



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

63
EJ

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**QUISTE GLOBULOMAXILAR
PRESENTACION DE UN CASO CLINICO
REVISION DE LA LITERATURA**

V. B. C.
[Signature]

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

CLAUDIA CASTILLO CRUZ

SANDRA GAITAN LEON

ASESOR:

DRA. BEATRIZ CATALINA ALDAPE BARRIOS



MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



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.

A mi mamá

Mª de los Angeles Cruz

Por estar a mi lado en los momentos más difíciles de mi vida, ya que sin tu ayuda, apoyo, comprensión e impulso no hubiera podido realizar la más grande de mis metas, la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir:

GRACIAS

A mi hermanita y mi sobrino

Marisol Castillo Cruz

Brian Castillo Flores

Por su comprensión y apoyo que tuvieron.

GRACIAS

A mis hermanos

Sergio Castillo Cruz

Leobardo Castillo Cruz

Por su confianza y haberme dado animos en los momentos difíciles.

GRACIAS

A el Dr. Miguel Noriega

Por darme la oportunidad de trabajar con usted, por su apoyo, ayuda y paciencia que tuvo, al estar a nuestro lado en los momentos de desesperación.

GRACIAS

A la Dra. Elizabeth Zenteno

Por ser una de las personas que me brindo su amistad y ayuda incondicional.

GRACIAS

A Dios

Por haberme dado la vida y el poder llegar hasta aquí.

GRACIAS

A mis Padres

Mª del Carmen León

Felipe Bernal

**Por su apoyo incondicional durante toda mi vida y mi
carrera, por darme todo y por tenerlos.**

GRACIAS

A mis Hermanas y mi Sobrina

Leticia Gaitán

Mª del Carmen Gaitán

Ana Karen Gaitán

Por ayudarme cuando lo necesito y por ser mis amigas.

GRACIAS

A la Dra Beatrís C. Aldape Barrios

Por habernos dado la oportunidad de haber trabajado con usted, de apoyarnos y brindarnos su amistad.

GRACIAS

A el Dr. Miguel Alberto Moreno

Por darme la oportunidad de trabajar con usted, por su apoyo y ayuda.

GRACIAS

A el Dr. Miguel Noriega Barba

Por habernos ayudado durante nuestro trabajo.

GRACIAS

A todas mis amigas y amigos que estuvieron conmigo.

GRACIAS

**A: Lic. Humberto González
Lic. M. Antonio Lizeaga
Dra. Guadalupe Guiot
Dr. Miguel Noriega
Dra. Herminia González
Dr. Alejandro Donohue
Dr. Daniel Quesada
Ing. Alberto Hernández
Dra. Elizabeth Zenteno**

**Por todo el apoyo, ayuda y paciencia que
nos tuvieron durante la realización de nuestro
trabajo.**

GRACIAS

Al Honorable Jurado.

GRACIAS

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

Embriología de Cara y Cavidad Bucal 1

1.1 *Morfofisiología de los arcos branquiales* 2

1.2 *Estructura de la cara* 4

1.3 *Formación de paladar primario* 5

1.4 *Formación del paladar secundario* 6

1.5 *Desarrollo de la lengua* 8

1.6.1 *Desarrollo del maxilar* 9

1.6.2 *Desarrollo de la mandíbula* 10

CAPITULO II

Clasificación de los Quistes en Cuello y Cavidad Bucal 12

2.1 *Clasificación de Robinson (1945)* 12

2.2 *Clasificación de Thoma-Robinson-Bernier (1960)* 13

2.3 *Clasificación de Kruger (1964)* 14

2.4 *Clasificación de Lucas (1964)* 15

2.5 *Clasificación de Seward (1964)* 16

2.6 *Clasificación de Gorlin (1970)* 17

2.7 *Clasificación de Main (1970)* 18

2.8 *Clasificación según la OMS (1971)* 19

2.9 *Clasificación de Pndborg (1981)* 20

2.10 *Clasificación de la OMS (1992)* 21

CAPITULO III	
Generalidades	22
CAPITULO IV	
Quiste no Odontogénico: Quiste Globulomaxilar	25
4.1 <i>Antecedentes Históricos</i>	25
4.2 <i>Etiología</i>	26
4.3 <i>Aspectos clínicos</i>	26
4.4 <i>Aspectos radiográficos</i>	27
4.5 <i>Aspectos histológicos</i>	27
4.6 <i>Diagnóstico Diferencial</i>	28
4.7 <i>Diagnóstico y Pronóstico</i>	29
4.8 <i>Tratamiento</i>	29
CAPITULO V	
Diagnóstico Diferencial	30
5.1 <i>Granuloma Periapical</i>	30
5.2 <i>Granuloma Central de Células Gigantes</i>	30
5.3 <i>Quiste Odontógeno Calcificante (Quiste de Gorlin)</i>	31
5.4 <i>Quiste Residual</i>	32
5.5 <i>Quiste Primordial</i>	33
5.6 <i>Quiste Periodontal Lateral</i>	34
5.7 <i>Queratoquiste</i>	34
5.8 <i>Quiste Radicular</i>	37
5.9 <i>Mixoma Odontogénico</i>	38

CAPITULO VI <i>Presentación de un Caso Clínico</i>	39
CAPITULO VII <i>Revisión de casos Clínicos de Quistes Globulomaxilar</i>	43
CAPITULO VIII <i>Resultados</i>	55
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAFIA	52
GLOSARIO	65

INDICE DE FIGURAS

FIG. 1	<i>Corte sagital de un embrión humano de 25 días, aproximadamente</i>	1
FIG. 2	<i>Arco Branquial</i>	2
FIG. 3	<i>Arcos Branquiales, surcos branquiales y bolsas faringeadas</i>	3
FIG. 4	<i>A) Vista Frontal de un embrión humano de 4 semanas;</i>	
	<i>B) Vista Frontal de una cara humana de 4 semanas</i>	4
FIG. 5	<i>Cara adulta: estructuras derivadas de los procesos faciales</i>	5
FIG. 6	<i>Esquema de la formación del paladar secundario</i>	7
FIG. 7	<i>Tabique Nasal (S); Procesos Palatinos (P); Lengua (T)</i>	8
FIG. 8	<i>Desarrollo de la mandíbula</i>	11
FIG. 9	<i>Manifestación Clínica- expansión de la cortical</i>	40
FIG. 10	<i>Radiografía Periapical</i>	41
FIG. 11	<i>Radiografía Oclusal</i>	42
MICROFOTOGRAFIA 12	<i>"Quiste Globulomaxilar" (FO21091)</i>	48
MICROFOTOGRAFIA 13	<i>"Quiste Globulomaxilar" (FO21091)</i>	49
MICROFOTOGRAFIA 14	<i>"Quiste Globulomaxilar" (FO21091)</i>	50
MICROFOTOGRAFIA 15	<i>"Quiste con inflamación Crónica" (FO11987)</i>	51
MICROFOTOGRAFIA 16	<i>"Quiste con inflamación Crónica" (FO11987)</i>	52
MICROFOTOGRAFIA 17	<i>"Quiste con inflamación Crónica" (FO11987)</i>	53
MICROFOTOGRAFIA 18	<i>"Quiste Periapical" (FO38893)</i>	54

INDICE DE TABLAS

TABLA 1	<i>Promedios</i>	43
TABLA 2	<i>Año (A)</i>	56
TABLA 3	<i>Edad del Paciente (E)</i>	56
TABLA 4	<i>Sexo del Paciente (S)</i>	57
TABLA 5	<i>Características Clínicas (CC)</i>	57
TABLA 6	<i>Localización (L)</i>	58
TABLA 7	<i>Características Radiográficas (CR)</i>	58
TABLA 8	<i>Características Histológicas (CH)</i>	59

INTRODUCCION

Dentro de la Patología Bucal existen diferentes tipos de quistes, varios autores han publicado clasificaciones al respecto con el fin de hacer más fácil su estudio, y como resultado su diagnóstico diferencial y plan de tratamiento. Son encontrados en su etapa asintomática por medios radiográficos de rutina, o bien en una etapa posterior o sintomática cuando el paciente refiere molestia o sensación extraña en la exploración clínica bucal presentando, por ejemplo una tumoración o una fistula.

Es importante que el Cirujano Dentista tenga conocimiento amplio, tanto clínico como radiográfico de lo que significa la salud de las estructuras de esta cavidad, para poder diferenciar cuando existe patología y de esta forma hacer un diagnóstico oportuno y remitir al paciente con el especialista para el tratamiento adecuado, incluyendo al patólogo.

En esta revisión bibliográfica nos enfocamos a un sólo quiste. El "Quiste Globulomaxilar" el cual desde hace tiempo hasta la fecha ha permanecido siendo una controversia constante entre los investigadores para tratar de aclarar su verdadero origen y por consecuencia se le han asignado nombres como: quiste pre-maxilar, quiste fisural, etc.

A manera de descripción podemos decir que es una entidad patológica que se presenta en el maxilar superior entre incisivo lateral y canino. Radiográficamente presenta una imagen radiolúcida en forma de pera invertida que es un aspecto patognomónico de esta lesión.

En la actualidad se cree que este quiste tiene su histogénesis en el atrapamiento del epitelio durante la fusión de los procesos globular y maxilar en el desarrollo embrionario.

Al presentarse una infección secundaria, el paciente refiere sintomatología o la presencia de una fistula. Histológicamente presenta un epitelio estratificado escamoso cuboidal o epitelio columnar ciliado de tejido conectivo fibroso conteniendo inflamación crónica, semejante al epitelio de la mucosa nasal.

Su tratamiento es por enucleación y en caso que el quiste sea de mayor volumen se procede a la marsupialización para permitir la descompresión y la regeneración ósea.

A continuación se hace una revisión de la literatura de 1957 a 1993 referente al quiste globulomaxilar, y la revisión de casos clínicos de 1983 a 1993 del Departamento de Patología Bucal de la División de Estudios de Posgrado de Odontología (UNAM).

CAPITULO I

EMBRIOLOGIA DE CARA Y CAVIDAD BUCAL

Embriología de cara y cavidad bucal

El desarrollo de la cara y de la cavidad bucal, se inicia en el segundo mes de la vida intrauterina. El estomodeo está delimitado arriba por la placa neural, y caudalmente por la placa cardíaca, separado del intestino anterior por la membrana bucofaringea, la que rompe, formándose el primer arco branquial. Al igual que el revestimiento del estomodeo, son de origen ectodérmico así como las cavidades bucal, nasal, el esmalte de los dientes y las glándulas salivales. La cavidad nasal y bucal se comunican entre la quinta y sexta semanas, la lengua ya se ha desarrollado durante la primera fase. La segunda fase se lleva a cabo entre la séptima y octava semana, se desarrolla el paladar dando lugar a la separación de estas mismas cavidades.

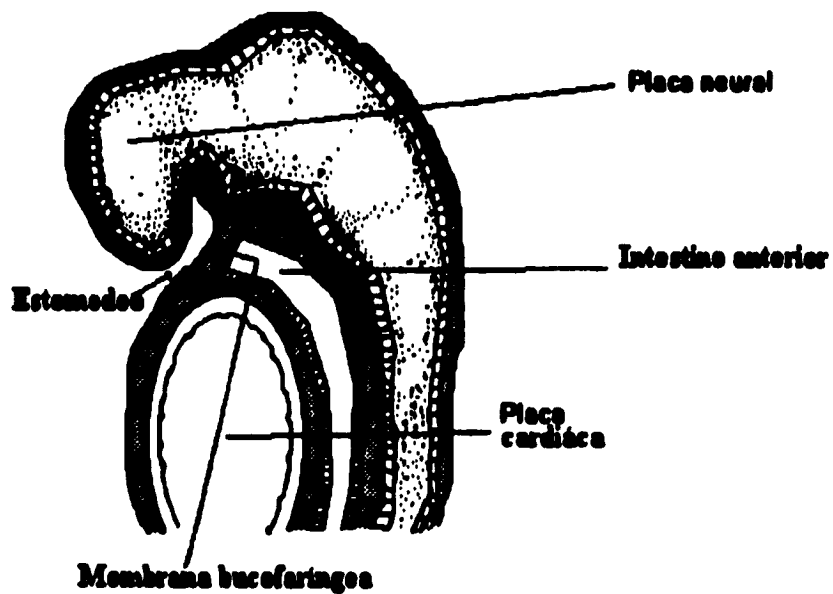


FIG. 1 Corte sagital de un embrión humano de 25 días, aproximadamente.

1.1 Morfofisiología de los arcos branquiales

Cada arco branquial posee una estructura similar. Su cara interna se halla cubierta por endodermo (solo en el primer arco), y en la cara externa por ectodermo, su parte central está compuesta por mesénquima derivado de la cresta neural y del mesodermo. El mesénquima de la cresta neural (llamado ectomesénquima), se condensa y forma una barra de cartilago. El cartilago del primer arco se le llama cartilago de Meckel, y el segundo se llama cartilago de Reichert.

Cada arco contiene también una arteria y un nervio. El nervio consta de dos componentes, uno motor que inerva los músculos del arco, y de otro sensitivo. El nervio del primer arco es el quinto par craneal o nervio trigémino, el del segundo es el séptimo par craneal o nervio facial, y el del tercero el noveno par craneal o glossofaríngeo.

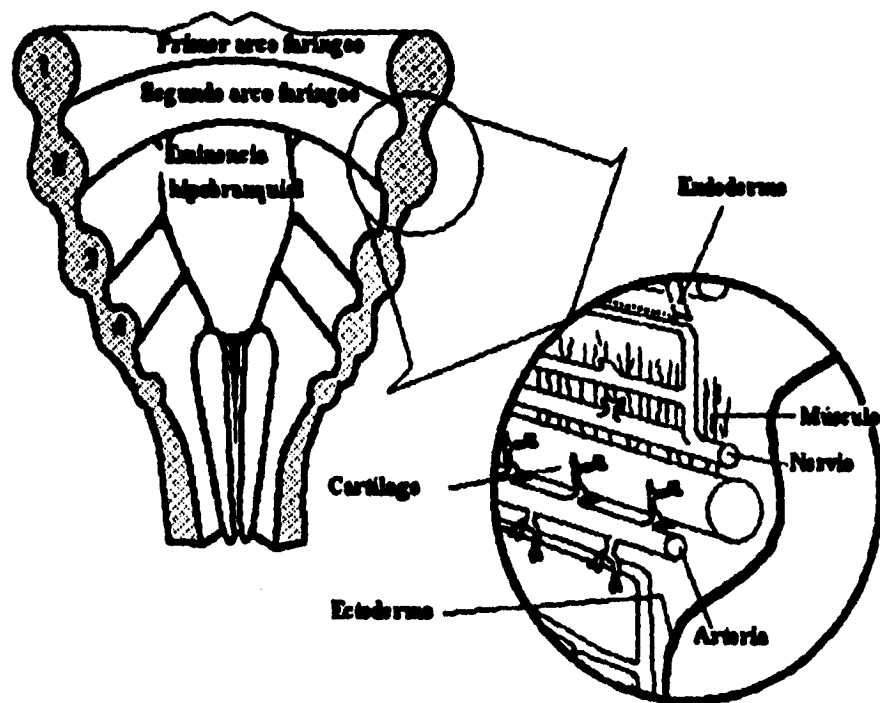


FIG 2. Arco Branquial

Los arcos son abultamientos localizados en las caras laterales del embrión y separados por fuera por pequeñas hendiduras llamadas surcos branquiales, del lado interno de la pared faríngea se hallan pequeñas depresiones llamadas bolsas faríngeas separando cada uno de los arcos branquiales por dentro.

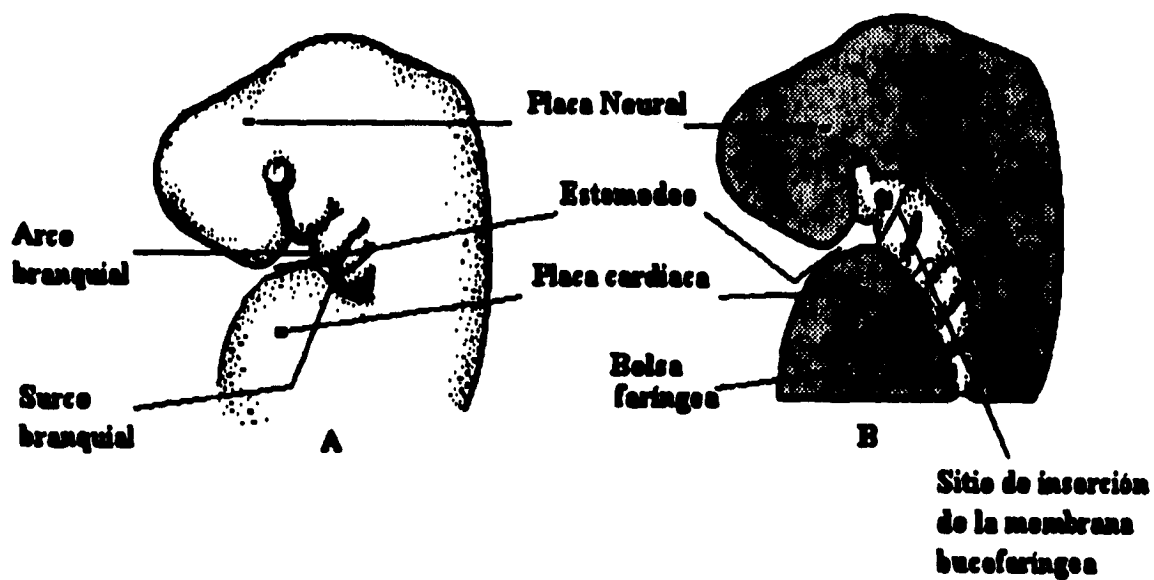


FIG. 3 Arcos branquiales, surcos branquiales y bolsas faríngeas.

1.2 Estructura de la cara

La cara se deriva de ocho procesos : los dos procesos maxilares, los dos procesos mandibulares, los dos procesos nasales laterales y los dos procesos nasal medios.

A los 28 días, se desarrollan engrosamientos localizados dentro del ectodermo de la prominencia frontal por encima de la abertura del estomodeo, estos engrosamientos son las plácoda nasales. La rápida proliferación del mesénquima alrededor de la plácoda produce un borde en forma de herradura que convierte a la plácoda en la fosita nasal. El brazo lateral de la herradura llamado proceso nasal lateral, origina las alas de la nariz, la parte media del labio superior, la porción anterior del maxilar y el paladar primario. Y los brazos medios son los dos procesos nasales medios que originan la formación de una parte del maxilar que contiene a los dientes, al paladar primario, al igual que una parte del labio.

Los procesos maxilar y nasal lateral se hallan separados por un surco profundo, el epitelio del piso de ese surco forma el conducto naso-lacrimal.

La cara se desarrolla entre los días 24 y 38.

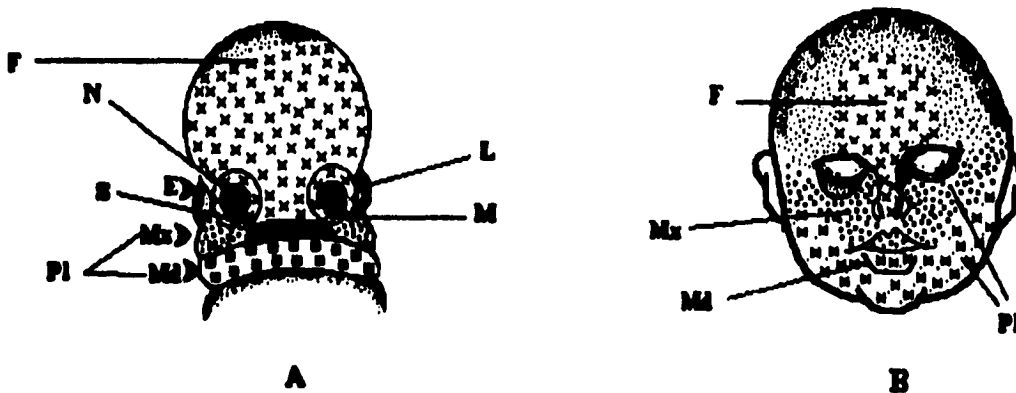


FIG. 4 A) Vista frontal de un embrión humano de 4 semanas; B) Vista frontal de una cara humana de 4 semanas. Las X son derivados del proceso frontal (F), Fosita Nasal (N), Ojos en formación (E), Estomodeo (S), Primer arco faríngeo (PI), Proceso Maxilar (Mx), Proceso Mandibular (Ml), Procesos nasales medial (M) y lateral (L).

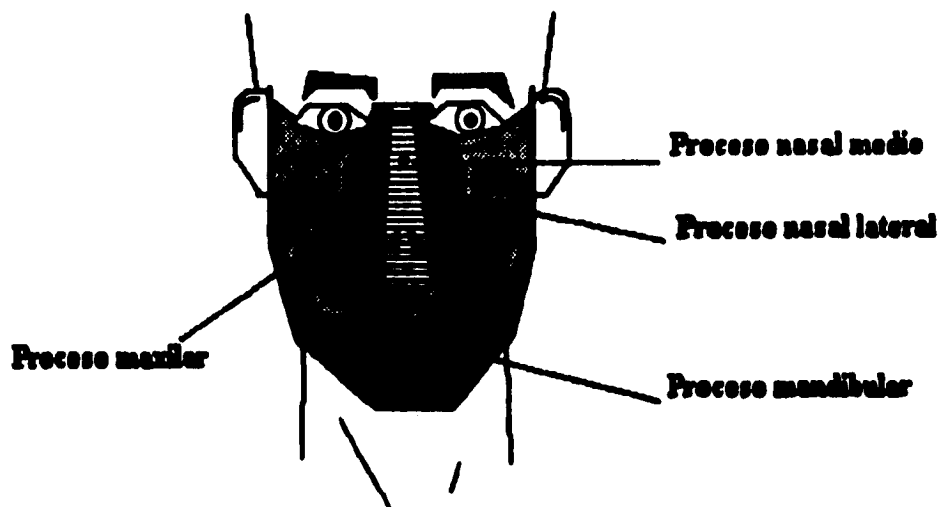


FIG. 5 Cara adulta estructuras derivadas de los procesos faciales.

1.3 Formación del paladar primario

Durante la quinta y sexta semanas de vida intrauterina se forma una estructura llamada paladar primario. De ésta se desarrollará el labio superior y la porción anterior del proceso alveolar del maxilar superior. El primer paso es la elevación de los bordes de las fositas olfatorias (nasales), los bordes de la fosita olfatoria se forman apartir del proceso nasal medio en su parte central y de los procesos nasales laterales y maxilares en la parte lateral. Los márgenes inferiores de la fosita olfatoria crecen hasta ponerse en contacto y unirse , reduciendo el tamaño de la abertura externa de las fositas las ventanas nasales primarias, y transformándolas en fondos de saco.

En esta etapa los fondos ciegos de saco nasales corresponden a posiciones sobre la cara embrionaria, por arriba del orificio bucal. Si estuvieran abiertos durante este periodo, los conductos nasales se abrirían hacia la cara en lugar de hacerlo hacia la cavidad bucal.

1.4 Formación del paladar secundario

La formación del paladar secundario se lleva a cabo entre la séptima y octava semana del desarrollo embrionario y resulta de la fusión de las láminas formadas por cada proceso maxilar. Estas láminas denominadas procesos palatinos.

El paladar secundario está destinado a separar las cavidades bucal y nasal, que se forman por la unión de los dos procesos palatinos después que la lengua adquiere una posición más inferior y los procesos palatinos han tomado posiciones horizontales. La porción anterior de los procesos palatinos también se une con el tabique nasal. En esta región anterior se desarrolla el paladar blando y la úvula, no hay unión con el tabique nasal.

La transposición y la unión de los procesos palatinos puede ocurrir únicamente cuando la lengua ya se ha desplazado hacia abajo, dejando el espacio comprendido entre los procesos palatinos los que verifica simultáneamente con un crecimiento sumamente rápido de la mandíbula, tanto en longitud como en anchura.

El cierre del paladar secundario implica una fuerza intrínseca existente en los procesos palatinos. El alto contenido de mucopolisacáridos ácidos, atrae agua y hace que los procesos estén túrgidos, y sea uno de los mecanismos que se han sugerido, como también la presencia de fibroblastos contráctiles en los procesos palatinos.

Las partes periféricas en forma de herradura (borde tectorial) se originan de los procesos maxilares.

El paladar está separado del labio por un surco poco marcado, en cuya porción profunda se originan dos láminas epiteliales. La lámina externa es la vestibular y la interna la dental. El proceso alveolar se forma después del mesodermo situado entre estas dos láminas.

La papila se desarrolla muy tempranamente como una prominencia redondeada en la parte anterior del paladar, las rugosidades palatinas cruzan la parte anterior del paladar como pliegues transversales irregulares.

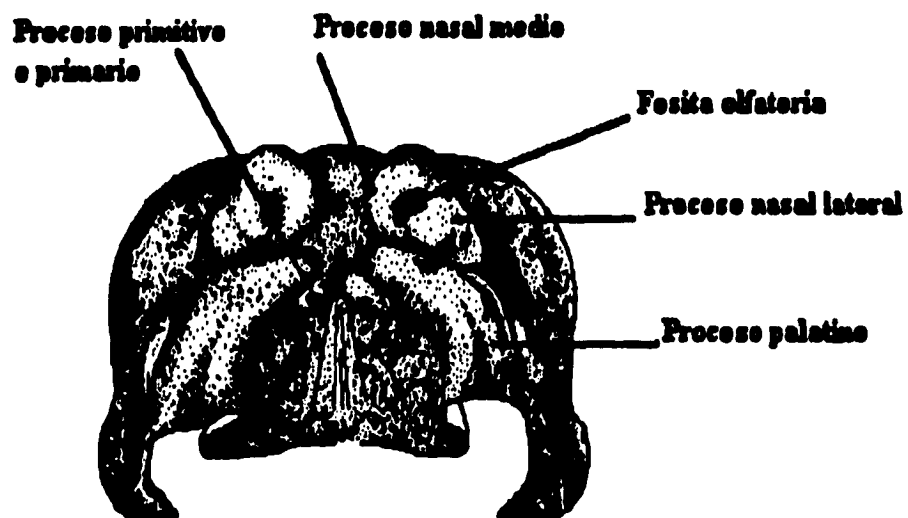


FIG. 6 Esquema de la formación del paladar secundario.

1.5 Desarrollo de la lengua

La lengua se deriva del primero, segundo y tercer arcos branquiales. El cuerpo y la punta de la lengua se originan en tres prominencias de la cara interna del primer arco branquial o mandibular. Existen dos prominencias linguales laterales y una prominencia media solitaria, el tubérculo impar. La base de la lengua se desarrolla a partir de una prominencia formada por la unión de las bases del segundo y tercer arco branquiales. El tubérculo impar que al principio es prominente reduce pronto su tamaño relativo y después casi desaparece.

La mucosa de los dos tercios anteriores de la lengua se derivan del primer arco, esta inervado por el quinto par craneal, mientras que la mucosa del tercio posterior de la lengua deriva del tercer arco, que esta inervado por el noveno par craneal. Los músculos de la lengua proceden de las somitas occipitales, las cuales llevan su inervación con ellas del nervio hipogloso.



FIG. 6 Tabique Nasal (S); Procesos Palatinos (P); Lengua (T).

1.6 Desarrollo de los maxilares

Tanto el maxilar como la mandíbula se forman apartir de los tejidos del primer arco branquial. La mandíbula se forma dentro del proceso mandibular y el maxilar dentro del proceso maxilar.

1.6.1 Desarrollo del maxilar

El maxilar se desarrolla apartir de un centro de osificación en el mesénquima del primer arco, el centro se halla dentro del proceso maxilar. No hay cartilago del arco primario en el proceso maxilar; pero se halla estrechamente asociado con el cartilago de la cápsula nasal. El centro de osificación aparece en el mesénquima que ocupa el ángulo entre el nervio infraorbitario y su rama dental anterosuperior.

La formación del hueso va hacia atrás por debajo de la orbita hacia el cigoma en desarrollo y hacia adelante a la futura región incisiva. La osificación también se extiende hacia arriba desde esta extensión anterior para formar el proceso frontal. Como resultado, se forma un canal óseo para el nervio infraorbitario, desde este canal el hueso se extiende hacia abajo y forma la placa alveolar lateral de los germenos dentarios del maxilar. La osificación avanza dentro del proceso palatino para formar el paladar duro. La tabla alveolar interna se desarrolla apartir de la unión del proceso palatino y del cuerpo principal del maxilar superior en formación. Esta tabla junto con la tabla externa opuesta, forman un canal alrededor de los germenos dentarios del maxilar, los cuales oportunamente se rodean de hueso.

El cartilago cigomático o malar, aparece en el proceso cigomático en desarrollo, contribuye al desarrollo del maxilar.

El cuerpo del maxilar es pequeño porque el seno maxilar no se ha desarrollado. Este seno comienza su desarrollo durante la semana 16, como un surco poco profundo sobre la cara nasal del maxilar superior en desarrollo.

Los cambios de crecimiento que ocurren en el maxilar son después del nacimiento.

1.6.2 Desarrollo de la mandíbula

El cartilago del primer arco (cartilago de Meckel), a las seis semanas se extiende como una barra sólida de cartilago hialino, rodeado por una cápsula fibrocelular, a partir de la región de la oreja en desarrollo (plácoda auditiva). Los cartilagos de cada lado no se fusionan en la línea media sino que se hallan separados por una delgada banda de mesénquima. La rama mandibular del nervio trigémino, el nervio del primer arco tiene una estrecha relación con el cartilago de Meckel.

El nervio maxilar inferior se bifurca en las ramas alveolar y lingual, las cuales corren a lo largo de las caras interna y externa del cartilago. El nervio alveolar inferior se divide más anteriormente en las ramas incisiva y mentoniana.

En la séptima semana comienza la osificación intramembranosa formando la mandíbula. Desde el centro de osificación la formación de hueso se extiende rápidamente hacia adelante dirigiéndose a la línea media y hacia atrás, hacia el punto en donde el nervio mandibular se divide en sus ramas alveolar inferior y lingual. Esta neoformación ósea aparece en la zona anterior a lo largo de la cara lateral del cartilago de Meckel, formando un canal compuesto por una lámina externa y otra interna que se unen por debajo del nervio incisivo.

El canal se convierte pronto en un conducto a medida que se forma hueso sobre el nervio uniendo las tablas externa e interna.

A lo largo del borde lateral del cartilago de Meckel forma una canaleta, que se convierte en conducto, y que contiene al nervio inferior. Esta osificación posterior avanza hasta que el nervio mandibular se bifurca en los nervios mandibular y lingual. A partir de este canal óseo se desarrollan las tablas óseas alveolares externa e interna en relación con los germenos dentarios en formación, de modo que los germenos dentarios vienen a ocupar una depresión secundaria de hueso.

La rama de la mandíbula se desarrolla por el rápido avance posterior de la osificación dentro del mesénquima del primer arco, en dirección divergente al cartilago de Meckel.

En este punto de divergencia esta marcada la lingula en la mandíbula del adulto, punto en el cual el nervio dentario inferior penetra en el cuerpo de la mandíbula.

A las 10 semanas la mandíbula está formada completamente por osificación membranosa, sin participación directa del cartilago de Meckel. Desde el punto en que el nervio mandibular se divide en ramas alveolar y lingual hacia la línea media, el cartilago de Meckel se reabsorbe

pero su cápsula fibrocelular persiste como ligamento esfenomandibular. En la región de la oreja forma el hueso martillo del oído interno.

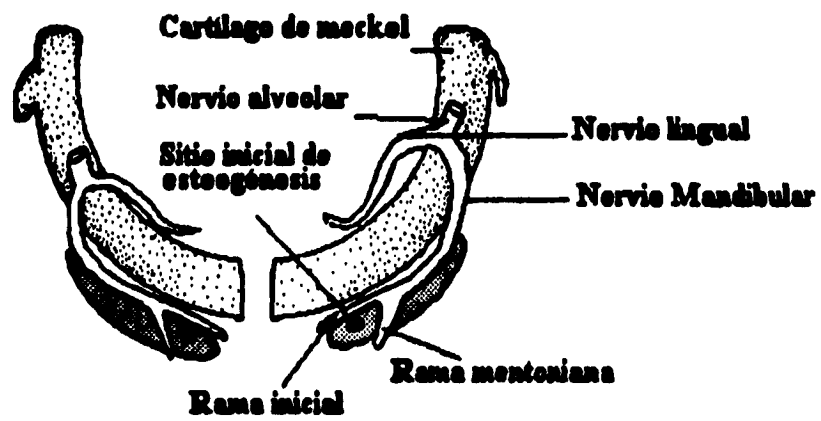


FIG. 7 Desarrollo de la mandíbula

CAPITULO II

***CLASIFICACION DE LOS QUISTES
EN CUELLO Y CAVIDAD BUCAL***

Clasificación de los Quistes en Cuello y Cavidad Oral

Existen varias clasificaciones de quistes entre las más reconocidas podemos mencionar las siguientes:

2.1 Clasificación de Robinson (1945)

Quistes de desarrollo

A) De tejidos odontogénicos

1) Quiste periodontal

- a) tipo radicular o de ápice dentario**
- b) tipo lateral**
- c) tipo residual**

2) Quiste dentigero

3) Quiste primordial

B) De tejidos no odontogénicos

1) Quiste medio (palatino-medio)

2) Quiste del canal incisivo

3) Quiste globulomaxilar

2.2 Clasificación de Thoma-Robinson-Bernier (1960)

Quistes Odontogénicos Ectodérmicos Epiteliales

- A) Quistes Foliculares**
 - 1) Quistes primordiales
 - 2) Quistes dentigeros
 - a) lateral
 - b) central

- B) Quistes periodontales (radiculares)**
 - 1) Apical
 - 2) Lateral

- C) Quistes residuales**
 - 1) Folicular
 - 2) Lateral

- D) Quistes múltiples**

- E) Quistes multiloculados**

- F) Quistes policistomas**

- G) Colesteatoma**

Quistes no Odontogénicos Ectodérmicos Epiteliales

- A) Quistes intraóseos**
 - 1) Medio
 - 2) Intermaxilar
 - 3) Nasoalveolar

- B) Quistes nasopalatinos**
 - 1) Quiste del canal incisivo
 - 2) Quiste de la papila palatina

2.3 Clasificación de Kruger (1964)

A) Quiste Congénito

1) Tirogloso

2) Bronquiogenético

3) Dermoide

B) Quistes de desarrollo

1) Origen no odontogénico

a) tipo fisurales

- nasopalveolar
- medio
- canal incisivo
- globulomaxilar

b) tipos retentivos

- mucocele
- ránula

2) Origen odontogénico

a) periodontal

- periapical
- lateral
- residual

b) primordial

c) dentigero

2.4 Clasificación de Lucas (1964)

Quistes Intraóseos

A) Quistes fisurales

- 1) Mandibular medio**
- 2) Palatino medio**
- 3) Nasopalatino**
- 4) Globulomaxilar**
- 5) Nasolabial**

B) Quistes Odontogénicos

- 1) de desarrollo**
 - a) primordial**
 - b) dentigero**
- 2) inflamatorio**
- 3) radicular**

C) Quistes óseos no epiteliales

- 1) óseo solitario**
- 2) óseo aneurismático**

2.5 Clasificación de Seward (1964)

A) De epitelio no odontogénico

1) Maxilar

- a) nasopalatino**
 - quiste del canal incisivo
 - quiste de la papila incisiva
- b) quiste globulomaxilar**
- c) quiste palatino medio**
- d) quiste nasolabial**

2) Mandibular

- a) quiste mandibular medio**

B) De epitelio odontogénico

1) Asociado con la corona del diente

- a) quiste dentígero**
 - pericoronario
 - lateral
 - residual

C) Quiste dentígero extrafolicular

2) Asociado con la raíz dentaria

- a) Quiste periodontal inflamatorio o quiste radicular**
 - apical
 - lateral
 - residual
- b) Quiste periodontal del desarrollo**

3) No asociado con el diente

- a) primordial**
- b) entidades raras**
 - quiste de la papila interdientaria
 - algunos quistes gingivales

4) Neoplasmas quísticas (se pueden presentar en forma sólida o quística)

- a) ameloblastoma**
- b) adeno-ameloblastoma**
- c) odontoma ameloblástico**

Quistes Sin Cubierta Epitelial

A) Quistes óseos

B) Quistes de estroma en neoplasmas

2.6 Clasificación de Gorlin (1970)

- A) Quistes odontogénicos**
 - 1) Dentigero
 - 2) De erupción
 - 3) Gingival del recién nacido
 - 4) Periodontal lateral y quiste gingival
 - 5) Queratinizante y quiste odontogénico calcificante (tumor quístico queratinizante)
 - 6) Radicular (periapical)
 - 7) Queratoquistes odontogénicos
 - a) quiste primordial
 - b) queratoquiste múltiple de los maxilares, carcinomas de células basales múltiples y cutáneas y anomalías esqueléticas.
- B) Quistes no odontogénicos y fisurales**
 - 1) Globulomaxilar
 - 2) Nasoalveolar (nasolabial quiste de Klestadt)
 - 3) Nasopalatino (maxilar anterior)
 - 4) Mandibular medio
 - 5) Lingual anterior
 - 6) Dermoideo y epidermoideo
 - 7) Palatino del recién nacido
- C) Quistes del cuello, piso de boca y glándulas salivales**
 - 1) Quiste del conducto tirogloso
 - 2) Quiste linfoepitelial (de "fisura branquial")
 - 3) Quiste oral con epitelio gástrico o intestinal
 - 4) Quiste de la glándula salival
 - 5) Mucocele
- D) Pseudoquistes de los maxilares**
 - 1) Quiste óseo aneurismático
 - 2) Quiste estático (de desarrollo, latente)
 - 3) Quiste óseo traumático (hemorrágico, solitario)

2.7 Clasificación de Main (1970)

A) Quiste primordial (posee membrana epitelial queratinizante)

- de reemplazo .- al lado de un diente en desarrollo ausente.
- envolvente .- se desarrollan lejos de cualquier pieza dentaria
- externo
- colateral .- aparecen en la membrana periodontal de un diente vital no afectado por ninguna enfermedad periodontal.

B) No odontogénico

- palatino medio
- interpuesto (globulomaxilar)
- nasopalatino
- dental
- coronario
- subfolicular.- cubre la corona anatómica de un diente no erupcionado.
- inflamatorio.- alrededor de una corona parcialmente formada de un diente permanente provocado por la expansión de una inflamación de una pieza temporal adyacente.
- inflamatorio colateral.- se forma al lado de un diente parcialmente erupcionado asociado a una pericoronitis.
- residual
- radicular

2.8 Clasificación según la OMS (1971)

Quistes Epiteliales

A) De desarrollo

1) Odontogénicos

- a) Quiste primordial (queratoquiste)**
- b) Quiste gingival**
- c) Quiste de erupción**
- d) Quiste dentígero (folicular)**

2) No odontogénicos

- a) Nasopalatino (quiste del canal incisivo)**
- b) Quiste globulomaxilar**
- c) Quiste nasolabial**

B) Inflamatorios

- a) Quiste radicular**

Quistes no Epiteliales

A) Quiste óseo aneurismático

B) Quiste óseo simple

2.9 Clasificación de Pindborg (1981)

Quistes Epiteliales

A) Odontogénicos

1) De desarrollo

- a) Queratoquiste odontogénico (quiste primordial)**
- b) Gingival del niño**
- c) Gingival del adulto**
- d) Periodóntico lateral**
- e) Dentigero (folicular)**
- f) De erupción**
- g) Odontogénico calcificante**

2) Inflamatorios

- a) Radicular**
- b) Residual**
- c) Inflamatorio colateral**
- d) Paradentario**

B) No odontogénicos

1) Nasopalatino

2) Palatino medio, alveolar medio y mandibular medio

3) Globulomaxilar

4) Nasolabial o nasoalveolar

Quistes no Epiteliales

A) Oseo simple (traumático, solitario o hemorrágico)

B) Oseo aneurismático

2.10 Clasificación de la OMS (1992)

Quistes Epiteliales

A) De desarrollo

1) Odontogénico

- **Quiste gingival de los infantes (perlas de Epstein)**
- **Queratoquiste odontogénico (Quiste primordial)**
- **Quiste dentigero (folicular)**
- **Quiste de erupción**
- **Quiste periodontal lateral**
- **Quiste gingival del adulto**
- **Quiste odontogénico glandular; Quiste sialo-odontogénico**

2) No odontogénico

- **Quiste del conducto nasopalatino (canal incisivo)**
- **Quiste nasolabial (naso alveolar)**

3) Inflamatorios

a) Quiste radicular

- **apical**
- **lateral**
- **residual**

b) Quiste paradontal (inflamatorio colateral, infectado bucomandibular)

CAPITULO III
GENERALIDADES

Generalidades:

La palabra quiste se define : (del griego kystis = vesícula), Quistoma : cavidad patológica de tejido anómalo con una o varias cámaras de contenido líquido o semilíquido, aislado por una cápsula.

Puede estar situado en tejidos blandos o duros en la región de la boca y se puede observar con mayor frecuencia dentro de la maxila o de la mandíbula teniendo distintos orígenes.

Una de las diferencias de los maxilares con el esqueleto es su evolución embriológica. Por una parte son el resultado de la fusión de diferentes mamelones faciales y por otro lado intervienen en la odontogénesis.

Por ejemplo algunos quistes se pueden formar de un diente o un germen dental, otros se derivan de los restos epiteliales de Malassez o de los restos de la lámina dental. Y otros más se originan de una respuesta inflamatoria de los tejidos pulpares dentro de la región apical y estimulan la proliferación de los restos de la vaina de Hertwing.

Una de las características importantes de los quistes es que según el aumento de tamaño va a ser su expansión, pueden presentar una prominencia blanda, dura y asintomática; el sonido producido con la palpación se ha descrito como el "crujido de la cáscara de huevo".

Al presentarse una infección secundaria se forma un absceso en los tejidos blandos lo que provoca una salida de fluido dentro de la cavidad bucal.

Cuando el seno maxilar se encuentra infectado por un quiste puede provocar signos de sinusitis maxilar.

Si un quiste se desarrolla en el maxilar puede provocar divergencia de las raíces y convergencia de las coronas.

Cuando un quiste está infectado el primer síntoma en presentar es dolor, así como tumefacción o un sabor desagradable.

Si el quiste es grande puede llegar a provocar una fractura en terreno patológico en un maxilar, en particular la mandíbula, por debilitamiento estructural y compromiso de dientes erupcionados, y no erupcionados adyacentes, con la consiguiente movilidad, desplazamiento y reabsorción.

Puede irrumpir en la cavidad nasal y originar una obstrucción nasal.

Accidentalmente un quiste puede llegar a confundirse con un absceso dental común y extraer el órgano dental.

Las manifestaciones clínicas de un quiste pueden presentarse en dos fases:

Primera fase.- La falta de un diente en la arcada que debería de haber erupcionado o la presencia de una fistula.

Segunda fase.- La sintomatología nos muestra una tumoración, que evoluciona hacia la tabla externa del maxilar o la mandíbula.

Los medios utilizados para el diagnóstico de un quiste son los siguientes:

1) Examen radiográfico: El aspecto radiográfico de un quiste odontogénico es el de una radiolucidez redonda u oval bien definida, rodeada por un margen radiopaco nítido, pero esta imagen básica tiene muchas variantes, que no sólo dependen del tipo del quiste, sino también de su localización y del grado de destrucción y expansión ósea. También puede surgir la confusión por el aspecto de un quiste con estructuras normales.

2) Prueba de vitalidad dental: Puede ser una ayuda para el diagnóstico pero no definitivo. Por ejemplo algunos dientes con vitalidad descartan la posibilidad de un quiste radicular pero por el contrario la ausencia de vitalidad dental nos confirma el diagnóstico de este quiste.

3) Biopsia: Es la realización de la resección de un tejido pre o intraoperatorio y en la mayoría de los casos que se efectúa la enucleación capsular, el estudio histopatológico postoperatorio es obligatorio.

4) Punción del quiste: En casos donde falta la cubierta ósea o que ésta es muy delgada puede asegurarse el diagnóstico quiste por punción.

Si encontramos al aspirar líquido seroso o una papilla espesa al usar una cánula gruesa, entonces estamos ante un quiste típico.

Si se encuentra un líquido maloliente y pus de color oscuro, tenemos un quiste infectado.

Si al hacer la punción con la aguja aspiramos solo aire, quiere decir que el hueso de la pared del seno maxilar es tan delgada que se ha penetrado dentro del mismo.

Si al efectuar la punción con mayor esfuerzo, presenta una secreción hemorrágica, entonces tenemos un quiste óseo aneurismático o hemangioma.

Los objetivos relacionados con el tratamiento de los quistes giran entorno a cuatro principios:

- 1.-** Excisión del revestimiento o modificación de la posición del tejido anormal para asegurar su eliminación del maxilar.
- 2.-** Conservación de los dientes sanos erupcionados y, quizá de los no erupcionados ya que podrían cumplir una función útil en el arco.
- 3.-** Preservación de las estructuras importantes adyacentes, como un paquete vasculonervioso, y mantenimiento de la integridad del antro.
- 4.-** Restauración del área afectada para que recupere su forma original o una forma casi normal, para lo cual se requiere una juiciosa elección de uno de los procedimientos quirúrgicos convencionales, es decir, enucleación o marsupialización.

CAPITULO IV

***QUISTE NO ODONTOGENICO
QUISTE GLOBULOMAXILAR***

Quiste no odontogénico : Quiste Globulomaxilar

4.1 Antecedentes históricos

El quiste globulomaxilar fue dado a conocer por primera vez, por el *Dr. Kurt Thoma en 1937*; descubre un tipo de quiste en la región del incisivo lateral y canino superior, declara además que este quiste no es de origen odontogénico sino formado por el atrapamiento de epitelio en la unión de los procesos globular y maxilar durante la formación esquelética de la cara. (9) También propuso la idea de que el quiste globulomaxilar pudiera ser hereditario. (29)

La lesión se va a encontrar solamente entre el incisivo lateral y canino vitales, además que es un quiste no específico inflamatorio de paredes gruesas sobre una superficie con epitelio escamoso estratificado hiperplásico.

Ferenczy (1958) postuló que el quiste globulomaxilar se forma de la unión de la apófisis globular y maxilar, es por eso que se le debería denominar "Quiste premaxilar-maxilar". (29)

Sichier (1962) cuestionó la teoría, no hay explicación y los quistes en esa región son queratoquistes. Basado en la evidencia embriológica, *Sichier* declaró subsecuentemente que el desarrollo del quiste globulomaxilar no era posible y que la porción globular del proceso nasal medial es una parte íntegra del proceso maxilar y el atrapamiento epitelial entre estos dos procesos no podría ocurrir. (9)

Además crítico el concepto en base a la anatomía, mientras *Christ (1970)* nombró el Quiste globulomaxilar como un mal entendido embriológico. Recientemente *Holligshen - Scheider(1980)* y *Wysocki (1981)* han reexaminado los especímenes histopatológicos que se habían diagnosticado anteriormente como quiste globulomaxilar y concluyeron que ningún criterio utilizado establecía que el quiste globulomaxilar era una entidad distinta, al volver a examinar comprobaron que eran quistes radiculares.

Lehner propuso la denominación de " Quiste disontogénico de la apófisis alveolar".(8)

Christ piensa que este quiste puede retirarse de la categoría de los orofaciales de inclusión y en su lugar propone que el quiste tiene origen odontogénico. (26)

Patten señala que el área única en el complejo maxilar que atrapa el epitelio es el rafe medio, el resto de la formación maxilofacial se lleva a cabo por un proceso de unión de los centros de crecimiento sin atrapamiento epitelial. (6)

Wysocki revisó 37 casos con un diagnóstico clínico de quiste globulomaxilar y encontró que la mayoría fueron quistes radiculares o granulomas periapicales.

Quiste no odontogénico : Quiste Globulomaxilar

4.1 Antecedentes históricos

El quiste globulomaxilar fue dado a conocer por primera vez, por el **Dr. Kurt Thoma en 1937**; descubre un tipo de quiste en la región del incisivo lateral y canino superior, declara además que este quiste no es de origen odontogénico sino formado por el atrapamiento de epitelio en la unión de los procesos globular y maxilar durante la formación esquelética de la cara. (9) También propuso la idea de que el quiste globulomaxilar pudiera ser hereditario. (29)

La lesión se va a encontrar solamente entre el incisivo lateral y canino vitales, además que es un quiste no específico inflamatorio de paredes gruesas sobre una superficie con epitelio escamoso estratificado hiperplásico.

Ferenczy (1958) postuló que el quiste globulomaxilar se forma de la unión de la apófisis globular y maxilar, es por eso que se le debería denominar "Quiste premaxilar-maxilar". (29)

Sichier (1962) cuestiona la teoría, no hay explicación y los quistes en esa región son queratoquistes. Basado en la evidencia embriológica, Sichier declaró subsecuentemente que el desarrollo del quiste globulomaxilar no era posible y que la porción globular del proceso nasal medial es una parte íntegra del proceso maxilar y el atrapamiento epitelial entre estos dos procesos no podría ocurrir. (9)

Además crítico el concepto en base a la anatomía, mientras **Christ (1970)** nombró el Quiste globulomaxilar como un mal entendido embriológico. Recientemente **Holligshen - Scheider(1980)** y **Wysocki (1981)** han reexaminado los especímenes histopatológicos que se habían diagnosticado anteriormente como quiste globulomaxilar y concluyeron que ningún criterio utilizado establecía que el quiste globulomaxilar era una entidad distinta, al volver a examinar comprobaron que eran quistes radiculares.

Lehner propuso la denominación de " Quiste disontogénico de la apófisis alveolar".(8)

Christ piensa que este quiste puede retirarse de la categoría de los orofaciales de inclusión y en su lugar propone que el quiste tiene origen odontogénico. (26)

Patten señala que el área única en el complejo maxilar que atrapa el epitelio es el rafe medio, el resto de la formación maxilofacial se lleva a cabo por un proceso de unión de los centros de crecimiento sin atrapamiento epitelial. (6)

Wysocki revisó 37 casos con un diagnóstico clínico de quiste globulomaxilar y encontró que la mayoría fueron quistes radiculares o granulomas periapicales.

En el pasado este quiste era considerado de tipo fisural cuyo origen se creía relacionado con el secuestro de epitelio en la línea de fusión embriológica y con su subsecuente degeneración quística, recientemente sugiere que se origina en el epitelio odontógeno localizado en el maxilar entre el incisivo lateral y canino . El concepto embriológico actual es en la fusión del paladar secundario que es la única circunstancia que permite el secuestro de epitelio superficial no relacionado . (23)

Embriológicamente no se ha comprobado que el quiste globulomaxilar se forme en la unión de la porción maxilar y globular del proceso nasal medio.

Se presenta en el hueso alveolar entre lateral y canino (rara vez entre central y lateral). (21)

Y como sucede con otros quistes de la cavidad bucal se infectan secundariamente y sufren cambios inflamatorios agudos.

El quiste globulomaxilar se forma lateralmente en la línea media entre lateral y canino de acuerdo a la mayoría de los reportes en la literatura, se forma en la unión de los procesos globular y maxilar donde la premaxila se une con la maxila. (7)

4.2 Etiología

Este quiste se desarrolla del epitelio residual en las áreas de contacto del proceso globular, del proceso frontonasal con los procesos maxilares junto a los huesos palatinos, por lo tanto no están conectados con las raíces dentales como los quistes radiculares.(23)

Otra de las causas podría ser la proliferación de los restos epiteliales (por razones traumáticas o infecciosas) ubicadas en la fusión de los procesos globular y maxilar.

También el desarrollo de este quiste puede originarse debido a la irritación del canal radicular secundario o por mal estado de la zona periodontal. (1)

4.3 Aspectos clínicos

- * Se presenta en personas menores de 30 años.
- * Por hallazgo accidentalmente en radiografías de rutina.
- * Es asintomático.

- Si adquiere mayor volumen puede infectarse y provocar síntomas de crepitación y fluctuación.
- Puede producir tumefacción en los costados del paladar o labios.
- Llega a provocar agrandamiento del seno maxilar o una deformación del mismo.
- Existe la posibilidad de que el quiste se propague hacia la cavidad nasal y haga una prominencia en el piso de la misma.
- En algunas ocasiones el quiste se detecta por una fistula en el proceso alveolar. (1)

4.4 Aspectos radiográficos

- Se presenta como una zona radiolúcida en forma bien definida de pera invertida entre las raíces del incisivo lateral y canino superiores.
- El cuello de la pera hacia las coronas.
- Cuando se alarga presenta una forma de V extendiéndose hacia el interior del hueso interdental y puede llegar a alcanzar la cresta alveolar.
- Se observa la lámina dura distal del incisivo lateral y en mesial del canino que ha desaparecido. (24)
- Puede llegar a presentarse bilateralmente. (21)

4.5 Aspectos histológicos

El quiste globulomaxilar ha sido descrito con epitelio estratificado escamoso cuboidal o epitelio columnar ciliado con pared de tejido conectivo fibroso, conteniendo inflamación crónica.

La presencia de inflamación crónica en el tejido conectivo de un quiste odotogénico ha sido considerado indicativo de un quiste de origen inflamatorio. (31)

Las características histológicas en la región globulomaxilar presentan inflamación como un factor importante en el desarrollo del mismo.

El epitelio del quiste globulomaxilar proviene de la mucosa nasal, por lo tanto es un epitelio escamoso estratificado o columnar ciliado. El resto de la pared está formada por tejido conectivo fibroso que muestra infiltrado inflamatorio crónico.

La pared es gruesa con linfocitos diseminados y células plasmáticas concentradas a lo largo del revestimiento.

El contenido del quiste puede ser de colesterol.

4.6 Diagnóstico diferencial

Localizado entre la base maxilar de un diente lateral incisivo y un canino; fueron estudiados quistes radiculares con el prerequisite de una prueba vital de la pulpa en ambos dientes adyacentes y fue excluido el queratoquiste odontogénico, por examen histológico. (31)

La apariencia clínica y radiográfica del quiste globulomaxilar es similar al quiste paradontal lateral, quiste dentígero lateral o quiste primordial.

Wysocki, al revisar 37 casos de radiolucidez globulomaxilares, observó que pueden presentarse muchos tipos de lesiones con características de un quiste globulomaxilar y se deben de tomar en cuenta en el diagnóstico diferencial.

Toller cree que el queratoquiste surge de la lámina dental primitiva y es, por lo tanto, el quiste globulomaxilar es primordial en origen.

En 1965 *Yakoya* reportó un carcinoma representado por una radiolucidez globulomaxilar revisando la apariencia radiológica de esa lesión resultó ser la parte anterior del seno maxilar. Además las características histopatológicas del caso fueron de un carcinoma central del tipo de células transicionales no queratinizadas. (34)

Hay lesiones que podrían aparecer como quiste globulomaxilar: quistes periodontales del desarrollo o quistes primordiales formados a partir de dientes supernumerarios, granuloma periapical, queratoquiste odontogénico, granuloma central de células gigantes, quiste odontogénico calcificante, mixoma odontogénico y otros como los quistes residuales.

4.7 Diagnóstico y pronóstico

Va a depender de su ubicación entre el incisivo lateral y el canino, más una evaluación clínica de los dientes adyacentes para diferenciarlo de uno de origen dentario.

Si los dientes cercanos al quiste no tienen vitalidad requieren de un tratamiento de conductos antes de la extirpación quirúrgica para evitar complicaciones posteriores.

4.8 Tratamiento

El tratamiento consiste en elevar un colgajo mucoperióstico, eliminar el hueso que lo recubre y enuclear el quiste y sutura de la incisión.

La enucleación es el tratamiento de elección con curetaje del hueso circundante. Pero si la lesión es extremadamente grande puede ser prudente realizar una marsupialización para permitir la descompresión y el cierre primario sin el uso de apósitos o sustancias que obliteren la cavidad. El proceso de enucleación es para acelerar la cicatrización y reducir el riesgo de un defecto residual.(33)

CAPITULO V
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Diagnóstico Diferencial

El Quiste Globulomaxilar ha sido diagnosticado y comparado con una gran variedad de Quistes de la Cavidad Bucal.

5.1 Granuloma Periapical

Es una masa de tejido de granulación inflamatoria.

Etiología.- Provocado por caries, una periodontitis crónica no supurativa. Aparece como un intento de reparación y mecanismo protector para aislar los productos de degeneración existentes en los conductos radiculares.

Suele aparecer en el área apical a veces puede formarse en la superficie lateral de la raíz si existen conductos aberrantes, por la penetración de la caries con infección subsecuente y destrucción pulpar.

Histología.- Presenta una intensa reabsorción ósea periapical que aloja un nódulo de tejido de granulación con predominio de fibroblastos gruesos y células endoteliales en proliferación delimitado por una cápsula de tejido fibroso. Pueden existir linfocitos, plasmocitos, histiocitos y nidos de epitelio odontogénico que representan " restos de Malassez".

5.2 Granuloma Central de Células Gigantes

Características clínicas.- Predomina en niños, adultos jóvenes, y según Jaffe es más común en mujeres, afecta cualquiera de los maxilares y no es raro que crucen la línea media.

Se siente un cierto malestar local debido a la expansión de las corticales; hay un aumento de volumen entre leve y moderado en la zona afectada, llega a descubrirse por accidente.

Características radiográficas.- Es una lesión destructiva que produce una zona radiolúcida con bordes relativamente lisos o dentados y a veces revela trabéculas débiles. Suele haber loculaciones definidas, en lesiones de mayor tamaño. Las láminas corticales suelen ser delgadas y están expandidas, llegan a ser perforadas por la masa tumoral. Se observa desplazamiento de los dientes por causa de la lesión.

Histología.- Consiste en un estroma vascular bastante laxo de pequeñas células fusiformes, hay extravasación hemorrágica. Las células gigantes multinucleadas son escasas, pequeñas y de distribución dispareja, ha menudo se hallan aglomeradas en las áreas hemorrágicas, suele haber edema y trabéculas osteoides.

Tratamiento y pronóstico.- Las lesiones pequeñas se curetean por completo y las grandes se deben biopsiar primero para hacer la confirmación histológica y después se hace un excisión quirúrgica conservadora, se rellena de hueso nuevo y se reparan sin dificultad. Rara vez recidiva.

5.3 Quiste Odontogénico Calcificante (Quiste de Gorlin)

Es una lesión odontogéna embrionaria, algunos investigadores postulan que se trata de una neoplasia que se denominó "tumor de eritrocitos fantasmas".

Etiología y patogenia.- El quiste se deriva de restos de epitelio odontógeno situados en la encía o en los maxilares. La característica mas importante es la queratinización de células fantasmas.

Puede aparecer en cualquier momento de la vida debido a la formación de la dentina displásica.

Características clínicas.- En individuos menores de 40 años, aproximadamente, afecta a mujeres y en la zona mandibular.

Estas lesiones son extraóseas y se manifiestan como tumores localizados que afectan la encía. En ocasiones, una parte de ellas produce daño secundario del hueso alveolar por resorción ósea.

Características radiográficas.- se manifiesta como una lesión unilocular o multilocular con bordes discretos y bien delineados que en su interior puede presentar calcificaciones de tamaño regular que producen opacidades de intensidad variable. En algunos casos se puede observar una mineralización tan extensa que dificulta la determinación de la lesión.

Histología.- Presenta una pared de tejido conectivo que circunda una luz cubierta por epitelio odontógeno. La capa epitelial es irregular y de grosor variable, similar al epitelio ameloblástico. El epitelio basal puede presentar focos prominentes con núcleos hiper cromáticos y morfología

cuboidal o columnar. Sobre la capa basal de células exteriores tienen un patrón indeterminado similar al retículo estrellado del órgano del esmalte.

La característica microscópica más importante es la presencia de células fantasmas en las zonas similares al retículo estrellado.

Diagnóstico diferencial.- En las etapas iniciales de formación puede presentarse como una lesión quística radiolúcida pues la mineralización puede ser poca o ninguna. Debe descartarse el quiste dentígero, el queratociste odontógeno y el ameloblastoma unquístico.

En fases más avanzadas cuando se encuentra una apariencia mixta radiolúcida y radiopaca la lesión debe diferenciarse del TOA, odontoma parcialmente mineralizado y tumor epitelial calcificante odontógeno, el fibroodontoma ameloblástico.

Tratamiento y pronóstica.-Enucleación del quiste. El riesgo de recurrencia es bajo.

Cuando se relaciona con ameloblastoma, debe tratarse como tal.

5.4 Quiste Residual

Cuando un quiste periodontal pasa inadvertido tras la extracción del diente permanente; se ha denominado quiste residual.

- Etiología.**-
- 1.- Un quiste formado a partir de un diente temporal o de una raíz retenida que después se exfolia o es extraído sin que se advierta al estado patológico subyacente.
 - 2.- Un diente asociado con un quiste dentígero lateral que es extraído, pero la presencia del quiste pasa inadvertida de modo que persiste y se agranda.
 - 3.- Un quiste periapical o quizás un granuloma periapical que contiene nidos epiteliales .
 - 4.- Se deriva de un quiste radicular inflamatorio.

Características clínicas.- son silenciosos y asintomáticos hasta que adquieren cierto volumen, lo que les permite ser más lábiles a la infección.

Si se deja esta lesión, el crecimiento será progresivo pudiendo causar destrucción y debilitamiento de la mandíbula, así como infecciones de repetición a la aparición de una fistula crónica.

Características radiográficas.- Muestra una imagen radiolúcida característica de los quistes sin la presencia del diente causante extraído tiempo atrás de forma ovalada.

Histología.- Es una cavidad quística revestida por un epitelio escamoso estratificado de grosor variable.

5.5 Quiste Primordial

El cambio quístico que ocurre en el órgano del esmalte antes de la formación de las estructuras calcificadas da por resultado un quiste primordial. Así, este quiste se encuentra en el lugar del diente, sin estar asociado con él.

Incidencia.- Es el menos común de los quistes odontogénicos. La edad principalmente es en la adolescencia y en adultos jóvenes estando igualmente afectados hombres y mujeres, se encuentra con más frecuencia en la región del tercer molar mandibular.

Etiología.- El retículo estrellado se desintegra para dejar un espacio quístico limitado por el epitelio del esmalte interno y externo que se convierte en un revestimiento de epitelio escamoso estratificado.

Características Clínicas.- Es asintomático, hasta que alcanza un tamaño considerable o se infecta secundariamente, puede provocar expansión de la mandíbula y desplazamiento de los dientes vecinos.

Diagnóstico Diferencial.- Quiste periodontal y dentigero, difieren porque no contienen estructuras calcificadas.

Histología.- Esta tapizado por epitelio escamoso estratificado, puede ser unilocular, multilocular o múltiple. Las capas basales del epitelio muestran apariencia regular sin red de espigas y proliferación hacia el tejido conectivo subyacente.

Tratamiento y pronóstica.- La extirpación quirúrgica por enucleación, con curetaje externo del hueso y cierre primario. La recidiva es mínima.

5.6 Quiste Periodontal Lateral

El quiste periodontal lateral puede definirse como un quiste no queratinizado y no inflamatorio que se localiza adyacente o lateral a la raíz de un diente.

Etiología.- En el pasado se pensó que se originaba en el epitelio del esmalte o en los restos epiteliales de Malassez en el interior del ligamento periodontal.

Localización.- En la región premolar y canino mandibular, unos cuantos, en la zona incisiva. O en la región incisiva maxilar.

Características Clínicas.- Se descubre como un aumento de volumen de la superficie lisa y de color normal. La infección en el quiste puede originar dolor y formación de un conducto fistuloso con exudado purulento.

Características Radiográficas.- Se observa como una lesión radiolúcida bien definida, localizada a lo largo de la superficie lateral de la raíz del diente si afecta la zona entre las raíces adyacentes puede provocar divergencia de éstas.

Características Histológicas.- El saco del quiste está revestido por epitelio escamoso estratificado, con una pared de tejido conectivo.

Tratamiento.- Consiste en la extirpación quirúrgica del quiste, debe tratarse con precaución para evitar dañar las estructuras de las raíces adyacentes.

5.7 Queratoquiste

El término de queratoquiste odontogénico fue propuesto por Philipsen en 1956, y es un tipo específico de alteración que puede ocurrir en los quistes folicular, residual y algunas veces radicular y fisural. (31)

Brannor (1976) lo considera un alto potencial de crecimiento agresivo. (25)

El queratoquiste es el único quiste odontógeno que puede desarrollar otros, en las partes blandas. (8)

***Etiología.* - Se considera que los quistes primordiales están queratinizados y se ha dicho que los queratoquistes son en realidad quistes primordiales. (35)**

Se origina de los restos de la lámina dental, también pudieran derivarse de una extensión del componente de células basales del epitelio bucal que lo cubre. (4)

Además este quiste puede presentarse múltiple y asociado con el carcinoma basocelular nevoide múltiple.

Características Clínicas.-

- **Se llega a presentar en la segunda y tercera década de vida.**
- **Se desarrolla en ambos maxilares aunque el lugar de preferencia es la rama ascendente de la mandíbula.**
- **Se localiza en la región de los terceros molares y con menos frecuencia en la región canina.**
- **No presenta síntomas hasta que se infecta secundariamente. (13)**
- **Los episodios inflamatorios recurrentes en la región de un diente extraído, recientemente puede ser parte del cuadro clínico y ayudan a establecer el diagnóstico.**
- **Presenta aumento de volumen de la región y salida del contenido por una o múltiples fistulas. (25)**
- **Puede producir neuralgia, síntomas de ardor o quemazón, a nivel del mentoniano. (25)**
- **En la parte dentaria del maxilar puede haber desplazamiento de los dientes adyacentes. (13)**

***Características Radiográficas.* - La lesión es radiolúcida bien circunscrita y presenta bordes radiopacos delgados. Es posible observar multilocularidad en especial en las lesiones más grandes.**

Un porcentaje importante de estos quistes produce expansión ósea.

En la radiografía se puede observar resorción de hueso en las raíces del diente involucrado. (34)

Histología.- El queratoquiste se caracteriza porque el tejido conectivo de la pared es delgado y no presenta infiltración por células inflamatorias. La interfase epitelio-tejido conectivo es plana, no forma un borde epitelial y el grosor de la cubierta varía de 8 a 10 capas de células.

Las variaciones histológicas del queratoquiste odontógeno paraqueratinizado incluye la protección de la capa basal del epitelio hacia el tejido conectivo. La capa de células basales está compuesta de células cilíndricas o cúbicas.

Contenido.- La cavidad presenta abundantes láminas de queratina, las cuales se van desprendiendo desde la superficie epitelial, a veces como paraqueratina y otras como ortoqueratina. (25)

Se ve un material denso, de color blanco sucio, que semeja pus pero no tiene mal olor. La aspiración es un recurso valioso para el diagnóstico. (13)

Diagnóstico Diferencial.- Quiste dentígero, ameloblastoma, quiste odontógeno calcificante con calcificación mínima, TAO y fibroma ameloblástico.

Tratamiento.- Es la extirpación quirúrgica de la lesión con curetaje óseo periférico o bien con ostectomía.

Bramley (1971-1974) señaló que deben basarse en un diagnóstico exacto, realizar exámenes con el aspirador del contenido quístico.

El abordaje agresivo en este tipo de quiste es debido al alto índice de recurrencia, como podría ser la persistencia de pequeños fragmentos epiteliales o satélites, ya que la pared del tejido conectivo es delgado y friable.

Si los quistes son uniloculares deben enuclearse por vía intrabucal. Si el acceso es difícil se recomienda hacer una descompresión primaria seguida por enucleación secundaria posterior.

En casos extremos, por su volumen o por su localización y ante repetidas recidivas se procede a un tratamiento más severo, como podría ser la resección parcial del maxilar. (25)

La recidiva en las operaciones conservadoras es muy alta. (25)

5.8 Quiste Radicular

También se le denomina quiste periodontal apical o quiste periapical. La cubierta epitelial de este quiste inflamatorio, se deriva de la proliferación de pequeños residuos epiteliales odontógenos "Restos de Malassez", localizados en el ligamento periodontal.

Etiología y Patogenia.- Se desarrolla de un granuloma periapical preexistente. El granuloma periapical presenta un foco discreto de tejido de granulación inflamado de manera crónica y localizado en el hueso circundante al ápice de un diente, se produce la muerte de la pulpa dental y a la necrosis subsecuente del tejido.

Características Clínicas.- La mayor parte de los casos se observa en los varones, suele localizarse en el maxilar, especialmente en la región anterior.

Es asintomático, presenta una tumefacción dura como hueso, crepitación y reabsorción de hueso.

Histología.- El quiste radicular está cubierto por epitelio escamoso estratificado, hiperplásico, presenta arcos o anillos de proliferación sobre un soporte de tejido conectivo vascularizado. Se observan células plasmáticas, así como focos de calcificación distrófica, depósitos de colesterol y vasos sanguíneos.

Diagnóstico Diferencial.- Granuloma periapical, cicatriz periapical, quiste óseo traumático.

Tratamiento y Pronóstico.- La extracción del diente responsable y curetaje del epitelio en la zona de la lesión periapical. Endodoncia acompañado de apicectomía que permite el curetaje directo de la lesión quística.

En caso de quistes muy grandes es útil la exteriorización o marsupialización de la lesión. No hay recurrencia.

5.8 Quiste Radicular

También se le denomina quiste periodontal apical o quiste periapical. La cubierta epitelial de este quiste inflamatorio, se deriva de la proliferación de pequeños residuos epiteliales odontógenos "Restos de Malassez", localizados en el ligamento periodontal.

Etiología y Patogenia.- Se desarrolla de un granuloma periapical preexistente. El granuloma periapical presenta un foco discreto de tejido de granulación inflamado de manera crónica y localizado en el hueso circundante al ápice de un diente, se produce la muerte de la pulpa dental y a la necrosis subsecuente del tejido.

Características Clínicas.- La mayor parte de los casos se observa en los varones, suele localizarse en el maxilar, especialmente en la región anterior.

Es asintomático, presenta una tumefacción dura como hueso, crepitación y reabsorción de hueso.

Histología.- El quiste radicular está cubierto por epitelio escamoso estratificado, hiperplásico, presenta arcos o anillos de proliferación sobre un soporte de tejido conectivo vascularizado. Se observan células plasmáticas, así como focos de calcificación distrófica, depósitos de colesterol y vasos sanguíneos.

Diagnóstico Diferencial.- Granuloma periapical, cicatriz periapical, quiste óseo traumático.

Tratamiento y Pronóstico.- La extracción del diente responsable y curetaje del epitelio en la zona de la lesión periapical. Endodoncia acompañado de apicectomía que permite el curetaje directo de la lesión quística.

En caso de quistes muy grandes es útil la exteriorización o marsupialización de la lesión. No hay recurrencia.

5.9 Mixoma Odontogénico

Es una neoplásia mesenquimatosa que se origina en la porción mesodérmica del germen dental. Se localiza en los maxilares y en el esqueleto de la cara.

Se considera a estos tumores como de agresividad moderada, aunque infiltrantes y recidivantes.(25)

Thoma y Goldman llegaron a la conclusión de que el tumor es benigno y de origen odontogénico.

Etiología.- Se han clasificado los mixomas de los maxilares en dos variedades el odontogénico y el osteogénico.

El mixoma odontogénico tiene su origen en la papila mesenquimatosa del diente en vías de desarrollo antes o después de la calcificación.

El mixoma osteogénico tiene su origen en un foco mesenquimatoso.

CAPITULO VI
PRESENTACION DE UN CASO CLINICO

Presentación de un Caso Clínico:

Este caso clínico que se presenta a continuación fué tomado de la Revista de la Asociación Odontológica Argentina que fué publicado en el año de 1991.(5)

Caso clínico: Se presenta a la consulta un paciente de sexo masculino de 15 años de edad presentando un aumento de volumen a nivel surco nasogeniano izquierdo. Al interrogatorio responde que la evolución era de aproximadamente unos tres meses. Se le preguntó si había experimentado un traumatismo regional y respondió que no. Al examen intrabucal presentaba todas sus piezas dentarias con excepción de los terceros molares. No se observan signos clínicos de caries, pero si una tumoración sobre la encía adherente en el fondo del surco en la zona correspondiente a los dientes 22 y 23. Su tamaño es de unos 2 cm de diámetro, de superficie lisa y color azulado en su parte central. A la palpación es indolora. Las piezas adyacentes a la lesión conservan su vitalidad, observándose una ligera desviación de sus raíces.

Las radiografías dentoalveolares y oclusales ponen en evidencia una lesión radiolúcida de límites de unos 2 cm de diámetros en forma de pera invertida, ubicada entre el incisivo lateral y canino izquierdo. Estos dientes presentan desplazamiento a nivel radicular, y la cortical alveolar vecina al quiste presenta solución de continuidad. En la radiografía oclusal lateralizada con dirección perpendicular del rayo, se registra un pequeño rechazo de la cortical externa del maxilar superior.

De acuerdo a las características clínica-radiográficas, y con el diagnóstico presuntivo de quiste globulomaxilar, se le indica al paciente el tratamiento quirúrgico, realizando los exámenes de laboratorio de rutina.

La intervención quirúrgica se realiza bajo anestesia infiltrativa local procediéndose a la remoción de la lesión quística y al raspado del nicho óseo, con conservación de la vitalidad de los dientes vecinos. Finalmente se rellena el lecho quirúrgico con gasa iodoformada embebida en líquido balsámico, que luego se va retirando parcialmente a las cuatro semanas siguientes. La pieza quirúrgica obtenida se envía al laboratorio de anatomía patológica de la Facultad de Odontología de la U. B. A. recibiendo el diagnóstico de quiste globulomaxilar.

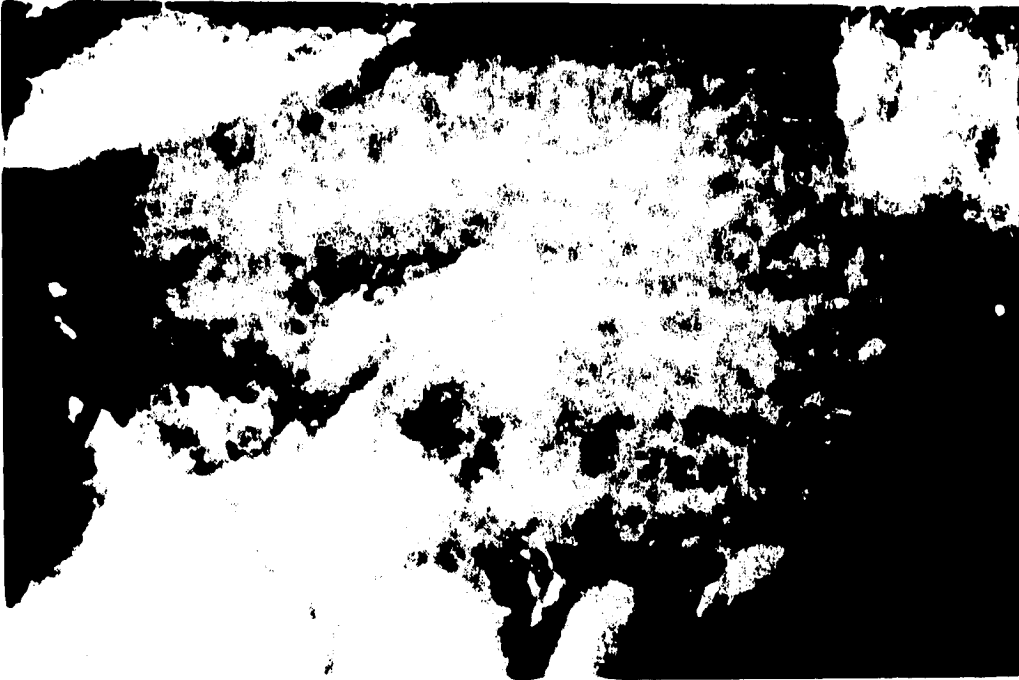


FIG. 9 Manifestación Clínica expansión de la cortical.

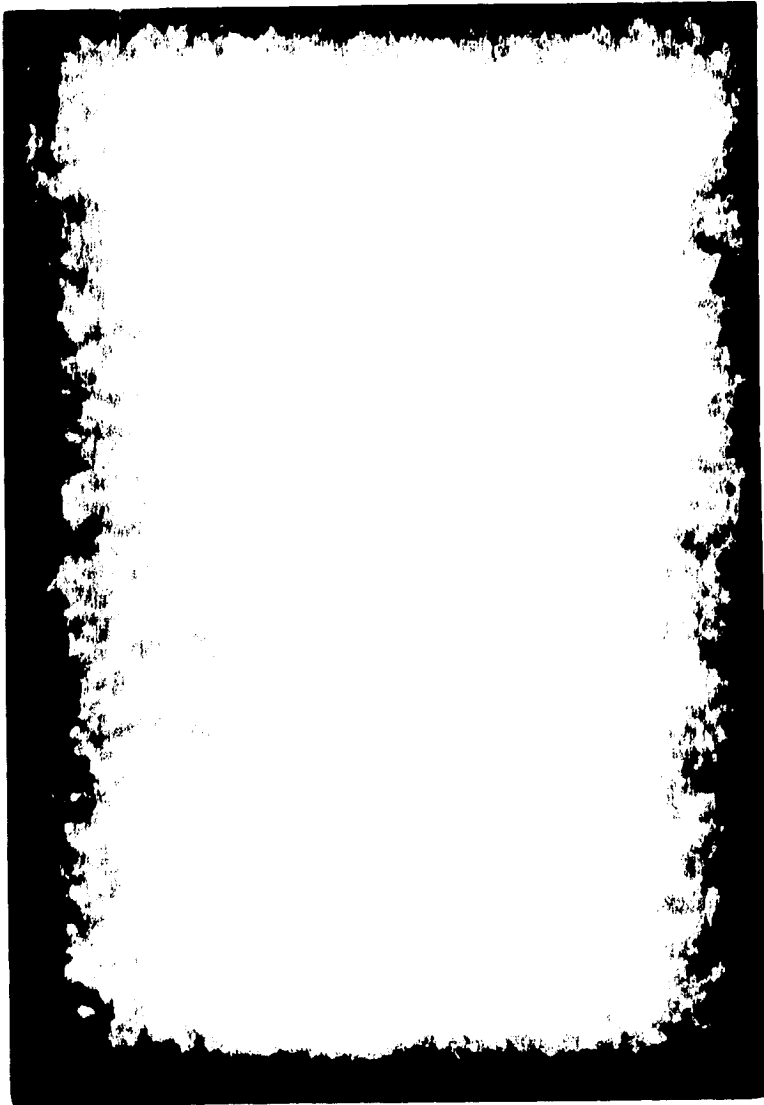


FIG. 10 *Radiografía Periapical zona radiolúcida entre lateral y canino que hace divergente a las raíces*



FIG. 11 Radiografía oclusal zona radiolucida entre lateral y canino que hace divergente las raíces.

CAPITULO VII
REVISION DE CASOS CLINICOS DE QUISTES
GLOBULOMAXILARES

Revisión de casos clínicos de Quistes Globulomaxilares

La revisión de casos clínicos de Quistes Globulomaxilares de 1983 a 1992 , fueron realizados en el Departamento de Patología Bucal de la División de Estudios de Posgrado de Odontología (U.N.A.M).

Solo se tomaron en cuenta 12 casos clínicos que fueron los únicos que tenían un diagnóstico de Quiste Globulomaxilar y algunos de estos mismos casos presentaba este diagnóstico y además otros como el Quiste Dentigero, el Quiste Periapical.

TABLA 1
PROMEDIOS

	CASOS CLINICOS	TOTAL DE CASOS CLINICOS REVEADOS	PORCENTAJE
86	3	477	.62
87	2	390	.51
88	1	363	.27
91	2	508	.39
92	2	575	.34
93	2	499	.40
	12	2812	0.35

TOTAL DE UN SOLO CASO CLINICO DE QUISTE GLOBULOMAXILAR EN 6 AÑOS = 0.35%.

Por facilitar la comparación de los casos clínicos se elaboraron los cuadros que se presentan a continuación.

EPIDEMIOLOGIA

QGM

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA BUCAL

ANO	EDAD	SEXO	LOCALIZACION	DIAGNOSTICO CLINICO	CURSES	RADIOGRAFICAS	HISTOLOGICAS	DIAGNOSTICO
FO11686 (1)	15	M	LATERAL Y CA- NINO SUPERIOR IZQUIERDO	QUISTE GLOBU- LOMAXILAR O QUISTE PERIA- PICAL	ASINTOMATICO, EXUDADO PURU- LENTO	DIVERGENCIA DE RAICES LA- TERAL CRATI- RIFORME CON NECROSIS PUL- PAR	EPITELIO ESCA- MOSO ESTRATI- FICADO CON EXOCITOSIS, CAPSULA DE TEJIDO CONEC- TIVO FIBROSO LAXO, ACUMU- LACION NEU- TROFILICA, EDE- MA, NECROSIS, PROLIFERACION VASCULAR, MA- CROFAGOS	QUISTE PERIAPICAL INFECTADO
FO21386 (2)	23	M	CENTRAL Y LA- TERAL DERE- CHO, TERCIO MEDIO PALA- TINO	QUISTE GLOBU- LOMAXILAR	PEQUEÑA ELE- VACION, ASINTO- MATICA, EXUDA- DO PURULENTO	MULTILOCULA- DO, BIEN DELI- MITADO, RADIO- LUCIDO, TAMA- ÑO 3cm x 2 cm.	EPITELIO ESCA- MOSO ESTRATI- FICADO, UNA BANDA DE TEJ- IDO CONECTIVO LAXO, INFILTRA- DO INFLAMATO- RIO CRONICO	QUISTE RADICULAR
FO8386 (3)	12	M	CENTRAL AL SE- GUNDO PREMO- LAR IZQUIERDO	QUISTE GLOBU- LOMAXILAR	AUMENTO DE VOLUMEN EN VESTIBULAR	ZONA RADIOPA- CA EN FORMA DE PERA INVERTIDA	EPITELIO ESCA- MOSO ESTRATI- FICADO ATROFI- CO, CAPSULA DE TEJIDO CONEC- TIVO FIBROSO LAXO, COLAGE- NA, FIBROBLAS- TOS, HIALINIZA- CION, MACROFA- GOS, AREAS DE NECROSIS	--

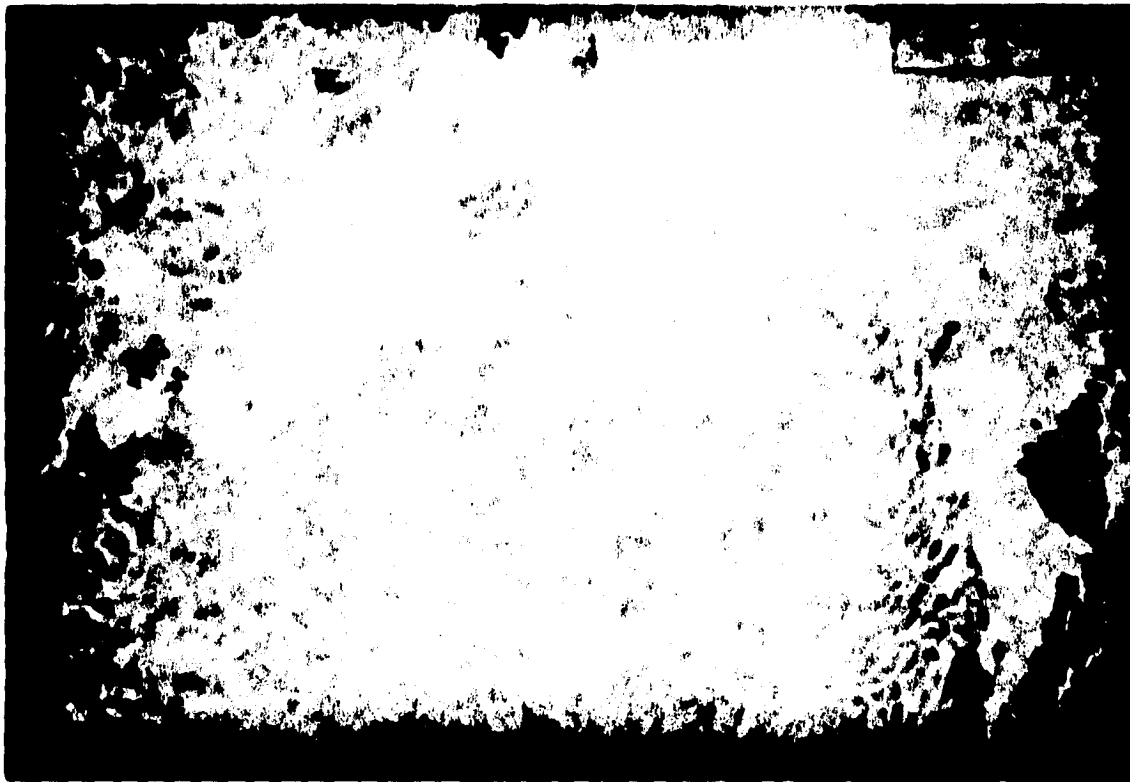
AÑO	EDAD	SEXO	LOCALIZACION	DIAGNOSTICO CLINICO	EXAMENES			COMENTARIO
					CLINICAS	RADIOGRAFICAS	HISTOLOGICAS	
FO11987 (4)	--	--	--	QUISTE PRIMORDIAL O QUISTE GLOBULOMAXILAR	--	--	EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO, ACANTOLOSIS, INFILTRADO LINFOPLASMOCITARIO, CAPSULA DE TEJIDO CONECTIVO FIBROSO LAXO, FIBROBLASTOS COLAGENA, EDEMA, VENULAS, HUESO VITAL	QUISTE CON INFLAMACION CRONICA
FO14187 (5)	--	M	LATERAL Y CANINO SUPERIOR	QUISTE GLOBULOMAXILAR	--	--	UN ESTROMA MACROFAGICO, FIBROBLASTICO, CELULAS GIGANTES MULTINUCLEADAS, HEMOSIDERINA, ESCASO TEJIDO CONECTIVO FIBROSO LAXO, ESPICULAS	GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES
FO988 (6)	28	F	CENTRAL Y CANINO SUPERIOR	QUISTE PERIAPICAL O QUISTE GLOBULOMAXILAR	AÑO Y MEDIO DE EVOLUCION CON EXUDADO PURULENTO	ZONA RADIOLUCIDA BIEN DELIMITADA EN FORMA DE PERA INVERTIDA, DESPLAZAMIENTO DE LA CORTICAL	EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO DE ASPECTOS ATROFICOS, CAPSULA DE TEJIDO CONECTIVO FIBROSO LAXO, COLAGENA, FIBROBLASTOS, CELULAS PLASMATICAS, LINFOCITOS EDEMA	QUISTE PERIAPICAL CON INFLAMACION CRONICA

AÑO	EDAD	SEXO	LOCALIZACIÓN	DIAGNOSTICO		HISTOPATOLOGIA	COMENTARIOS	
				CLINICO	RADIOGRAFICO			
FO21091 (7)	--	--	LATERAL Y CANINO SUPERIOR IZQUIERDO	QUISTES GLOBULOMAXI- LAR	TIEMPO DE EVOLUCION 2 MESES CON SINTOMATOLOGIA, CON SECRECION PARODONTAL Y FISTULIZACION.	ZONA RADIOLUCIDA EN FORMA DE PERA INVERTIDA CON DIVERGENCIA DE LAS RAICES	INFILTRADO YNFAMATORIO CRONICO, EDEMA, EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO	QUISTE GLOBULOMAXI- LAR
FO27191 (8)	18	M	CENTRAL Y CANINO SUPERIOR IZQUIERDO	QUISTE GLOBULOMAXI- LAR O QUISTE DENTIGERO	--	PRESENCIA DE UN DENS IN DENTE EN EL DIENTE INVOLUCRADO	INFILTRADO INFLAMATORIO, EDEMA, EPITELIO ESCAMOSO LAXO	QUISTE PERIAPICAL
FO31492 (9)	28	M	CENTRAL LATERAL Y CANINO SUPERIOR IZQUIERDO	QUISTE GLOBULOMAXI- LAR	--	ZONA RADIOLUCIDA, MULTIFOCULAR DE LIMITES MAL DEFINIDOS	FRAGMENTOS DE TEJIDO CONJUNTIVO LAXO, COLAGENA, FIBROBLASTOS E INFILTRADO INFLAMATORIO CRONICO	GRANULOMA PERIAPICAL

AÑO	EDAD	SEXO	LOCALIZACIÓN	DIAGNOSTICO				DIAGNOSTICO
				CLINICO	CLINICAS	RADIOGRAFICAS	HISTOLOGICAS	
FO22692 (10)	44	F	EN LA ZONA VESTIBULAR ANTERIOR SUPERIOR	QUISTE GLOBULOMAXI- LAR	--	--	EPITELIO ESTRA- TIFICADO NO QUERATINIZADO CON ACANTOSIS, ESPONGIOSIS, DEGENERACION HIPOFISICA, EXO- CITOSIS, INFIL- TRADO INFLA- MATORIO CRONI- CO EDEMA.	QUISTE PERIAPICAL
FO42493 (11)	35	F	ENTRE LATERAL Y CANINO SUPERIOR	QUISTE GLOBULOMAXI- LAR	AUMENTO DE VOLUMEN EN EL PALADAR	ZONA RADIOLU- CIDA EN FORMA DE PERA	TEJIDO CONJUN- TIVO DENSO, VASCULARIZA- DO CON ZONAS DE HEMORRAGIA TEJIDO MUSCU- LAR Y ADIPOSEO DE ASPECTO NORMAL.	TEJIDO NORMAL DE LA ZONA
FO38893 (12)	12	F	MAXILAR SUPERIOR IZQUIERDO	QUISTE GLOBULOMAXI- LAR	--	--	TEJIDO CONJUN- TIVO DENSO CON INFILTRADO IN- FLAMATORIO CRONICO, EPITE- LIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO, ZONAS ATROFI- CAS.	QUISTE PERIAPICAL
PROGRAMA S.S.P.S. DE ESTADISTICA								



MICROFOTOGRAFÍA 12 *Quiste globulomaxilar (FO21091). Tomada a 74X sin lámpara A) Epitelio Escamoso Estratificado; B) Infiltrado Inflamatorio; C) Tejido conectivo; D) Hemorragia.*



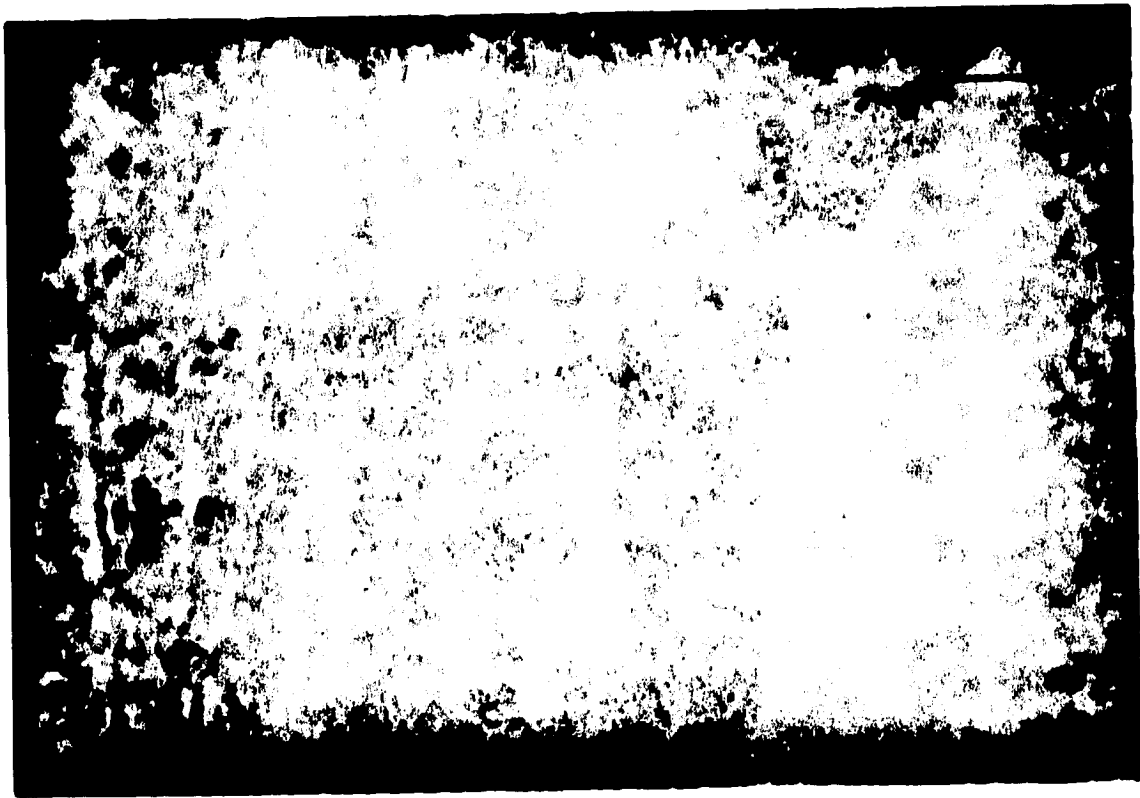
MICROFOTOGRAFIA 13 *Quiste Globulomaxilar (FO21091). Tomada a 74 X más 1*
A) Epitelio Escamoso Estratificado; B) Infiltrado Inflamatorio Crónico; C) Cápsula de
tejido Conectivo.



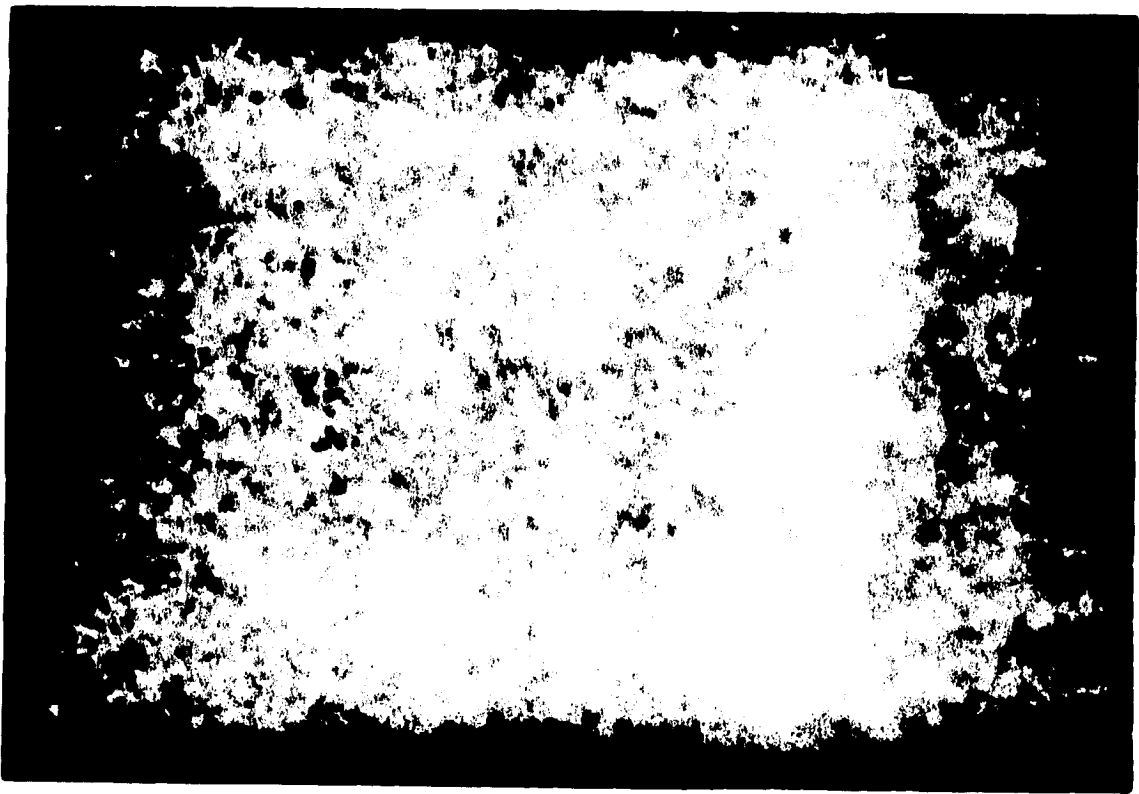
MICROFOTOGRAFIA 14 *Quiste Globulomaxilar (FO21091). Tomada a 100X con el diafragma hacia abajo. A) Epitelio Escamoso Estratificado; B) Lumen del Quiste; C) Tejido Conectivo; D) Eritrocitos.*



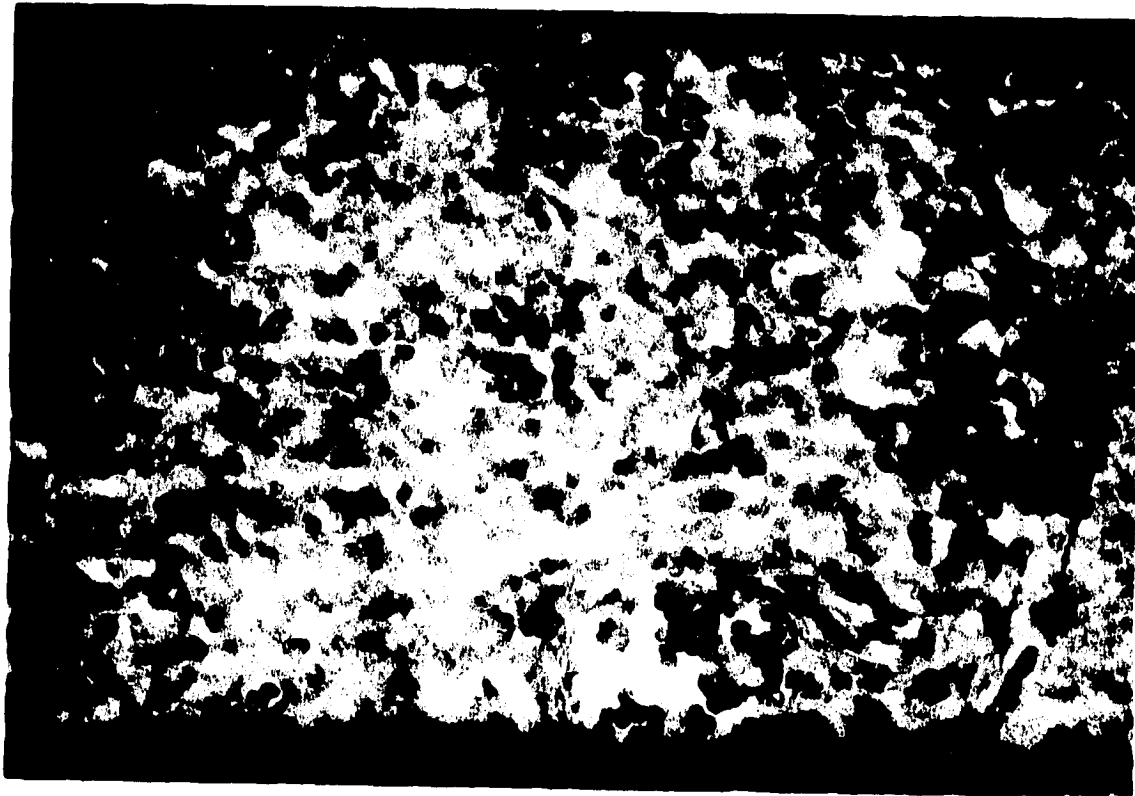
MICROFOTOGRAFIA 15 "Quiste con Inflamación Crónica" (FO11987). Tomada a 100X con el diafragma hacia abajo. **A)** Epitelio Escamoso Estratificado con crecimiento arcoidal; **B)** Espongiosis; **C)** Infiltrado inflamatorio agudo con linfocitos polimorfonucleares intraepiteliales; **D)** Hemorragia; **E)** Tejido conectivo con infiltrado inflamatorio crónico.



MICROFOGRAFIA 16 "Quiste con Inflamación Crónica" (F011987). Tomada a 200X con diafragma hacia abajo. A) Epitelio Escamoso Estratificado; B) Hemorragia; C) Tejido conectivo con infiltrado inflamatorio crónico; D) Cápsula de tejido conectivo.



MICROFOTOGRAFIA 17 *"Quiste con inflamación Crónica" (FO11987). Tomada a 200X sin lámpara. A) Epitelio Escamoso Estratificado; B) Hemorragia; C) Infiltrado inflamatorio crónico.*



MICROFOTOGRAFIA 18 *Quiste Periapical (FO38893). Tomada a 100X con diafragma hacia arriba. A) Epitelio Escamoso Estratificado; B) Hemorragia; C) Tejido conectivo con infiltrado inflamatorio crónico.*

CAPITULO VIII
RESULTADOS

Resultados

Los resultados obtenidos de los 12 casos clínicos con diagnóstico de Quiste Globulomaxilar, fueron realizados con el Programa de Estadísticas S. P. S. S en el Centro de Computo Académico de Ciudad Universitaria; proporcionándonos datos como frecuencia y porcentaje. A estos datos se les asigno una variable ya que el programa así lo requería para obtener más fácil los resultados.

PROGRAMA SPSS

VARIABLE	NOMBRE DE LA VARIABLE
A	AÑO
E	EDAD DEL PACIENTE
S	SEXO DEL PACIENTE
CC	CARACTERISTICAS CLINICAS
L	LOCALIZACION
CR	CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS
CH	CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS
DC	DIAGNOSTICO CLINICO
*	NO ESPECIFICADOS

LOS DATOS OBTENIDOS DE LOS 12 CASOS CLINICOS SE COLOCARON DE LA SIGUIENTE MANERA:

FOUO	A	E	S	CC	L	CR	CH	DC
21386	86	23	1	1	1	2	1	1
8386	86	12	1	2	2	2	2	1
11686	86	15	1	3	2	1	3	1
11987	87	--	--	--	--	--	4	1
14187	87	--	1	--	3	--	5	1
0988	88	28	2	4	1	2	6	1
21091	91	--	--	5	2	2	7	1
27191	91	18	1	--	2	4	8	1
31492	92	28	1	--	2	3	9	1
22692	92	44	2	--	4	--	10	1
42493	93	35	2	6	2	2	11	1
38893	93	12	2	--	2	--	12	1

LAS TABLAS QUE SE PRESENTAN A CONTINUACION SON LOS DATOS OBTENIDOS QUE CORRESPONDEN AL CUADRO ANTERIOR

TABLA 2
AÑO (A)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1986	3	25.0
1987	2	16.7
1988	1	8.3
1991	2	16.7
1992	2	16.7
1993	2	16.7
TOTAL	12	100.0

CASOS VALIDOS 12 * CASOS AUSENTES 0

TABLA 3
EDAD DEL PACIENTE (E)

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
12	2	16.7
15	1	8.3
18	1	8.3
23	1	8.3
28	2	16.7
35	1	8.3
44	1	8.3
*	3	25.0
TOTAL	12	100.0

CASOS VALIDOS 9 * EDAD NO ESPECIFICADA 3

TABLA 4**SEXO DEL PACIENTE (S)**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	6	50.0
2	4	33.3
*	2	16.0
TOTAL	12	100.0

CASOS VALIDOS 10 * SEXO NO ESPECIFICADO 2

SEXO DEL PACIENTE

- 1 Masculino
- 2 Femenino
- * No Especificado

TABLA 5**CARACTERISTICAS CLINICAS (CC)**

CARACTERISTICAS CLINICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	1	8.3
2	1	8.3
3	1	8.3
4	1	8.3
5	1	8.3
6	1	8.3
*	6	50.0
TOTAL	12	100.0

CASOS VALIDOS 6 * CC NO ESPECIFICADAS 6

CARACTERISTICAS CLINICAS

- 1 Pequeña elevación. Asintomática, Exudado purulento
- 2 Elevación en Vestibular
- 3 Asintomático y Exudado purulento
- 4 Año y medio de evolución con exudado purulento
- 5 Tiempo de evolución 2 meses con sintomatología, con Secreción Parodontal y Fistulización.
- 6 Aumento de volumen en el paladar
- * No especificado

TABLA 6
LOCALIZACION (L)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	2	16.7
2	7	58.3
3	1	8.3
4	1	8.3
*	1	8.3
TOTAL	12	100.0

CASOS VALIDOS 11 * L NO ESPECIFICADA 1

LOCALIZACION

- 1 Central y Lateral Derecho, Tercio Medio Palatino
- 2 Central a Segundo Premolar Izquierdo
- 3 Lateral y Canino Superior Izquierdo
- 4 En la Zona Vestibular Anterior Superior
- * No Especificados

TABLA 7
CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS (CR)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	1	8.3
2	5	41.7
3	1	8.3
4	1	8.3
*	4	33.3
TOTAL	12	100.0

CASOS VALIDOS 8 * CR NO ESPECIFICADO 4

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

- 1 Divergencia de las Raíces Laterales, Cratiriforme con Necrosis Pulpar
- 2 Zona Radiopaca en forma de Pera Invertida
- 3 Zona Radiolúcida Multilocular de límites mal definidos
- 4 Presencia de un DENS IN DENTE en el Diente Involucrado
- * No Especificado

TABLA 8

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS (CH)

1	1	8.3
2	1	8.3
3	1	8.3
4	1	8.3
5	1	8.3
6	1	8.3
7	1	8.3
8	1	8.3
9	1	8.3
10	1	8.3
11	1	8.3
12	1	8.3
TOTAL	12	100.0

CASOS VALIDOS 12

• CH NO ESPECIFICADOS

0

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

- 1 Epitelio escamoso estratificado. una banda de Tejido conectivo Laxo, infiltrado inflamatorio crónico.
- 2 Epitelio escamoso estratificado atrófico, cápsula de tejido conectivo fibroso laxo, colágena, fibroblastos, hialinización macrófagos, áreas de necrosis.
- 3 Epitelio escamoso estratificado con excitosis, cápsula de tejido conectivo fibroso laxo, acumulación neutrofílica, edema, necrosis, proliferación vascular, macrófagos.
- 4 Epitelio escamoso estratificado, acantólisis, infiltrado linfo-plasmocitario, cápsula de tejido conectivo laxo, fibroblastos, colágena, edema, venulas y hueso vital.
- 5 Un estroma macrofagico fibroblástico, células gigantes multinucleadas, hemosiderina, escaso tejido conectivo fibroso laxo.
- 6 Epitelio escamoso estratificado de aspecto atrófico, cápsula de tejido conectivo fibroso laxo, colágena, fibroblastos, células plasmáticas, linfocitos, macrófagos, edema.
- 7 Infiltrado inflamatorio crónico, edema, epitelio escamoso estratificado.
- 8 Infiltrado inflamatorio edema, tejido conjuntivo fibroso laxo, epitelio escamoso laxo.
- 9 Fragmentos de tejido conjuntivo laxo, colágena, fibroblastos, e infiltrado inflamatorio crónico.
- 10 Epitelio estratificado no queratinizado con acantosis, espongirosis, degeneración hidrópica, excitosis, infiltrado inflamatorio crónico y edema.
- 11 Tejido conjuntivo denso, vascularizado con zonas de hemorragia, trabéculas óseas irregulares de tejido muscular y adiposo de aspecto normal.
- 12 Tejido conjuntivo denso con infiltrado inflamatorio crónico, epitelio escamoso estratificado, zonas atróficas.

CONCLUSION

CONCLUSION

En esta revisión de la literatura del "Quiste Globulomaxilar" nos enfocamos a un quiste que es muy raro de observarse como también es difícil creer en su verdadera existencia.

Thoma en 1937 fue el primero en observar este Quiste denominado Quiste Globulomaxilar. Algunos autores y la última clasificación de la OMS de 1992, piensan que este quiste debería de eliminarse, o que debería de tener otro nombre como también se piensa tiene su origen de otro quiste.

Al tratar de localizar los casos clínicos de Quiste Globulomaxilar que nos servirían para la elaboración de esta tesis en el Departamento de Patología Bucal de la División de Estudios de Posgrado de Odontología (UNAM), nos damos cuenta que de los 12 casos consultados, 11 correspondían a otro tipo de patología en su diagnóstico definitivo y sólo 1 presentó un diagnóstico definitivo de Quiste Globulomaxilar. La causa de que este tipo de patología sea confundida es porque este tipo de quiste puede tener su origen dentro de otro quiste y que en un tiempo determinado llegue a aparecer como tal, aparte de sus características clínicas, radiográficas, y su localización; pero al estudiar sus características histológicas podremos dar un diagnóstico correcto.

El concepto de que el Quiste Globulomaxilar está formado por el atrapamiento del epitelio durante el desarrollo de la cara ha sido seriamente cuestionado, los quistes sin duda ocurren en esta región y la mayoría representan un rango de variedades, tal como el queratoquiste odontogénico, radicular lateral o quiste residual y un quiste periodontal. Sin embargo algunos quistes en este sitio particular no se colocan en ninguna de estas y otras categorías. (10)

Quiste primordial.- Este quiste se encuentra en el lugar de un diente pero no está asociado con él, y ocurre degeneración de el órgano del esmalte.

Queratoquiste.- Afecta más a la mandíbula en la región de los terceros molares. Se forman de los restos de la lámina dental. Su aspecto histológico se caracteriza por que el tejido conectivo de la pared es delgado y no presenta infiltrado por células inflamatorias.

Granuloma Periapical.- Es provocado por caries, necrosis más común; presenta una reabsorción ósea periapical que aloja un nódulo de tejido de granulación.

Granuloma Central de Células Gigantes.- Es una lesión destructiva que se observa como una zona radiolúcida con bordes relativamente lisos o dentados; y a veces se observan trabéculas débiles.

Quiste Odontogénico Calcificante.- Se manifiesta como una lesión unilocular o multilocular con bordes discretos y bien delineados que en su interior puede presentar calcificaciones de tamaño regular que producen opacidades de intensidad variable.

Quiste Residual.- Esta asociado a un diente extraído o a cualquier cirugía mal realizada .

Quiste Periapical.- Se localiza en el hueso circundante en el ápice de un diente; se produce la muerte de la pulpa.

Mixoma Odontogénica.- Tiene su origen en el mesénquima del diente antes o después de la calcificación.

El Quisteglobulomaxilar se localiza entre incisivo lateral y canino intraóseo, antes se consideraba un quiste fisural que surgía del epitelio no odontogénico incluido en el sitio de la fusión del proceso globular y el proceso maxilar. Radiográficamente es quiste en el área globulomaxilar que muestra características en forma de pera entre lateral y canino, ocasionalmente causando divergencia de las raíces.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BEECHING, B.** Radiología Dental Interpretación de Imágenes, 113 pp.
- 2 BJORN, H. INGAR, O.** Scanning Electron Microscopic Observations on the inner surface of jaw cysts, *Int. J. Oral Surg.* 1985; 14:526-532 pp.
- 3 BHASKAR, S.** Patología Bucal, Argentina, El Ateneo, 1975, 46, 165 pp.
- 4 CASTILLEJOS, V.** Cirugía Bucal y Maxilofacial, 1ª Ed, Tredex Editores, 103 pp.
- 5 CHUCHURU, J.A., LUBERTI, R.,** Quiste Globulomaxilar, Presentación de un caso clínico, *Revista de la Asociación Odontológica Argentina* 1991, 72 (2) : 84-5 pp.
- 6 CHRIST, TF.** The Globulomaxillary cyst: an embryologic misconception, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1970; 30:515-26 pp.
- 7 FERENCZY, K.** The Relationship of Globulomaxillary Cysts to the Fusion of Embryonal Processes and to Cleft Palates, *Oral Surg* 1958, 11:1388-1393 pp.
- 8 HORCH, H.** Cirugía Odontoestomatológica, Barcelona, Salvat Odontología, 1992, 284 pp.
- 9 KELLEHER, MG.** Conservative Endodontic Therapy following the removal of a "Globulomaxillary cyst" a case report and review of literature. *International Endodontic Journal*, 1984 Apr, 17 (2). 80-7 pp.
- 10 KRAMER, I. PINDBORG, J.J. SHEAR, M.** Histological typing of Odontogenic Tumours; World Health Organisation International Histological, Clasification of Tumours, 1992, 7,8,9, 40 pp.
- 11 KYLLEY, H.** Lesiones quísticas benignas de los maxilares, su diagnóstico y tratamiento, Argentina, 1ª Ed. Mundi, 1979, 19, 20, 21, 22 pp.
- 12 KRUGER, G.** Cirugía Bucomaxilofacial, México, Médica Panamericana, 1990, 234,235 pp.
- 13 LASKIN, D.** Cirugía Bucal y Maxilofacial, Argentina, Médica Panamericana, 1987,465 pp.
- 14 LOPEZ, J.S.** Cirugía Oral, Interamericana Mc Graw-Hill, 1991 489,490,491 pp.

- 15 **LUCAS, R.** Pathology of Tumours of the Oral Tissues, 1^a Ed. Edinburgh London and New York, Churchill Livingstone, 1976, 352, 353, 354 pp.
- 16 **MARVIN, S.** Cysts of the Oral Regions, Third Edition 1992.
- 17 **MOORE, L.** Embriología Clínica 3^a Edición Editorial Interamericana.
- 18 **MOREHEAD, R.** Human Pathology and Introduction to Medicine, 1965, 1486 pp.
- 19 **NISHA, J. D'SILVA, LEIGH, A.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol; 1993, 76:182-4 pp.
- 20 **ORBAN,** Histología y Embriología Bucales, La Prensa Mexicana, 1981, 1 a la 17 pp.
- 21 **PIIRONEN, J. YLPAVALNIEMI, P. CALONIUS, PE, HAPPONEN, RP.,** Globulomaxillary cyst a misdiagnosed entity?, J. Proceedings of trh Finnish Dental Society 1985;81 (5-6) 285-8 pp.
- 22 **POYTON, G.** Radiología Bucal, México, Interamericana, 1991, 199 pp.
- 23 **RASPALL, G.,** Enfermedades Maxilares y Craneofaciales, Atlas Clínico, Barcelona, Salvat, 1990, 342. 343 pp.
- 24 **REGEZI, J.** Pathología Bucal, Interamericana, 1991, 333, 334, 335 pp.
- 25 **RIES CENTENO, G.** Cirugía Bucal, Patología Clínica y Terapéutica, Buenos Aires, El Ateneo, 1987, 679, 680, 681 pp.
- 26 **ROED-PETERSEN, B:** Nasolabial cysts, a presentation of five patients with a review of the literature, Brit. J. Oral Surg 1970, 7:85-91 pp.
- 27 **SHAFER, W.** Tratato de Patología Bucal, México, Interamericana, 1985, 73, 74 pp.
- 28 **STAFNE, E.** Diagnóstico Radiológico en Odontología, Buenos Aires, Médica Panamericana, 1978, 171, 172 pp.
- 29 **TAICHER, S, AZAZ, B.** Lesions Resembling Globulomaxillary cyst, oral Surg, 1977,44;25-29 pp.
- 30 **TEN CATE, A.** Histología Oral, Desarrollo Estructura y Función, Médica Panamerica, 1991, 1 a la 16 pp.

- 31 THOMA**, Pathología Oral, Barcelona Salvat Editores, 1983, 31 a 63 pp.
- 32 VEDTOFTE. P. HOLMSTRUP P.**, Inflammatory Paradental Cyst in the globulomaxillary region. Journal of Oral Pathology and Medicine, 1989 Mar, 18(3); 125-7
- 33 VELAZQUEZ, T.** Anatomía Patología Dental y Bucal, La prensa Médica, 1977, 260,261 pp.
- 34 WAITE, D.** Tratado de Cirugía Bucal Práctica, México, Campaña Edidtorial Continental S.A. de C.V. 331 pp.
- 35 WOOD, N.** Revisión del Diagnóstico Medicina Bucal, Radiología y plan de tratamiento, Buenos Aires Editorial Mundi, 1983; 103, 104, 106, 108, 112 pp.
- 36 WYSOCKI, GP.** The Differential Diagnosis of globulomaxillary radiolucencies oral surg. Oral Med Oral Pathol 1981; 51:281-6 pp.
- 37 YOKOYA, M.** Complicated malignant Neoplasm and Globulomaxillary cysts, oral surg 1977, 44:25-29 pp.
- 38 ZEGARELLI, E.** Diagnóstico en patología oral, 2ª Edición, Salvat, Barcelona 1982, 221,222, 223, 224, 225 pp.

GLOSARIO

Acantólisis.- Término de Auspitz para el desprendimiento de las células de cuerpo mucoso de Malpighi.

Acantosis.- Alteración de tipo degenerativo de las células "espinosas" de la capa más profunda de la epidermis; su nombre deriva de la denominación griega "espina". Engrosamiento de la epidermis por hiperplasia de la capa espinosa de Malpighi.

Ameloblastoma.- Tumor que se desarrolla de los restos epiteliales paradetales del órgano del esmalte.

Anómalo.- Se denomina así a cualquier situación anatómica o funcional anormal.

Cartilago hialino.-Es el más común de los tres tipos es firme aun que algo elástico. Existen finas fibras colágenas. Forma la parte anterior de las costillas en los adultos, así como los conductos de los cartilagos aéreos. Superficies de las articulaciones.

Células plasmáticas.- Son las productoras de los anticuerpos que circulan en la sangre; estos anticuerpos se denominan anticuerpos humorales (humoral = líquido).

Colesteatoma.- Formación tumoral benigna derivada del epitelio y con un aspecto grasoso. Se presenta, por ejemplo, en el oído medio, en conjugación con inflamaciones crónicas del oído. El tratamiento es principalmente quirúrgico.

Contráctiles.- Posee la propiedad de la contracción.

Crepitación.- Ruido que producen los extremos de un hueso fracturado cuando rozan entre sí.

Enucleación.- Liberación de un tumor o globo ocular de sus adherencias o envolturas y extirpación total subsiguiente.

Espangiosis.- Edema intercelular de la capa de Malpighi o esponjosa de la piel.

Estroma.- Es el tejido fibroso conectivo de sostén de un órgano, es decir, el que proporciona el armazón a las verdaderas células nobles o parénquima del mismo.

Exocitosis.- Refiere a la presencia de leucocitos polimorfonucleares entre las células de la epidermis, que han migrado desde la dermis.

Fibras de reticulina.- Componente de la sustancia intercelular del tejido conectivo. Son fibras muy delgadas que contienen un tipo de colágena y también algo de material hidrocarbonado y que se denominan fibras reticulares por que suelen estar dispuestas en redes.

Fístula.- Trayecto patológico congénito o adquirido que pone en comunicación anormal dos órganos entre sí (fístula interna) o con el exterior (fístula externa). Comunicación anómala artificial, quirúrgica o experimental, de un órgano con el exterior a través de un orificio cutáneo o mucoso o con otro órgano.

Fluctuación.- Movimiento de onda comunicado a un líquido acumulado en una cavidad natural o accidental del cuerpo, deprimiendo o percutiendo con una mano la pared de la cavidad el movimiento es perseguido por la otra mano aplicada a la pared opuesta.

Folliculo.- Bolsa pequeña, en especial las bolsas pilosas y los folículos de los ovarios, en los que tiene lugar el desarrollo de un órgano o parte del mismo.

Friable.- Que se pulveriza o desmenuza fácilmente.

Hemosiderina.- Pigmento amarillo oscuro que contiene hierro, producto de descomposición de la hemoglobina, en su transformación a bilirrubina. Se encuentra normalmente en la sangre extravasada. En estado patológico en diversos tejidos (hemosiderosis).

Inclusión.- Contención de una cosa o parte de ello dentro de otra. En histología, un trozo de tejido en cera, parafina, celoidina, etc, para poder hacer cortes con el micrótono. Se dice de los dientes que anormalmente no han hecho erupción. Estas inclusiones pueden ser parciales o totales: Submucosas, intraóseas, etc. Para expresar este estado se emplea también el término de retención o impactación.

Licuefacción de la capa basal o degeneración hidrópica.- Pérdida de la demarcación entre epidermis y dermis por tumefacción inicial de las células de la capa basal y desaparición posterior de éstas, con edema la porción capilar de la dermis. Generalmente se acompaña de pérdida de las proyecciones epidérmicas epiteliales.

Linfocito.- Célula sanguínea mononucleada que tiene un papel fundamental en la respuesta inmunológica del organismo y que se encuentra habitualmente en el torrente circulatorio y en los llamados "órganos linfoides", (ganglios linfáticos, bazo, timo). Existen dos tipos denominados T y B morfológicamente idénticos y con origen común en la médula ósea. Los linfocitos T (Timodependientes), interviene fundamentalmente en la inmunidad celular; durante su desarrollo pasan obligatoriamente por el timo, donde sufren un proceso de diferenciación funcional. Los linfocitos B (Bursodependientes) se encargan de la inmunidad humoral (elaboración de anticuerpos).

Líquido Seroso.- Son las membranas lisas, delgadas y humedecidas contenidas en ciertas cantidades internas de nuestro organismo; después de revestir la pared de la cavidad.

Macrófago.- Célula fagocitaria perteneciente al retículo endotelial (Sistema monocítico-fagocitario). Los hay de dos clases: fijos, como los histiocitos del tejido conjuntivo, las células de Kupffer del hígado y otras en el bazo, ganglios linfáticos, etc., y libres en las zonas de inflamación.

Marsupialización.- Operación de suturar las paredes de un quiste, hidatídico especialmente, a los labios de herida, de suerte que, una vez abierto y vaciado el quiste, queda una bolsa semejante a lo que poseen los marsupiales y que taponada convenientemente, cura por formación de un tejido de granulación.

Multiloculado.- Que se presenta en varios lugares.

Neoplasmas.- Es sinónimo de tumor.

Obliterar.- Cerrar un conducto o cavidad del cuerpo.

Ostectomía.- Resección de un hueso o parte del mismo.

Parénquima.- En la estructura de los diversos órganos internos (corazón, cerebro, pulmones, hígado, riñones etc.). El parénquima es el conjunto de células propias del órgano con funciones específicas. Estas células parenquimatosas se apoyan en un tejido conectivo de sostén.

Resección.- Extirpación quirúrgica

Síndrome de Gorlin.- Carcinomas basocelulares, quistes odontógenos de los maxilares, depresiones variiformes en las palmas y en las plantas, anomalías óseas de las costillas, columna vertebral y cráneo. Hereditaria autosómica dominante. Sinónimo.- nevo vasocelular, basolioma nevoide.

Somitas.- Es una serie de bloques de tejido mesodérmico situado a cada lado del tubo neural.

Transposición.- Poner en lugar diferente; ocultar; inversión de ciertos órganos del cuerpo.

Tumefacción.- Es cualquier hinchazón o aumento de volumen de un órgano o tejido blando por una contusión o por un proceso inflamatorio local. La tumefacción es casi siempre dolorosa y esta cubierta de piel y uñas o menos azulada, tiene unos límites periféricos no bien definidos, ya que la zona tumefacta se continúa insensiblemente con las regiones vecinas no afectadas.

Túrgido.- Turgente, hinchado, tensión en un tejido, generalmente en la piel.