

318322



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA 2

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

TRATAMIENTO DE QUISTES EN
CAVIDAD ORAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

JOSE LUIS BELLO VAZQUEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

2002

EJEMPLAR UNICO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Con cariño a mis padres

SR. MARCIAL BELLO VELÁZQUEZ
SRA. IGNACIA VÁZQUEZ DE BELLO

Que con su valiosa ayuda hicieron posible la terminación de esta carrera, ya que con sus esfuerzos, -ayuda moral y sacrificios con los cuales ellos me han formado, para ellos mi amor e inmensa gratitud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3

A mi esposa

GUADALUPE HERNÁNDEZ BARRERA

Con todo mi amor y agradecimiento infinito, por el apoyo que siempre me ha brindado, gracias a él he llegado a la realización de mis estudios.

A mis hijos

FELIPE

ELIZABETH

MONSERRAT

LUIS RICARDO

Con mi amor infinito, gracias por su cariño y su ingenua motivación, que siempre me impulsó a llegar a la meta fijada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A mis hermanos:

HERIBERTO - AMALIA CALVO

ALEJANDRO

CARMELA - ANTONIO NAVA

JULIETA

MARTHA ELENA - RAFAEL RÍOS

MARCIAL

Con todo mi cariño, gracias por su
confianza y apoyo que siempre me--
han brindado.

TESIS CON
TALLA DE FONTE

5

A mis tíos:

ESTHER BELLO
ABEL TERREROS
CONSUELO VÁZQUEZ
RICARDO URIBE
LUZ MARÍA VÁZQUEZ
ALFONSO NÚÑEZ

Con cariño y gratitud por su gran
apoyo, comprensión y fe.

AL DR. ALFREDO PAREDES:

Como un testimonio de mi afecto
y agradecimiento por su valiosa
ayuda.

A LA DRA. ROCÍO RODRÍGUEZ ESTIBALETI:

Por su gran ayuda y consejos en la
elaboración de esta tesis, mi más-
sincero agradecimiento.

A mis maestros:

Que hicieron posible la culmina
ción de mis estudios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A mis compañeros:

Con los que conviví los mejores
años de estudiante.

Al Honorable Jurado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN..... 9

CAPÍTULO I

CLASIFICACIÓN DE LOS QUISTES..... 10

CAPÍTULO II

A) HISTORIA CLÍNICA..... 12

B) DIAGNÓSTICO CLÍNICO, DIFERENCIAL E
HISTOLÓGICO DE LOS QUISTES..... 14

C) PRUEBAS DE LABORATORIO..... 16

D) TRATAMIENTO..... 16

E) DATOS RADIOGRÁFICOS..... 17

CAPÍTULO III

QUISTES ODONTOGÉNICOS..... 18

CAPÍTULO IV

QUISTES NO ODONTOGÉNICOS..... 30

CAPÍTULO V

QUISTES DISODONTOGÉNICOS..... 38

CAPÍTULO VI

QUISTES DE RETENCIÓN..... 45

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO VII	
PSEUDOQUISTES.....	49
CAPÍTULO VIII	
QUERATOQUISTES.....	54
CONCLUSIONES.....	58
BIBLIOGRAFIA.....	59

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

Los quistes de la cavidad oral representan una parte interesante tanto de la patología como de la cirugía oral y maxilofacial.

Estas lesiones se observan con frecuencia y aunque re presentan una entidad benigna dentro de la patología, algunos de ellos suelen ser muy agresivos o bien tener en un momento dado la capacidad para malignizarse. Por lo mismo debemos in teresarlos en conocerlos ampliamente, ya que en la práctica-- diaria vamos a encontrarnos con algunos casos y debemos po--- seer la capacidad de diagnosticarlos correctamente y así ayudamos a nuestros pacientes evitándoles iatrogenias, por un -- mal manejo de su lesión; por lo tanto es importante estar al-- da respecto a la investigación y adelantos en el tratamiento de estas lesiones.

Como los quistes se presentan de variadas y diversas-- maneras, el fin que persigo con este trabajo es que quien lo-- lea tenga en sus manos tanto una guía de la clasificación de-- los mismos y con ello pueda establecer su diagnóstico, así -- como el plan de tratamiento, por lo tanto sólo incluiré la -- histología necesaria para una comprensión precisa de los as-- pectos prácticos en la solución al problema del paciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO I**CLASIFICACIÓN DE LOS QUISTES**

DEFINICIÓN: Quiste es una cavidad que aparece tanto-- en tejidos duros como blandos, presentando un contenido líqui-- do, semilíquido y gaseoso.

Está rodeado por una pared de tejido conectivo o cápsula, por lo general contiene un tapiz epitelial.

El contenido es un rasgo predominante e importante en el tamaño de la masa o volumen total del tejido. Se localiza en cavidad bucal y alrededor de cara y cuello. Siendo -- estos quistes congénitos, de desarrollo y de retención.

Los quistes de origen dentario son los más comunes.

CLASIFICACIÓN DE ROBINSON Y THOMA:**QUISTES ODONTOGÉNICOS**

- A) PERIODONTAL
 - 1.- Periapical
 - 2.- Lateral
 - 3.- Residual
- B) PRIMORDIAL (FOLICULAR)
- C) DENTÍGERO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- QUISTES NO ODONTOGÉNICOS
- A) FISURALES
- 1.- Nasoalveolar
 - 2.- Mediano (Maxilar y Mandibular)
 - 3.- Del Conducto Incisivo (Nasopalatino)
 - 4.- Glóbulo Maxilar
- QUISTES DISODONTOGÉNICOS
- A) TIROGLOSO
B) BRANQUIAL
C) DERMOIDE O EPIDERMOIDE
- QUISTES DE RETENCIÓN
- A) MOCOCELE
B) RÁNULA
- PSEUDOQUISTES
- A) ÓSEO TRAUMÁTICO
B) OSEOANEURISMÁTICO
C) ÓSEO ESTÁTICO
- QUERATOQUISTES
- A) SÍNDROME DEL NEVO BASOCELULAR O SÍNDROME DE GORLIN Y GOLTZ
B) QUISTE ODONTÓGENO QUERATINIZANTE Y CALCIFICANTE (Q. DE GORLIN)

TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO II

A) HISTORIA CLÍNICA

Ficha de Identificación: Nombre, edad, sexo, número--
telefónico, estado civil, lugar de origen, ocupación, domici-
lio, número de expediente.

Antecedentes Heredo Familiares: Hechos importantes re
lacionados con parientes sanguíneos como: padre, madre, herma-
nos, esposa e hijos.

Antecedentes Personales no Patológicos: Alimentación,
habitación, vestido, hábitos (alcoholismo, tabaquismo), higie-
ne personal e inmunizaciones.

Antecedentes Personales Patológicos: Enfermedades pro
pias de la infancia, (viruela, escarlatina, rubeola, varicela,
sarampión), convulsiones, paludismo, antecedentes alérgicos a
los anestésicos o algún fármaco, antecedentes traumáticos y--
quirúrgicos.

Padecimiento Actual: Motivo de la consulta, preguntan
do especialmente de la lesión que interesa en ese momento, --
aclarando todo tipo de dudas que sean útiles para el buen ---
diagnóstico clínico.

Interrogatorio de Aparatos y Sistemas.

Digestivo: Diarrea, vómito, náuseas, dispepsias, disfagia, anorexia, salivación, gastralgias.

Respiratorio: Tos (flemosa, seca, toseduras aisladas o en exceso), epistaxis, disfonía, cianosis, espectoraciones, disnea (de reposo, mediano o grandes esfuerzos).

Circulatorio: dolor precordial, cefalea, disnea de es fuerzo, palpitaciones, mareos, colapso, edema de tobillos, -- shock.

Urinario: Disuria, anuresis, poliuria, nicturia, hematuria, piruria, edema de los párpados, dolor lumbar.

Genital: Fecha de la última menstruación, dismenorrea, embarazo y fecha del parto, menarca.

Nervioso: Sueño, insomnio, temblores, irritabilidad, -parestesia, parálisis.

Músculo Esquelético: Inflamación, rubor, calor, mialgias, artralgias.

TESI CON
FALLA DE ORIGEN

Órganos de los Sentidos.

Audición: Otagia, otorrea, tinitis, hipoacusia, otorragia.

Visión: Reflejos oculares, miosis, midriasis, diplopia, fofenos.

Olfativo: Cacosmia, Anosmia.

Gustativo: Sabores.

Signos Vitales: Temperatura, pulso, frecuencia por minuto del ritmo cardíaco, tensión arterial, respiraciones por minuto.

Examen de Cavidad Oral: La exploración debe ser en forma ordenada y total, sin omitir ninguna estructura; labios mucosa labial, mucosa bucal, pliegues mucosales, paladar, orofaringe, lengua, piso de la boca, encías, dientes y oclusión.

B) DIAGNÓSTICO CLÍNICO, DIFERENCIAL
E HISTOLÓGICO DE LOS QUISTES

1) Diagnóstico Clínico: Es la identificación de una--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

enfermedad basado sólo en la observación y valoración de los signos y síntomas clínicos de la entidad patológica que son-- observables o palpables manualmente, sin acudir a datos o a-- información de otro origen.

Aunque este método se practica con frecuencia, puede-- llevar a menudo a establecer un diagnóstico correcto.

Su utilización debe limitarse sólo a la identifica--- ción de aquellas enfermedades cuyos caracteres son especffi-- cos de ellas mismas.

2) Diagnóstico Diferencial: Este método proporciona-- mayor grado de seguridad, la acumulación y elección de datos-- importantes nos establece un diagnóstico definitivo y es el-- que nosotros preferimos aplicar. Para emplear esta técnica-- con éxito, son de gran importancia tanto los conocimientos--- como la habilidad.

La destreza necesaria para la preparación del diagnós-- tico del caso historiado es todo ello de vital importancia en el diagnóstico diferencial.

3) Diagnóstico Histológico: La caracterfstica histoló-- gica de un proceso patológico, que se determinan por medio de una biopsia, son de gran importancia diagnóstica, con frecuen

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cia el método de diagnóstico que establece la identificación definitiva. Generalmente los síntomas clínicos suelen faltar según sea el tamaño de la lesión, (la deformación facial solamente se da cuando el tamaño del quiste es muy grande).

C) PRUEBAS DE LABORATORIO

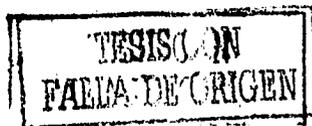
Análisis Clínicos: Biometría hemática, tiempo de sangrado, tiempo de coagulación, tiempo de tromboplastina, tipo de sangre y exámenes radiográficos.

D) TRATAMIENTO

Existen tres métodos generales de tratamiento:

- 1.- Enucleación de todo el quiste.
- 2.- Marsupialización.
- 3.- Colapsamiento.

Los principios básicos de la técnica quirúrgica van a indicar la preservación del aporte sanguíneo a la región, tratando de evitar trauma a tejidos blandos, una buena asepsia, la incisión debe ser nítida con base ósea sana que ayude a -- evitar un post-operatorio doloroso, la técnica quirúrgica que nos brinde una buena visión del campo operatorio sin lastimar estructuras vitales.



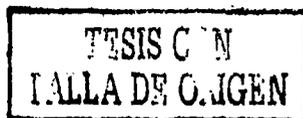
E) DATOS RADIOGRÁFICOS

La radiografía nos indica toda la localización y extensión de las lesiones quísticas tanto en el hueso como en los dientes, las pruebas de vitalidad deben hacerse cuando las sombras que se presentan en la región afectada nos causen confusión pareciendo estar afectando uno o varios dientes, estas pruebas deben hacerse en todos los dientes afectados por la lesión.

Los quistes del maxilar superior son muy difíciles de observar en la radiografía, esto se debe a que se superponen las sombras de los senos paranasales.

No se debe diagnosticar solamente con el estudio radiográfico, ya que pueden existir confusiones con otras lesiones neoplásicas y metabólicas, que radiográficamente se ven como quistes.

Puede uno ayudarse con una sustancia radiopaca como aceite yodado (lipiodol), que se inyecta en la cavidad quística, después que se aspira el contenido del quiste.



CAPÍTULO III

QUISTES ODONTOGÉNICOS

A) PERIODONTAL.

1.- QUISTE PERIAPICAL.

CARACTERÍSTICAS GENERALES: Es originado por una infección bacteriana o por necrosis pulpar, esto siempre ocurre -- después de un proceso carioso muy avanzado.

Se encuentra cubierto de epitelio y con frecuencia está lleno de líquido. Su revestimiento deriva de los restos--epiteliales de Malassez y su proliferación se encuentra completamente unida al estímulo inflamatorio de un granuloma ---pre-existente.

Cuando esta lesión comunica con el seno maxilar, consta también de epitelio bucal.

PATOLOGÍA DEL QUISTE: Se encuentra cubierta por epitelio estratificado escamoso y su pared está cubierta de tejido conectivo condensado. La formación inicial de éste es la proliferación de los restos epiteliales de la zona periapical -- que abarca el granuloma, teniendo un crecimiento irregular,-- apareciendo a veces cuadros totalmente alarmantes por su natu

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

raleza pseudoinvasora de aspecto inflamatorio con células inflamadas.

Debido a la consecuencia de la desnutrición vamos a observar la destrucción, necrosis y degeneración del tejido conectivo del granuloma periapical.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Su sintomatología no es dolorosa, la presencia en el ligamento periodontal es silenciosa, el paciente no se da cuenta de su existencia hasta que el Cirujano Dentista por medio de un estudio radiográfico se da cuenta de su existencia.

A la percusión tampoco presenta sintomatología dolorosa, es un quiste pequeño que no alcanza la destrucción ósea ni de la lámina cortical. Su proceso inflamatorio crónico se desarrolla en períodos prolongados.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS: Este quiste no siempre presenta una línea delgada radiopaca en su periferia de la zona radiolúcida, en la interpretación radiográfica se observa una reacción del hueso a la masa que se va expandiendo lentamente.

Esta lesión es parecida en gran parte a la del granuloma apical, ya que el tamaño es similar.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS: Se encuentra tapizado-- por tejido estratificado escamoso, las únicas lesiones que va rfan son las del maxilar superior por afectar al seno maxilar y presentan epitelio cilíndrico, ciliado, pseudoestratificado o de tipo respiratorio.

Este epitelio escamoso no presenta queratina, el grosor varía según la lesión. La capa basal es rica en deshidroge nasa succínica, indicando una acción anabólica.

TRATAMIENTO: El tratamiento de esta lesión sin impor- tar su naturaleza es la enucleación de toda la patología quís tica.

2.- QUISTE LATERAL.

CARACTERÍSTICAS GENERALES: Se origina en el ligamento periodontal lateral de un diente erupcionado, puede iniciarse como quiste dentífero. Si el crecimiento del quiste es lento la erupción del diente puede ser normal y el quiste se sitúa- en posición cercana a la superficie lateral de la raíz, cons- tituida por restos epiteliales de Malassez.

La zona en que se localizan es en la de caninos y pre molares del maxilar inferior. Puede originarse también de -- brotes supernumerarios de la lámina dental.

TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Este quiste aparece principalmente en la edad adulta, no se especifica la predilección por sexo.

No presenta signos ni síntomas clínicos, su aparición es descubierta por exámenes radiográficos rutinarios por el Cirujano Dentista.

En caso de infección puede semejarse a un absceso periodontal lateral y su mucosa suprayacente es normal.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS: Presenta una zona radiolúcida en aposición con la zona de la superficie lateral de una raíz dental, observándose una lesión pequeña bien circunscrita, sus bordes son bien definidos, estando rodeada por una delgada capa de hueso esclerótico.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS: Está revestido por una pared de tejido conectivo, en su parte interna revestido por una capa de epitelio estratificado escamoso, que es delgado y con pocos signos de proliferación.

Las células presentan citoplasma claro y núcleo pequeño intensamente teñido formando este epitelio, para queratina u ortoqueratina, entonces recibe la clasificación de queratociste odontógeno.

TESIS CON
FALSA DE ORIGEN

TRATAMIENTO: Debe ser enucleado por cirugía sin extraer el diente afectado, si esto no es factible hay que extraerlo.

La importancia de elaborar un buen diagnóstico ya que la similitud de este quiste con lesiones más graves como un ameloblastoma incipiente. Este quiste no recidiva una vez hecha su enucleación quirúrgica.

3.- QUISTE RESIDUAL.

CARACTERÍSTICAS GENERALES: Este quiste se origina por la extracción de un diente afectado por un quiste radicular, sin que se haya hecho la total remoción de este mismo, después de la extracción. Ésta es una lesión postquirúrgica.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Este quiste no presenta sinuomatología, su localización se lleva a cabo accidentalmente en la exploración radiológica habitual.

Se diferencia del quiste radicular porque se realiza la extracción, en donde posteriormente aparecerá el quiste residual.

Cuando el quiste es muy grande o se infecta pueden encontrarse diversos grados de agrandamiento o deformidad de hueso, presentando una delgada capa de hueso cortical. Su localización más frecuente es en maxilar que en mandíbula.

LESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS: Este quiste se localiza siempre en la parte profunda del alvéolo que dejaron los dientes extraídos. Observándose una radiotransparencia periapical y una discontinuidad de la membrana periapical y de la lámina dura. Su forma suele ser redonda u ovalada, siendo -- frecuentes las variaciones de forma y tamaño.

B) PRIMORDIAL (Folicular).

CARACTERÍSTICAS GENERALES: Este quiste se origina de los derivados del órgano del esmalte, antes de la formación de sus tejidos dentarios, la degeneración del retículo estrellado da lugar a un espacio quístico limitado por epitelio interior y exterior del esmalte, el cual sufre un cambio convirtiéndose en epitelio escamoso estratificado.

Su localización más frecuente es el lugar del tercer molar del maxilar inferior, por detrás del mismo en el borde anterior de la rama ascendente, y también en los dientes supernumerarios.

Esta lesión se localiza en lugar de un diente, no estando asociado con él. Algunos de estos presentan queratina o paraqueratina.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: El tamaño de estos quistes-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

es diferente, teniendo un potencial que puede llegar a expandir hueso en la zona en que se encuentran y a veces llegan a desplazar a los dientes por presión, no presenta sintomatología dolorosa, sólo hay dolor cuando existe la probabilidad de una infección secundaria, no tiene manifestaciones clínicas.

No tiene predilección por el sexo, se origina en épocas tempranas de la vida y se descubre hasta la segunda o tercera década de la vida.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS: Se observa una zona radiolúcida en el lugar del diente permanente normal subyacente bien delimitada.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS: La pared quística está compuesta de fascículos paralelos de fibra colágena, su densidad es variable.

Internamente se encuentra revestido por una capa intacta de epitelio escamoso estratificado que presenta una capa de paraqueratina u ortoqueratina, teniendo una superficie acanalada. Consta de cuatro a ocho células de espesor sin brotes epiteliales, es lo que da el grosor variable del epitelio.

Contiene una capa de células basales columnares con--



núcleo pignótico, raras veces se encuentran células inflamatorias crónicas. La mayor parte consta de linfocitos y plasmocitos mezclados con leucocitos polimorfonucleares.

TRATAMIENTO: La enucleación quirúrgica, efectuando un cureteado a fondo del hueso asegurándose de la eliminación -- completa del epitelio, para evitar la recidiva. El índice de proliferación es muy elevado por dejar fragmentos de tejido-- donde se encuentra la lesión.

C) DENTÍGERO.

CARACTERÍSTICAS GENERALES: Este quiste se encuentra-- rodeando la corona de un diente después de haberse formado és ta totalmente, sin haber erupcionado. Su origen es por una-- alteración del epitelio reducido del esmalte después de forma da por completo la corona. Hay acumulación de líquido entre-- este epitelio y la corona dental. Es necesario distinguir el saco folicular agrandado y el quiste dentífero.

Normalmente es necesario una anchura del espacio peri coronal de 2.5 mm o más, como requisito mínimo para el diag-- nóstico de este quiste; el tamaño es variable desde una leve dilatación del saco pericoronar hasta abarcar el cuerpo y rama de una mitad del maxilar inferior, que es donde se localizan los quistes mayores.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Su localización más frecuente es en las zonas de terceros molares y segundos premolares-inferiores y terceros molares y caninos superiores. Este quiste está asociado con la corona de un diente retenido. Esta lesión es muy agresiva, ya que origina una expansión ósea provocando una asimetría facial y desplazamiento de dientes, la resorción ósea de las piezas adyacentes al diente afectado y con dolor.

Según la posición en que se desarrolla el quiste en relación con la corona dental se clasifica en: Central, Lateral y Circunferencial.

CENTRAL: Se encuentra rodeando la corona simétricamente, moviéndose en dirección opuesta a la de su fuerza normal de erupción.

LATERAL: Se origina en el lado mesial o distal del diente y se dilata apartándose del diente, envolviendo una parte de la corona provocando inclinación o desplazamiento del diente hacia el lado no afectado.

CIRCUNFERENCIAL: Es el órgano del esmalte entero alrededor del cuello del diente se hace quístico, permitiendo varias veces la erupción del diente a través del quiste, originando imagen igual a la del quiste radicular.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estos quistes suelen ser solitarios, llegan a provocar una considerable dilatación y que generalmente es indolore de la lámina externa. Puede estar asociado con disostosis cleidocraneal y un raro tipo de amelogénesis imperfecta hipoplástica, donde hay varios dientes incluidos.

Los de origen dental presentan a veces dificultad para su diagnóstico.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS: Se encuentra una zona radiolúcida rodeada de una línea esclerótica que presenta la reacción ósea estando muy pronunciada y de alguna manera está vinculada con la corona del diente no erupcionado, está rodeado simétricamente por la imagen radiolúcida. No hay que confundir el espacio pericoronal normal con un quiste dentígero central. Cuando es un quiste lateral se proyecta lateralmente a partir de la corona dental observándose el tamaño y desplazamiento dental, apareciendo una lesión unilocular lisa o a veces multilocularmente.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS: Está compuesto por una delgada pared de tejido conjuntivo tapizado por un epitelio escamoso estratificado que se continúa con el epitelio reducido del esmalte que cubre la corona.

Un porcentaje pequeño de estos quistes está relacionado

TELSCON
FALLA DE ORIGEN

do con una delgada capa de queratina adyacente a la luz. La cápsula está casi siempre compuesta de tejido conjuntivo colágeno bastante denso, en él se encuentran algunas células inflamatorias, hendiduras de colesterol, células gigantes de cuerpos extraños, células productoras de moco y glándulas cebáceas, hay también queratina u ortoqueratina similar a la del quiste primordial.

El líquido que contiene la luz es amarillento acuoso, poco espeso y a veces sanguinolento.

El quiste dentífero lo han definido algunos investigadores como el origen intrafolicular, es decir, el crecimiento directo del folículo que envuelve la corona del diente y algunos autores lo consideran como ameloblastoma potencial.

TRATAMIENTO: Los quistes de mayor tamaño pueden causar pérdida ósea importante y adelgazar en forma peligrosa al hueso, el tratamiento es hacer un drenaje quirúrgico o marsupialización, provocando el alivio de la presión y la contracción gradualmente del espacio quístico por la aposición periférica de hueso nuevo.

Se recurre a este procedimiento para evitar la posibilidad de una fractura ósea del maxilar, haciendo la enucleación quirúrgica total. La recidiva es rara sólo que haya ha-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

bido fragmentación de revestimiento quístico o quedando restos de éste.

Las pequeñas lesiones deben ser enucleadas por cirugía en su totalidad. Cuando la resorción quirúrgica es incompleta, se originan diferentes patologías como son:

1.- La formación de un ameloblastoma derivado de epitelio odontógeno de la pared quística.

2.- Puede formarse un carcinoma epidermoide con los mismos tejidos epiteliales que el anterior.

3.- Puede originarse un carcinoma mucoepidermoide básicamente un tumor maligno de las glándulas salivales, a partir de epitelio de revestimiento de quiste dentífero con células secretoras de moco.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO IV

QUISTES NO ODONTOGÉNICOS

1.- QUISTE NASOALVEOLAR.

CARACTERÍSTICAS GENERALES: Probablemente su origen es por los restos epiteliales localizados en la unión de los procesos globular, nasolaterales y maxilares.

Está situado y fijado al ala de la nariz, cerca de la base de la misma. Localizado fuera del hueso, siendo un quiste periférico.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Puede ocasionar bastante inflamación facial para obliterar el pliegue nasolabial en el lado afectado. Este quiste abulta hacia el suelo del vestíbulo nasal, proyectándose debajo del extremo anterior del cornete inferior, ocasionando algunas veces obstrucción nasal. -- Los pacientes pueden experimentar dolor intermitente.

Esta lesión es fijada a la mucosa nasal. Su predilección es el 70% en mujeres en la cuarta década de vida y con más frecuencia en individuos de raza negra.

Según estudios, este quiste se forma de la parte inferior del conducto nasal lagrimal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS: Está tapizado por epitelio respiratorio o escamoso estratificado, también por epitelio cilíndrico pseudoestratificado y células caliciformes.

TRATAMIENTO: La remoción quirúrgica de esta lesión,--
teniendo cuidado de no aplastarlo o perforarlo.

2.- QUISTE MEDIANO:

A) QUISTE MEDIANO MAXILAR.

CARACTERÍSTICAS GENERALES: No tiene relación con los conductos incisivos ni con los conductos nasopalatinos, no debe confundirse con el quiste nasopalatino, ya que su localización nos confunde.

Se origina de los restos epiteliales atrapados en la línea media de fusión en el paladar.

Se localiza en cualquier punto posterior a la papila palatina hasta la úvula.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: A veces su crecimiento produce una inflamación palatina bien definida y visible. Su -- proliferación epitelial de este quiste es desconocida.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS: Se encuentra revestido-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

por epitelio estratificado escamoso, el que cubre es tejido--
conectivo fibroso denso, que a veces tiene infiltrado celular
inflamatorio crónico.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS: Observamos una zona ra-
diolúcida bien circunscrita en medio al sector de premolares-
y molares, rodeada de una zona radiopaca que es hueso escleró-
tico.

Las formas pueden ser ovals, redondas, irregulares o
multiloculares.

TRATAMIENTO: Por medio de eliminación quirúrgica y un
cureteado minucioso.

B) QUISTE MEDIANO MANDIBULAR.

CARACTERÍSTICAS GENERALES: Este quiste es de entidad-
dudosa, ya que es sumamente rara; se localiza en la línea me-
dia de la mandíbula, por debajo de los ápices de los incisi-
vos centrales.

Su origen puede ser una degeneración quística de un--
germen dental supernumerario, que represente un quiste de de-
sarrollo que resulta de la inclusión del epitelio atrapado en
el canal central durante la fusión de ambos arcos mandibula-
res y la posibilidad de que sea un quiste periodontal que se-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

desarrolla en la línea media.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Se descubren por medio de exámenes radiográficos rutinarios, provocando expansión de las láminas corticales óseas, su sintomatología no es dolorosa, los dientes adyacentes al quiste son vitales, excepto cuando se infectan posteriormente a la aparición de esta lesión.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS: Presentan una zona radiolúcida bien delimitada, y sus formas son ovales, redondas, irregulares y multiloculares.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS: Se encuentran tapizados de epitelio escamoso estratificado delgado, o en combinación de epitelio de este tipo y cilíndrico ciliado.

TRATAMIENTO: La excisión quirúrgica conservadora, evitando sacrificar los dientes cercanos a la lesión, siempre que sea posible.

3.- QUISTE DEL CONDUCTO INCISIVO (NASO-PALATINO).

CARACTERÍSTICAS GENERALES: Este quiste nasopalatino incluye los quistes del conducto incisivo y de la papila palatina.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El quiste del conducto incisivo, es un saco intraóseo cerrado, se encuentra tapizado por epitelio.

Cuando su localización es por debajo del agujero incisivo se le denomina quiste de la papila palatina.

EMBRIOLÓGICAMENTE: El conducto incisivo que se encuentra comunicando las cavidades nasal y bucal se origina cuando los procesos palatinos maxilares se fusionan con el premaxilar, dejando dos vías de comunicación, una a cada lado del tabique nasal, a cada conducto se encuentra un DUCTUS nasopalatino o cordón, o restos celulares epiteliales. Su aproximación de estos conductos a la superficie de la cavidad bucal, dirigiéndose hacia adelante y generalmente se unen antes de terminar como una apertura común en el hueso palatino inmediatamente por detrás de la papila palatina.

Estos conductos incisivos contienen también las raíces terminales de las arterias palatina descendiente y esfeno palatina, el nervio nasopalatino y glándulas salivales menores.

El tipo de epitelio que compone el conducto nasopalatino o sus restos depende de su localización: Si hay epitelio respiratorio cerca de la cavidad bucal, cuboideo y finalmente escamoso estratificado al acercarse a la cavidad bucal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Este quiste es el más común de los quistes de desarrollo. Su origen es debido a traumatismos, infección bacteriana, bloqueo inflamatorio o mucoso del conducto.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Su sintomatología no es dolorosa, excepto cuando hay infección, su localización es en la cuarta y sexta década de vida, no hay predilección de sexo.

Muchas veces hay un agrandamiento de la línea media-- anterior del paladar. Hay tumefacción en una mitad de los pacientes del conducto incisivo y un porcentaje mayor en todos los que tienen quistes de la papila palatina. El drenaje o-- la supuración es una secuela frecuente.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS: Diagnóstico radiográfico difícil según el tamaño, esta lesión siempre se encuentra en la línea media presentando una forma oval o circular. Si el tabique nasal se superpone en la radiografía semeja una -- forma de corazón, en las radiografías oclusales este quiste-- aparece por atrás de los incisivos.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS: Pueden estar tapizados por completo por epitelio escamoso estratificado, transicional, cilíndrico y cilíndrico ciliado, pseudostratificado, cilíndrico ciliado o cuboideo. Según su localización es el tipo de epitelio que encontramos. Observamos una formación de--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cartilago junto a los quistes de la papila palatina y puede-- también llegar a encontrarse fragmentos musculares.

TRATAMIENTO: Cuando no se ha hecho la enucleación de esta lesión en pacientes desdentados, antes de su tratamiento protésico favorece la infección aguda, el drenaje de pus y la perforación de la mucosa bucal.

En pacientes dentados estos casos se presentan en diferente manera, no siendo el tratamiento quirúrgico tan indispensable como en los desdentados. El tratamiento es la enucleación quirúrgica.

4.- QUISTE GLÓBULO MAXILAR.

CARACTERÍSTICAS GENERALES: Este quiste es fisural y-- se localiza en la porción globular de la apófisis nasal y de la apófisis maxilar, del hueso maxilar superior, entre el incisivo lateral y canino vitales.

Se origina en la sutura ósea entre la premaxila y el maxilar en la sutura incisiva, su localización va a estar variada por el reborde y paladar fisurados. Este quiste clínica y radiográficamente se asemeja a los quistes periodontales y laterales.

Se forma a partir de restos epiteliales atrapados en-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

la región de la sutura incisiva.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Este quiste aparece en la--tercera década de vida y no es de sintomatología dolorosa, se descubre por medio de exámenes radiográficos habituales, sólo hay dolor cuando existe una infección, no hay predilección --por el sexo, localizándose más en el hombre que en la mujer.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS: Observamos una zona radiotransparente bien definida en forma periforme invertida entre las raíces del incisivo lateral y canino del maxilar superior, también pueden existir quistes globulomaxilar bilaterales.

La diferencia del quiste globulomaxilar del periodontal es que en el quiste globulomaxilar los dientes presentan vitalidad a excepción cuando presentan infección.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS: Está tapizado por epitelio cuboideo estratificado o columnar cilíndrico. El resto--de la pared está compuesto de tejido conectivo fibroso, que--por lo general presenta infiltrado celular inflamatorio.

TRATAMIENTO: La enucleación quirúrgica procurando conservar los dientes adyacentes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO V

QUISTES DISODONTOGÉNICOS

1.- QUISTE TIROGLOSO.

CARACTERÍSTICAS GENERALES: Puede desarrollarse en --- cualquier punto a lo largo del conducto tirogloso, en medio--- del agujero ciego y la glándula tiroides.

Su origen es por falta total o parcial de oblitera--- ción de estos conductos, aunque se desconoce su causa. La ma yoría de las fístulas aparecen después de la rotura de un --- quiste, puede desencadenarse por infección de tejido linfoide en la zona de los restos del conducto tirogloso, por el drena je de una infección. Siendo éste un quiste de desarrollo.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Este quiste se manifiesta--- como una masa blanda y movable, algunas veces sensible a la--- palpación, situada en la línea media en cualquier punto y a--- un lado de la glándula tiroides. Su tamaño es variable y de--- lento crecimiento. Cuando esta lesión se encuentra en la par te alta en el conducto cercano a la lengua produce disfagia--- ronquera o dificultades en la fonación. Aparece en la segun--- da década de vida, puede observarse en el agujero ciego, piso de boca o más abajo. Cuando hay una fistulización va a abrir una canalización a la superficie cutánea.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS: Se encuentra tapizado-- por epitelio escamoso estratificado, cilíndrico ciliado o no-ciliado y transicional intermedio, dependiendo en parte del-- lugar de origen. En la pared se puede encontrar tejido lin-- foide, glándulas mucosas e incluso tejido tiroideo aberrante.

TRATAMIENTO: Consiste en la total excisión quirúrgica, para evitar la recidiva, habiendo la posibilidad de maligniza-- ción, pero muy rara.

2.- QUISTE BRANQUIAL.

CARACTERÍSTICAS GENERALES: Este quiste es del desarro-- llo, poco frecuente, se desarrolla en la región lateral supe-- rior del cuello, cerca del ángulo de la mandíbula, se encuen-- tra también en el piso de la boca o por debajo de la lengua.- Cubierto sólo por el músculo esternocleidomastoideo, general-- mente sobre la lámina carotídea.

Es una lesión linfoepitelial benigna. Se cree que se origina por los restos epiteliales de los arcos branquiales-- embrionarios, por estudios realizados y pruebas que indican-- que este quiste no tiene relación con los arcos branquiales.- Su tejido epitelial es de origen desconocido, y probablemente-- que provenga de glándulas salivales. Estudios frecuentes de-- estos quistes se observa que proceden de epitelio atrapado en los ganglios linfáticos de la región de los arcos branquiales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Se presenta en la tercera--
década de vida, aunque también en la niñez. Su tamaño es va--
riado y su crecimiento es lento, no tiene predilección por --
sexo. A la palpación es una masa movable y asintomática, se--
encuentra perfectamente bien delimitada en la zona lateral --
del cuello superior, cerca del borde anterior del músculo es--
ternocleidomastoideo.

Se originan algunos en el cuello viéndose algunos ca--
sos en el ángulo de la mandíbula en la zona submandibular, y--
en la zona periauricular y parotídea.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS: Este quiste linfoepite--
lial está revestido por epitelio escamoso estratificado, con--
teniendo también epitelio columnar estratificado. La pared--
quística posee tejido linfoide, puede contener también tejido
conectivo. En su parte interna contiene un líquido acuoso --
claro o material mucoso gelatinoso espeso.

TRATAMIENTO: Es la remoción o eliminación quirúrgica--
minuciosa, para evitar la recidiva es necesaria la extirpa--
ción completa, a veces hay que aspirar o drenar la lesión.

Muy raras ocasiones se han encontrado la formación de
carcinomas que son originados por el epitelio que tapiza el--
quiste de la hendidura branquial.



3.- QUISTE DERMOIDE O EPIDERMOIDE.

QUISTE DERMOIDE.

CARACTERÍSTICAS GENERALES: Es una lesión del desarrollo, ya que se origina de células epiteliales atrapadas por-- debajo de la superficie durante la fusión de los tejidos blandos durante el desarrollo fetal, encontrando también otras -- capas de células germinales, ya que los componentes no epiteliales pueden participar también en el proceso de desarrollo.

Sus localizaciones son en el paladar, cuello, el piso de la boca, zonas submaxilares y sublinguales y ángulo de la mandíbula.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Su localización es en el piso de boca, en la línea media y cuando se encuentra por encima del músculo genihioideo éste presenta una tumoración de tamaño variable y redonda, de superficie lisa, bien delimitada, teniendo un color rosado.

A la palpación muchas veces presenta una masa semisólida, su consistencia va a estar dada a menudo por el contenido variable del quiste. El tamaño es lo suficientemente grande para desplazar la lengua al interferir la función bucal, -- como la alimentación, respiración y fonación en el paciente. -- Cuando la localización es por debajo a mayor profundidad en--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tre los músculos geniohioideo y milohioideo la abultación que presenta en la zona submentoniana, viéndose por afuera de la boca como una tumoración en la línea media, de superficie lisa, inmediatamente por detrás del mentón.

Si llegan a infectarse se forman unos trayectos fistulosos que se abren en la boca o en la piel, pudiendo llegar a una transformación maligna.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS: Su revestimiento está compuesto de epitelio escamoso estratificado, con paredes de tejido conjuntivo fibroso, denso. Es importante el diagnóstico el hallazgo de anexos cutáneos en la pared del quiste como glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas y folículos pilosos. A veces presenta material sebáceo y queratina.

TRATAMIENTO: Es la enucleación quirúrgica total, y generalmente no recidiva.

QUISTE EPIDERMOIDE:

CARACTERÍSTICAS GENERALES: Se desarrolla también a partir de las células epiteliales atrapadas al cerrarse las capas de tejido blando durante su desarrollo fetal. Es un quiste de desarrollo.

Este quiste puede también considerarse como un quiste

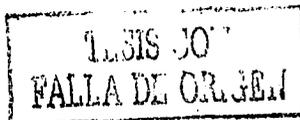
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de inclusión, pueden originarse también a partir de las masas epiteliales que se han separado de la superficie epitelial.-- Estas inclusiones ocurren durante el desarrollo o resultar de un traumatismo en el que el epitelio haya sido desplazado --- anormalmente.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: La diferencia del dermoide y epidermoide es que el quiste dermoide es más superficial y carece de carácter pastoso. El quiste epidermoide de inclusión se localiza en diferentes tejidos blandos, como el suelo de la boca, en la zona de repliegues mucobucales, en mejillas, y raras veces dentro de los maxilares, donde se cree que se-- originan de epitelio gingival desplazado o a una causa odontógena.

El quiste epidermoide se localiza en líneas de sutura del desarrollo.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS: El quiste epidermoide-- contiene únicamente un revestimiento de epitelio escamoso estratificado, y que generalmente bien queratinizado, encontramos también una pared de tejido fibroso. El quiste epidermoide histológicamente se diferencia del dermoide en que el epidermoide no contiene los anexos cutáneos: como glándulas sebáceas, folículos pilosos, glándulas sudoríparas. Los componentes histológicos de los quistes de inclusión son los mismos--



que los quistes de desarrollo.

TRATAMIENTO: Debe hacerse la enucleación quirúrgica--
total, no tiene recidiva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO VI

QUISTES DE RETENCIÓN

1.- MUCOCELE.

CARACTERÍSTICAS GENERALES: Es de origen traumático,-- se localiza en glándulas y conductos salivales. También es-- causada por una obstrucción del conducto de una glándula salival menor o accesoria. Este traumatismo que afecta una glándula salival, también es causado por mordeduras o corte de labios o carrillos, y por pellizcamiento de labios con fórceps.

También puede ser originado por la obstrucción que -- provoca un pequeño cálculo o piedrecita intraductal, o por la contracción de una cicatriz en formación alrededor de un conducto después de un traumatismo. Los cálculos de las glándulas salivales accesorias son raras.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Depende de mucho la profundidad de la lesión. Las lesiones más superficiales se conocen con facilidad, presentando una vesícula prominente, de su superficie lisa y color azul o rojizo translúcido y tamaño variable; en algunos casos pueden encontrarse dos o más quistes muy próximos entre sí. El quiste profundo se ve como una inflamación del tejido que lo cubre y su aspecto superficial de una mucosa normal. A la palpación muestra una masa dura y mo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

vil. La localización en el paladar es muy rara, pero en la mucosa labial inferior y poco frecuente en la parte ventral de la lengua, y el suelo de la boca.

Su formación puede ser de pocos días y alcanzar cierto tamaño, pudiendo persistir durante meses o años.

El líquido que contiene el quiste es espeso y mucinoso y no tiene predilección por el sexo y se origina a cualquier edad.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS: Son variables, algunos quistes mucosos se encuentran recubiertos por epitelio plano y otros por epitelio fibroso comprimido y con fibroblastos. Su cavidad es bien circunscrita con tejido conectivo y submucoso ocasionando una elevación de la mucosa y su adelgazamiento epitelial se ve estirado. También hay infiltración de grandes cantidades de leucocitos polimorfonucleares, linfocitos y plasmocitos.

La luz quística se encuentra ocupada por un coágulo eosinófilo que tiene fundamentalmente leucocitos, fagocitos y mononucleares. Las alteraciones son: inflamación intersticial o sialadenitis, dilatación de conductos intralobulares e interlobulares, acumulación de moco y destrucción de células mucosas, lo que origina zonas pequeñas de moco acumulado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRATAMIENTO: Es la extirpación quirúrgica total de la lesión si nada más se incide la lesión, el contenido sale pero se vuelve a llenar en cuanto ésta cicatriza. El porcentaje de recidiva es alto, debido a restos dejados después de la cirugía.

2.- RÁNULA.

CARACTERÍSTICAS GENERALES: Se presenta en forma característica en el piso de la boca, siendo unilateral. Se origina asociado a conductos secretores de glándulas submaxilares o sublinguales y generalmente se debe a una obstrucción causada por un cálculo salival o por una substancia orgánica blanda. La patogenia es la misma que la del mucocele.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Generalmente es superficial y de pequeño tamaño, en estos casos presenta una masa blanda, redonda, de superficie lisa azulada o rojiza, su protusión la hace a un lado del suelo de la boca. Cuando es más grande -- hay desplazamiento de la lengua e interfiere la función bucal.

Quando se encuentra situada profundamente la mucosa-- que la cubre es de aspecto normal, dándole un color rosado -- normal. Lo más frecuente de estas lesiones son unas tumora-- ciones redondas, de superficie lisa y consistencia semisólida.

Puede encontrarse también un tipo de ránula suprahioi

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

dea sumergida que es una tumoración o hernia a través del músculo milohioideo.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS: Su revestimiento epitelial es definido, siendo las mismas características histológicas similares al mucocele. Por esto la ránula es un quiste--verdadero de retención.

TRATAMIENTO: Excisión quirúrgica total, puede hacerse la marsupialización no enucleando el total de la lesión, puede existir con esto probabilidades de recidiva. Ya que la --gran dificultad de encontrar un buen plano de clivaje, debido a la delgadez de sus paredes, el tratamiento a seguir acertadamente es la marsupialización.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO VII

PSEUDOQUISTES

1.- QUISTE ÓSEO TRAUMÁTICO.

CARACTERÍSTICAS GENERALES: Su cavidad carece de reves timiento epitelial, no tiene cápsula, muchas veces está vacfa, apareciendo la mayorfa de los casos en maxilares, como en --- otros huesos del esqueleto.

Su origen es por una lesión o golpe en el maxilar, en los primeros años de vida produciendo una hemorragia intramedular y con siguiente resorción de hueso, siendo esto en el hueso esponjoso donde está la médula hematopoyética que está encerrada de una capa de hueso cortical. El coágulo de la médula ósea que se desconoce su degeneración termina por producir una cavidad vacfa en la cavidad del hueso, ocasionando -- posteriormente necrosis de la zona afectada y de las trabéculas óseas. Está aumentado de tamaño por una expansión cons-- tante producida por un edema infiltrante progresivo, provocando obstrucción del drenaje venoso.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Se originan más en hombres-- que en mujeres, ya que los hombres están más expuestos a su-- frir traumatismos. Se presenta de la segunda a la cuarta dé-- cada de vida, la localización más frecuente es en la parte --

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

posterior de la mandíbula y la región de incisivos, en el maxilar superior son casos muy raros. Los dientes que se encuentran cerca de la lesión se realiza prueba de vitalidad -- pulpar para no sacrificar los que estén normales. Su descubrimiento es casualmente por medio de una exploración radiográfica habitual, ya que la mayoría no presenta alteraciones clínicas detectables.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS: Es de tamaño variable con un borde esclerótico delgado y radiolúcido. A veces el tamaño del quiste abarca el cuerpo de la mandíbula y la rama ascendente, englobando las raíces de los dientes involucrados. Su forma puede ser lobulada o festoneada según la extensión entre las raíces.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS: Se encuentra constituida por una delgada membrana de tejido conectivo tapizando la cavidad, teniendo una reacción osteofítica en la superficie externa de la lámina cortical, la vitalidad dental es normal sólo cuando existe una infección.

TRATAMIENTO: Es la enucleación quirúrgica del revestimiento, restableciendo la salida de sangre al interior de la lesión. El relleno de la cavidad empieza a ocurrir de los 6 a los 12 meses después de la intervención. Si la cavidad ósea es muy grande se rellena con viruta ósea.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.- QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO.

CARACTERÍSTICAS GENERALES: Se puede localizar en todo el esqueleto, encontrándose la mitad del porcentaje en los -- huesos largos, columna vertebral, costillas, cráneo, clavícula, hueso hiliaco y huesos de las manos y pies, localizándose con menor frecuencia en maxilares y con más frecuencia en mandíbula.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Se localiza en pacientes jóvenes antes de la segunda década y llegando a presentarse a veces en personas adultas, no hay predilección por el sexo, -- su sintomatología es dolorosa, existe una hemorragia de los tejidos, conteniendo grandes poros que forman los espacios cavernosos de este quiste.

Se localiza más frecuentemente en el maxilar inferior, es una lesión central y poco frecuente. Algunas veces no hay tumoración ni deformación, su descubrimiento es casual durante un estudio radiográfico dental habitual, en algunos casos observamos una prominencia ósea pequeña o moderada, de superficie lisa y recubierta de tejido blando de color normal. A la palpación demuestra una tumoración asintomática o una masa semisólida hipersensible o ligeramente dolorosa. Los dientes de la región pueden no estar afectados o estar relacionados a la lesión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS: Es una lesión radio---transparente única, redonda o elíptica, con bordes periféricos bien delimitados, pueden estar rodeados total o parcialmente por una zona hiperostática cuando se localiza entre las raíces dentarias. El hueso está expandido, semejando un aspecto de panal o pompas de jabón, la lámina ósea cortical puede encontrarse destruida.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS: Está constituido por un estroma de tejido conectivo fibroso, presentando varios aspectos cavernosos o también por sinucidades ocupados por sangre, ocasionando o no una trombosis, se observan también muchos fibroblastos en el estroma, así como células gigantes multinucleares, ocasionando una resorción ósea, siendo el hueso reemplazado por tejido conectivo osteoide y hueso neoformado.

TRATAMIENTO: Se tiene que hacer un cureteado o la extirpación quirúrgica completa y un legrado total, la aplicación de bajas dosis de radiación han sido una amenaza para la malignización de algunas lesiones benignas como ésta. Su recidiva es baja, sin embargo es difícil la recidiva en el maxilar. Invariablemente hay reparación ósea y relleno de la cavidad.

3.- QUISTE ÓSEO ESTÁTICO.

CARACTERÍSTICAS GENERALES: Esta lesión generalmente--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

se trata de un defecto congénito o de desarrollo, esta depresión de la superficie lingual de la mandíbula, de suficiente profundidad y el surco hecho por la arteria facial.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Tiene un tamaño variable entre uno y tres centímetros bien limitada con bordes nítidos y densos, sus formas son diversas: redonda, elíptica; la aparición de este quiste es a los 57 años de edad, su localización es entre el ángulo de la mandíbula y el primer molar, casi siempre por encima del canal mandibular, en casos raros este defecto se localiza más anteriormente en la región de premolares, generalmente no hay signos ni síntomas clínicos detectables.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS: Puede contener epitelio glandular, y en otros casos no han encontrado ningún otro tipo de epitelio en su interior.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS: Es una lesión radiotransparente, su tamaño casi no varía, de ahí deriva su nombre, de forma redonda o elíptica.

TRATAMIENTO: No tiene significado patológico, no debe realizarse ningún tratamiento, pero como su parecido con ciertas enfermedades óseas obliga a una exploración quirúrgica por objetivos únicamente de diagnóstico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO VIII

QUERATOQUISTES

1.- SÍNDROME DEL NEVOBASO CELULAR O SÍNDROME DE GORLIN GOLTZ.

CARACTERÍSTICAS GENERALES: Este quiste es hereditario transmitido como rasgo dominante autosómico, con elevada penetración y expresividad variable.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Es muy complejo y abarca -- gran variedad de posibles anomalías, sintetizándose de acuerdo a lo siguiente:

1) Anomalías Cutáneas: Se incluyen carcinomas baso celular, tumores y quistes dérmicos benignos, disqueratosis palmar y plantar y calcinosis dérmicas.

2) Anomalías Dentales y Óseas: Incluyen queratoquistes odontógenos, prognatismo mandibular leve, anomalías de -- costillas (bífidas) y vertebrales, braquimetacarpalismo e inclusiones dentarias múltiples.

3) Anomalías Oftalmológicas: Hipertelorismo con puente nasal ancho, ectopía cántica, ceguera congénita y extravismo interno.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4) Anomalías Neurológicas: Retardo mental, calcificación dural, agenesia del cuerpo caloso, hidrocefalia congénita y meduloblastoma con mayor frecuencia de la normal.

5) Anormalidades Sexuales: Hipogonadismo en varones y tumores ováricos en mujeres.

MANIFESTACIONES BUCALES: Pueden formarse en épocas -- tempranas de vida, pueden presentar deformación y desplazamiento de dientes en desarrollo. Sin embargo pueden presentarse hasta la edad mediana.

TRATAMIENTO: El índice de recidiva es tan elevado como el de los que no están asociados con él. La enucleación quirúrgica de este quiste y el estudio histológico son importantes ya que por medio de éste distinguimos esta lesión del ameloblastoma. El diagnóstico debe ser lo más certero posible, asegurándose así para descartar las demás lesiones.

2.- QUISTE ODONTÓGENO QUERATINIZANTE Y CALCIFICANTE.

CARACTERÍSTICAS GENERALES: Esta lesión es rara, ya -- que posee ciertas características de un quiste, teniendo también características de una neoplasia sólida, se diagnostica también como ameloblastoma.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: No existe predilección evi-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

dente por la edad o sexo, la aparición de esta lesión es en la edad adulta. Su localización es en la mandíbula, en las zonas centrales de hueso.

La otra porción restante se presenta en la periferia como una proliferación gingival, sin lesión del hueso subyacente o lesionándolo solamente superficialmente.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS: Estas lesiones centrales intraóseas aparecen como una imagen radiolúcida, bien circunscritas, hallando cantidades variables de material radiopaco calcificado disperso entre minúsculos puntos y grandes masas.

Esta lesión en ocasiones se da en asociación con un odontoma, puede aparecer radiográficamente como parte integrante de la totalidad del quiste. La transformación de estas lesiones varía, pudiendo abarcar varios centímetros de diámetro o abarcar gran parte del maxilar, aunque las lesiones más pequeñas son más comunes.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS: Tiene un revestimiento epitelial compuesto de una capa bien definida de células columnares o cuboidales. En su parte interna hay una coloración irregular de células y tejidos que incluye capas de retículo estrellado y de células eosinófilas pálidas que se llegan a--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

unir en grandes masas de células epiteliales que se han queratinizado y calcificado. También encontramos cantidades irregulares de dentina u osteodentina. Cuando están asociados con un odontoma compuesto complejo de manera que el quiste puede estar entremezclado con el tejido adamantino, dentinal y pulpar. Encontramos también melanina dentro del epitelio odontógeno pudiendo ocurrir la transformación carcinomatosa de esta lesión.

TRATAMIENTO: Si el crecimiento de esta lesión es continuo, hay que extirparla por cirugía y la recidiva depende de que la enucleación sea completa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

Los conceptos descritos en el presente trabajo, nos--muestran la necesidad imperativa de que el Odontólogo General debe poseer los conocimientos necesarios para diagnosticar --oportunamente estas enfermedades quísticas y evaluar con precisión si está en condiciones de practicar su tratamiento o,--en su defecto, canalizarlo al profesional idóneo para su manejo.

El Odontólogo General aunque no practique el trata---miento, debe estar capacitado para informar al paciente, acerca de la patología que se trata, pronosticarle y conducirlo--oportuna y adecuadamente, valiéndonos de la historia clínica, estudio radiográfico e histológico y el padecimiento actual,--ya que por medio de ellos llegamos a un diagnóstico correcto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Arthur, H. Wuehrmann., Licoln. R. Mansonohing; Radiología Dental. 2da. edición. Salvat Editores, S.A. 1975.
- 2.- Bhaskar, S.N.; Patología Bucal. 2da. edición. 2da. reim-
presión. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. 1977.
- 3.- Gorlin, R.J., Golman, H.M.; Patología Oral. 1ra. edición.
Salvat Editores. Barcelona, España. 1977.
- 4.- Ham, A.N.; Tratado de Histología. 6ta. edición. Editio-
rial Interamericana. México. 1970.
- 5.- Provenza, V.; Histología y Embriología Odontológica. 1ra.
edición. Editorial Interamericana. México. 1974.
- 6.- Ries Centeno, G.; Cirugía Bucal. 5ta. edición. Editorial
El Ateneo. Buenos Aires. 1957.
- 7.- Waite, D.E.; Libro Cirugía Bucal Práctica. 1ra. edición.
Editorial Continental, S.A. México. 1978.
- 8.- William, G. Shafer, Maynard Khine, Barnet, M. Levy; Trata-
do de Patología Bucal. 3ra. edición. Editorial Interame-
ricana. México. 1977.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 9.- Zegarelli, E.U., Kutscher A.H., Hyman G.A.; Diagnóstico--
en Patología Oral. Reimpresión 1ra. edición. Salvat Edi-
tores, S.A. México. 1978.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN