
- 4.-Robin E. Howell Janice P. Handlers and Ann Michelle Aberle. tumores Keratoquisticos Odontogénicos Oral Sug. Med. Patho. 1988. pág. 66- 577-80
- 5.- David H Cormack. Histología de Ham. Edit. Harla 1988.
Pág. 552 554
- 6.- William G. Shafer, Banet M. Levy; Patología Bucal Editorial Interamericana 1978 Pag. 238-240
Y tratado de Patología Bucal cuarta edición 1986.
pág. 270,-273; 275-278
- 7.- Lecture to the International Association of Oral Patologis 1992
(Asociación Internacional de Patología Oral). Pág. 1-15
- 8.- Javier Portilla Robertson C.D. Se. D.O. Texto de Patología Oral Editorial El Ateneo; 1989 1a. Edición. pág. 54-57
- 9.-Robert Gorlin D.D.S.M.S. Hery M. Gildman D.M.S. Thoma, Patología Oral. Salvat Editores S.A. 1990. Pág. 489, 491,492,493.
Capitulo 10.

- 10.- G. L. Hwe. Cirugia Bucal Menor, Manual Moderno 1987 pág.225-226
- 11.- Gómez Matáldi R. Radiología Odontologica Segunda Edición
Editorial Interamericana.
- 12.- Joseph. A Regezi D.D.S.M.S. James J. Sciubba D.M.D Patologia
Bucal Editores Iteramerica, 1991 Pág. 315, 316, 317.
Capitulo 10
- 13.- Schmitt P.A. y Donath K. Quistes Maxilares Odontogénicos.
Diferencial Patologia 1989. Pág. 22, 11-21, 27,28.
- 14.-S.N. Bhaskar B.D.S. Patologia Bucal. Sexta Edición 1981
Editorial El Ateneo. Pág. 169,171-178.
- 15.- The Epitelial Cells of Malassez and The genesis of. the dental
Cyst. A. R. the Cate, Vol. 34 # 6
- 16.- Robert J. Gorlin, Henry M. Goldman; Reimpresión Patologia
Oral. Editores Salvat. 1983 . pag. 494-496
- 17.- Recurrent Botryoid odontogenic cyst (Lateral periodontal Cyst).
John A. Phelan, David Kritchman Oral Sur, Oral, Med. Oral Pathol
1988 Pág. 66, 345-348.
- 18.- Botryoid Odontogenic. Cyst. R.S. Redman; B.W. Wehitestone
and C.E. Wime. J. Oral Maxillofacial Surg. 1990.
pág. 19, 114-146.
- 19.- Lateral Periodontal Cyst. S. Eliasón; G.I. Sacsson and P.A.
Kondell. Oral Maxilofacial Surg. 1991
Pág. 19, 114-146.
- 20.- Odontogenic. Keratocyst . Eleane Kakarantza; Angelo Poulou
and Oyrania Oral medi. Oral Surg. 1990. Pag. 40;593-598.