



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

QUERATOQUISTE

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

BENJAMIN RODRIGUEZ LUNA

ASESOR: C.D. ALEJANDRO GERARDO MARTINEZ SALINAS

[Firma]
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



México, DF.

1995.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Universidad Nacional Autónoma de México

303

2ED

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

QUERATOQUISTE

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

BENJAMIN RODRIGUEZ LUNA

Asesor:

C.D. ALEJANDRO GERARDO MARTINEZ SALINAS

MEXICO, D.F.

1995.

AGRADECIMIENTOS

A MI MADRE.

A ti en particular te dedico este, mi mayor triunfo, porque lo logre para ti, tu que eres el gran pilar del cual me he apoyado siempre, y que incondicionalmente estas siempre que lo necesito; ahora me toca a mi, compartir contigo el fruto de tanto trabajo, esfuerzo y tiempo que ambos hemos invertido en esto, yo se que no es un pago pero espero que te llene de alegria y satisfacci3n como a mi. "Chelo" gracias, muchas gracias.

EN MEMORIA A MI ABUELA HERNESTINA

Porque se que dondequiera que est3s, compartes el orgullo de este momento.

A MI PADRE Y HERMANOS.

Gracias por el apoyo desinteresado que siempre me han brindado, al ejemplo, al cari3o y a la amistad que los caracteriza como personas muy especiales en mi coraz3n, con toda sencillez y respeto, los amo con toda mi alma.

A MI NOVIA RUTH.

Ruth a ti te debo mucho, porque viviste muy de cerca este gran esfuerzo y me apoyaste desinteresadamente, fuiste mi gran incentivo y mi mejor compañera, además, el gran y único amor de mi vida.

Ruth gracias.

A MI ASESOR

Por todo el apoyo, la paciencia, la sabiduría y la gran amistad.

Gracias, C.D. Alejandro Martínez Salinas.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Por darme la oportunidad de hacer realidad uno de mis mayores sueños y una de mis metas.

INDICE

INTRODUCCION.....	4
CLASIFICACION DE QUISTES ODONTOGENOS.....	5
DEFINICION DE QUISTE.....	6
QUERATOQUISTE.....	7
INTRODUCCION.....	8
CARACTERISTICAS CLINICAS.....	9
ASPECTOS RADIOGRAFICOS.....	10
HISTOPATOLOGIA.....	11
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	13

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.....	14
CASO CLINICO.....	16
DIPOSITIVAS.....	20
CONCLUSION.....	21
GLOSARIO.....	22
BIBLIOGRAFIA.....	23

INTRODUCCION

Los quistes constituyen un problema de gran importancia en la practica odontologica moderna, principalmente los de la region craneo facial. Por lo general cuando son detectados es debido a su gran tamaño, por que carecen de sintomatologia o signos clinicos evidentes y solo se descubren cuando se realiza un examen radiografico de rutina.

Se empezara por definir lo que es un quiste, su clasificacion y factores de crecimiento y la descripcion general del queratoquiste caracteristicas clinicas, radiograficas, diagnosticos diferenciales y tratamiento; que puede ser desde un curetaje, cauterizacion, enucleacion o marsupializacion.

CLASIFICACION DE QUISTES ODONTOGENOS

La clasificación de los quistes odontògenos se basa en dos criterios:

- 1.- Relación con dientes.
- 2.- Origen celular.

Con base a esto, existen tres grupos principales de quistes odontògenos:

PARODONTAL:

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| Relación a diente
y hueso. | -Apical.
-Lateral.
-Residual. |
| Origen celular: | -Restos epiteliales de Malassez. |

FOLICULAR:

- | | |
|-------------------------------|--|
| Relación a diente
y hueso. | -Dentigero
-Dentigero central.
-Dentigero circunferencial. |
| Origen celular: | -Epitelio reducido del esmalte. |

QUERATOQUISTE:

Relaciòn a diente y hueso.

- Solitario.
- Dentigero.
- Pseudo dentigero.
- Múltiple.

Origen celular.

- Restos epiteliales de la lámina dental.

Conociendo todas las características de los quistes, se podrá llegar a un diagn stico adecuado, en beneficio del paciente.

DEFINICION DE QUISTE

Cavidad patológica que contiene líquido o semilíquido, esta cubierto por tejido conectivo, aunque algunas veces tiene epitelio periférico o central, dentro y fuera de los huesos.

QUERATOQUISTE

INTRODUCCION

Diferentes quistes muestran queratinización del epitelio de revestimiento, incluyendo los no odontògenos, como los dermoides-epidermoides. Ademàs, algunos quistes odontògenos presentan queratinización, como el primordial, el dentìgero y, en raras ocasiones, el periodontal apical. La queratina formada por el epitelio de revestimiento puede ser paraqueratina (nùcleos que persisten) u ortoqueratina (ausencia de nùcleos). Por lo regular hay un estrato granuloso con ortoqueratina, pero no con paraqueratina. La capa espinosa de cèlulas es delgada o gruesa y tiene un ancho uniforme o variable, con o sin invaginaciones dermo epiteliales. La capa basal de cèlulas es de forma cuboidal aplanada o alta, columnar y empalizada.

Los quistes que se caracterizan por 1) una superficie paraqueratinizada característicamente corrugada, 2) una uniformidad de grosor del epitelio, que por lo regular varìa de seis a diez cèlulas, y 3) una capa basal de cèlulas en empalizada, polarizada, que con frecuencia se describe como de "làpida" o de "cerca de estacas", son conocidos como queratoquistes odontògenos.

CARACTERISTICAS CLINICAS

En 1956, Philipsen usò por primera vez el tèrmino de "Queratoquiste-odontògeno", mientras en 1963 Pindborg y Hansen describieron los aspectos esenciales de este quiste. Actualmente hay un acuerdo general de que este quiste tiene un criterio histològico muy bien definido y un aspecto clìnico que garantiza su reconocimiento y su separaciòn como una entidad característica: su índice de recurrencia es sumamente alto.

Un sinònimo de "queratoquiste odontògeno", es el de "queratoquiste primordial", este tèrmino se ha usado ampliamente en la literatura. Esto ha originado mucha confusiòn, debido a que no todos los quistes primordiales son queratoquistes odontògenos; el quiste primordial se refiere al que se desarrolla en el sitio de un diente a través de la degeneraciòn de un òrgano del esmalte. Ciertamente no todos los queratoquistes odontògenos son quistes primordiales.

Brannon publicò la serie màs detallada y màs amplia de casos de queratoquistes odontògenos, y sus datos probablemente son los màs representativos de esta lesiòn. El quiste se presenta a cualquier edad, desde los muy jòvenes, hasta en los muy ancianos. el mayor índice està entre la segunda y la tercera dècadas de

la vida, con una declinaciòn gradual subsecuente. existe una predilecciòn por presentarse en el sexo masculino.

La mandibula es afectada invariablemente con mäs frecuencia que el maxilar. En la mandibula, la mayor parte de los quistes se presentan en el àrea molar de la tercera rama, seguido por el àrea del primero y segundo molares y despuès por la parte anterior de la mandibula. en el maxilar superior el sitio mäs comùn es el tercer molar seguida por la regiòn del canino.

Con frecuencia ocurren queratoquistes odontògenos mùltiples. En ocasiones estàn asociados con el sìnrome de quiste maxilar-nevo de cèlulas basales-costilla bifida.

No hay manifestaciones clinicas características del queratoquiste. Entre los aspectos mäs comunes se encuentran dolor, hinchazòn de los tejidos blandos y expansiòn del hueso, drenaje y diversas manifestaciones neurològicas, como parestecia del labio o de los dientes.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS

Desde el punto de vista radiogràfico, la lesiòn característica es radiolùcida, bien circunscrita y presenta bordes radiopacos delgados. Es posible observar

multilocularidad, en especial en lesiones más grandes; sin embargo la mayor parte de los daños son uniloculares y más del 40% es adyacente a la corona de un diente sin erupcionar. Un porcentaje importante de estos quistes produce expansión ósea; alrededor del 30% de las lesiones maxilares provoca expansión bucal más que palatina, más del 50% de las lesiones mandibulares presenta expansión bucal y la tercera parte crecimiento lingual.

HISTOPATOLOGIA

El tejido conectivo fibroso de la pared del quiste es delgado y no suele presentar infiltración por células inflamatorias. La interfase epitelio-tejido conectivo es plana, no forman un borde epitelial y el grosor de la cubierta varía de 8 a 10 capas de células. La capa basal es típica y presenta células pálidas con núcleos prominentes, polarizados e intensamente teñidos, de diámetro uniforme. El estrato superficial es desigual o currugada y posee una capa superficial paraqueratósica, que a menudo se descama en escamas individuales o en grupos en la luz del quiste. Esta luz puede contener grandes cantidades de restos de queratina o líquido claro similar a un trasudado seroso. Se cree que la

osmolaridad elevada del contenido quístico y el recambio celular epitelial intenso contribuyen al crecimiento del quiste.

Entre el 85 y el 95% de los queratoquistes odontògenos son del tipo paraqueratòsico y el resto corresponde a la variante ortoqueratinizada. Es necesario distinguir estas variantes, pues presentan diferencias en su conducta biològica; la variante ortoqueratinizada es menos agresiva y posee una tasa menor de recurrencia. Esta variante tiene una capa granular prominente por debajo de la superficie plana no corrugada, la capa de cèlulas basales es menos prominente, mäs plana o escamosa en comparaciòn con la forma paraqueratòsica.

Las variaciones histològicas del queratoquiste odontògeno paraqueratinizado incluyen la proyecciòn de la capa basal del epitelio hacia el tejido conectivo. En ocasiones estas proyecciones proliferativas pueden presentar ligera displasia y disqueratosis. En las paredes de algunos quistes es posible apreciar islas de cèlulas epiteliales que muestran queratinizaciòn central o formaciòn de microquistes, denominados quistes satèlite que se observan en el 7 al 26 % de los casos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Como en el caso de cualquier lesión radiolúcida bien circunscrita pericoronar de la mandíbula o del maxilar, deben considerarse varias enfermedades como quiste dentígero, ameloblastoma, quistes odontógenos calcificantes con calcificación mínima, TAO y fibroma ameloblástico. Si se incluyen todas las lesiones poco frecuentes, las posibles consideraciones clínicas las lesiones pericoronales radiolúcidas son significativas en números absolutos.

Las lesiones radiolúcidas solitarias no relacionadas con dientes, tanto los que no erupcionan como los que sí lo hacen, son importantes, ya que los queratoquistes odontógenos pueden presentarse de esta manera y por lo tanto deben diferenciarse del quiste óseo traumático, el granuloma central de células gigantes, el quiste periodontal lateral y diversas formas de quistes fisurales. También los tumores no odontógenos, como las anomalías vasculares, los tumores óseos benignos, el plasmocitoma-mieloma y los carcinomas con poca capacidad de metástasis, pueden manifestarse de forma similar a la descrita.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica de la lesión con curetaje óseo periférico o bien con ostectomía. El abordaje agresivo en este tipo de quistes se basa en la alta tasa de recurrencia que varía entre el 5 y el 62% de los casos y cuyas causas no son claras. Entre las posibles causas de recurrencia se sugiere la persistencia de pequeños fragmentos epiteliales o satélites debido a que la pared de tejido conectivo es delgada y friable. La presencia de pequeños restos de lámina dental localizados en el hueso adyacente a la lesión primaria, también pueden relacionarse con proliferación quística de la capa epitelial de células basales y se mencionan además las cualidades biológicas reales del epitelio quístico. La tasa de mitosis de las células de la cubierta epitelial del queratoquiste es mayor que en otras formas de quistes odontógenos y se aproxima a las que se encuentran en el componente epitelial del ameloblastoma o de la lámina dental en crecimiento activo.

Por esta razón es importante el seguimiento del paciente en el tratamiento de la lesión, ya que de esta forma puede detectarse cualquier quiste recurrente en etapas iniciales.

La mayor parte de las lesiones recurrentes se observan después de cinco años de tratamiento inicial; aunque una serie de gran número de pacientes demuestra recurrencias después de ocho años o más años del tratamiento original. Al igual que en otros quistes de la mandíbula, es posible que, además de la probabilidad de recurrencia, ocurren cambios neoplásicos en la capa epitelial del quiste.

Hay estudios que indican que los pacientes con queratoquistes múltiples poseen una tasa de recurrencia mayor que la de aquellos que presentan queratoquistes únicos: 35 y 10% respectivamente.

CASO CLINICO



FACULTAD DE ODONTOLOGIA
U. N. A. M.

HISTORIA CLINICA

UNIVERSIDAD NACIONAL
MEXICO

DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA

INFORMACION GENERAL

Nombre LUIS ALBERTO FERRER BECERRA (BETO) Fecha 23/VIII/95
 Edad 9 1/2 Fecha y lugar de Nacimiento 3 OCTUBRE DE 1985
 Domicilio MIRALSA ABAÑIZARES EDIF MUD9 304 CULHUACAN Tel. 695 56 60
 Escuela PIRRO MIRAMET DEL RIO Grado 1º
 Padre DAVID FERRER OBIZ Ocupación EMPLEADO
 Domicilio de trabajo _____ Tel. 355 00 63
 Madre ELIZABETH BRUZZO LOZATO Ocupación HOUBA
 Pediatra o médico familiar _____ Tel. _____
 Hermanos(as) Nombres y edades DAVID 8, NALLELY 1 AÑO
 Acompañante o responsable del tratamiento TIA
 Motivo de la consulta _____

HISTORIA CLINICA MEDICA

Fecha de la última visita del niño(a) a su médico 6 MESES
 Razón URBIA
 Intervenciones quirúrgicas padecidas _____
 Medicamentos que toma regularmente NO
 Problemas en el embarazo y/o perinatales NO

¿Ha padecido el niño alguna de las enfermedades siguientes?

	Edad		Edad		Edad
Asma	(NO)	Sarampión	(NO)	Fiebre reumática	(NO)
Paladar hendido	(NO)	Tosferina	(NO)	Tuberculosis	(NO)
Epilepsia	(NO)	Varicela	(SI) ✓	Fiebres eruptivas	(NO)
Cardiopatías	(NO)	Escarlatina	(NO)	Otras:	NO
Hepatitis	(NO)	Difteria	(NO)		
Enf. Renal	(NO)	Tifoidea	(NO)		
Enfermedad Hepática	(NO)	Paperas	(NO)		
Trastornos del lenguaje	(NO)	Poliomelitis	(NO)		

¿Ha presentado el niño hemorragias excesivas en operaciones o accidentes? Si () No (X)
 ¿Tiene dificultades en la Escuela? (X) ()
 Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos ABUELLO MATERNO HIPERTENSION

Observaciones: INTOXIC, ENOJOS, PELENECO ETC.

REPORTE:

Paciente: Luis Alberto Ferrer Becerra.

Edad: 9 años 11-12 estudiante.

Fue remitido de la clínica de admisión a la clínica de odontopediatría, a cargo del Doctor Alejandro Martínez Salinas, a su vez se me asignò para su tratamiento. Se elaborò historia clínica detallada; se encontrò dentición mixta y procesos cariosos en diversos grados de evolución, así como una mordida cruzada anterior, correspondiente a una clase tres de Angle, a la palpación se percibió un crecimiento anormal unilateral en la cara externa de la mandíbula del lado derecho, a la altura del, D, E, 46; se pensò en la posibilidad de la presencia de los premolares en próxima erupción, posteriormente se le dio cita, el caso se analizò un viernes con la doctora Hortensia, que es ortodoncista; ella determinò que necesitaba un aparato para corregir su oclusión, y el indicado era un bimblet, se enviò al paciente al estudio radiogràfico, se le pidió lateral de cràneo y panoràmica, sòlo se tomo la radiografía panoràmica. Se analizò en el negatoscopio y se encontrò una patología unilateral con una zona radiolúcida multilocular bien definida en el cuerpo de la mandíbula del lado derecho, que abarcaba de la raíz del lateral hasta las raíces del primer molar permanente; por arriba en los ápices del C, D, E y por debajo sòlo quedaba una parte delgada de

la cortical de la mandíbula, la cual encapsulaba a los premolares y al canino permanentes, se le pidió asesoría a la Doctora Beatriz Aldape Barrios y nos aconsejó que debido al tamaño considerable de la lesión lo remitiéramos a la especialidad o al Hospital Juárez, posteriormente bajo la autorización del doctor Alejandro Martínez Salinas, se remitió a cirugía maxilofacial con el doctor Mario de la Piedra, donde se le elaboró la historia clínica de cirugía, se informó a la madre que debido al tamaño y gravedad de la lesión, se requería una pronta intervención y esto sólo se detiene con cirugía, el doctor explicó que esta operación tiene un costo de 15 y 20 mil nuevos pesos aproximadamente, pero que existe un programa de apoyo a personas sin recursos económicos, y que el costo total, con estudios de laboratorio saldría en 2 mil nuevos pesos aproximadamente, la señora aceptó, se le dio cita para realizar la biopsia, pero la señora no llegó a la cita; paso una semana, me comuniqué con ella y me dijo con mucha pena que su esposo no estaba dispuesto a pagar ese dinero, puesto que para eso tenía seguro social, y sin más remedio la señora acudió al seguro, lo revisaron y le comentaron que efectivamente era una operación lo que necesitaba, pero que no se preocupara porque era sencillo, rápido y además que podían estar ellos presentes y no solo eso, sino que el niño podía hacer su vida normal al día siguiente, esto por supuesto me dio mucha desconfianza; acudí con el doctor Mario de la Piedra, él me comentó que no era justo que por dinero los pacientes estuvieran expuestos a todo, dijo que era nuestro deber recuperar a

este paciente aunque el dinero lo pusiéramos nosotros, e informara a la señora que no pagaría nada, pero que recuperara al paciente, la señora sin pensarlo acepto, procedimos a darle otra cita la señora, acudió puntual para la biopsia, se realizó la biopsia por aspiración, el contenido era liquido, casi se aseguró que se trataba de un queratoquiste. Pero surgió un problema que la tabla vestibular estaba perforada y eso obligaba a realizar la operación; en el acto se realizó todo el procedimiento preoperatorio y bajo puntos locales de anestesia se realizaron los cortes del colgajo y tomando en cuenta los principios de conservación, se desprendió poco a poco la membrana, se hizo la marsupialización, se limpio bien la zona para evitar la residiba, se eliminaron los ángulos mas filosos del hueso, se colocò un aposito quirúrgico, se recoloco el colgajo y se pusieron puntos locales, se terminó la cirugía con éxito; se mandaron las muestras al laboratorio y se confirmó que era un queratoquiste, se le indicó a la madre los cuidados postoperatorios, se le mandò medicamentos como antibiótico, analgésicos, antiinflamatorios y actualmente se tiene en observación semanal para realizar limpieza y se toman radiografias ca tres meses para ver el mejoramiento de la cirugía, posteriormente se reiniciara el tratamiento para poder ligar los dientes permanentes y corregir la oclusión, pero esto quedara bajo la asesoría del doctor Alejandro Martínez Salinas, además se cuenta con un diaporama que es el que se expondra en el congreso estudiantil.

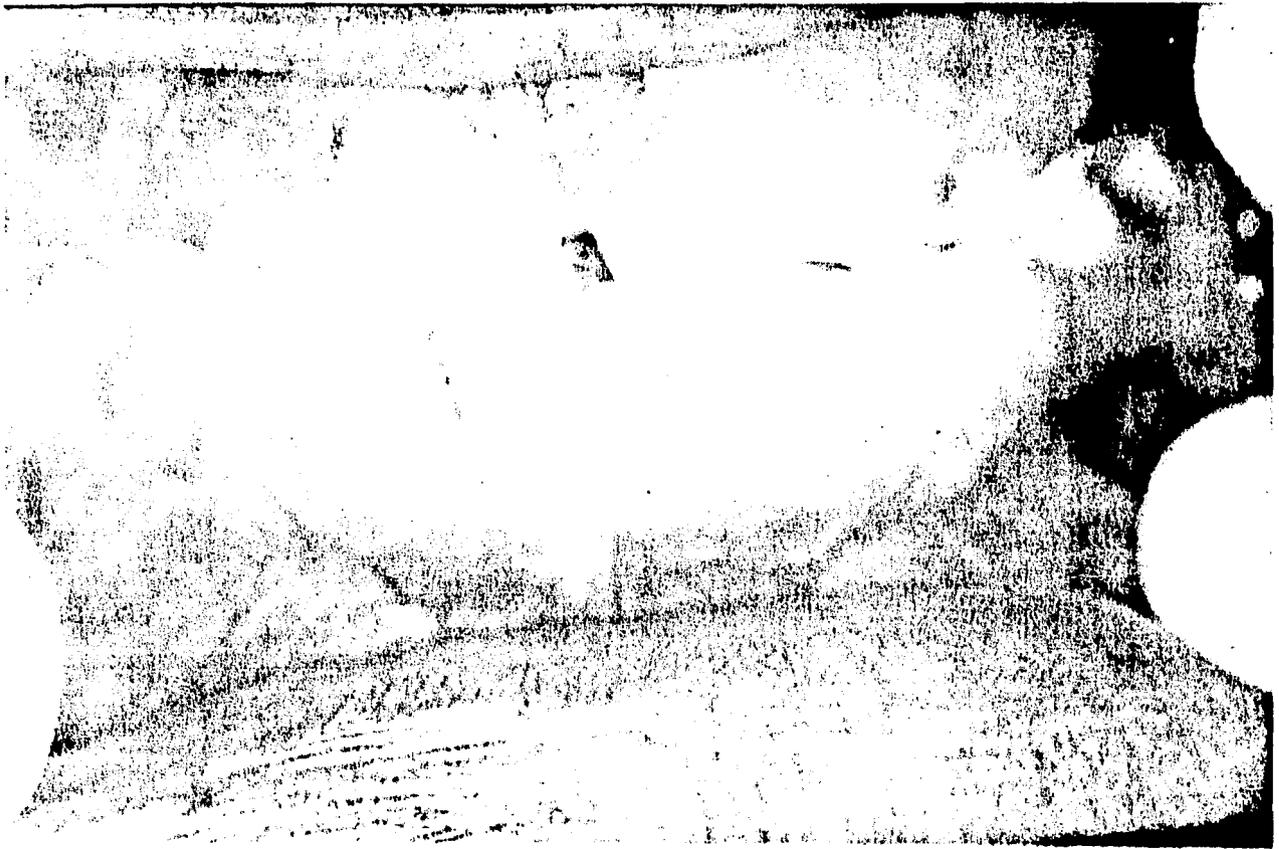
DIAPPOSITIVAS



Pc: Luis Alberto Ferrer Becerra.



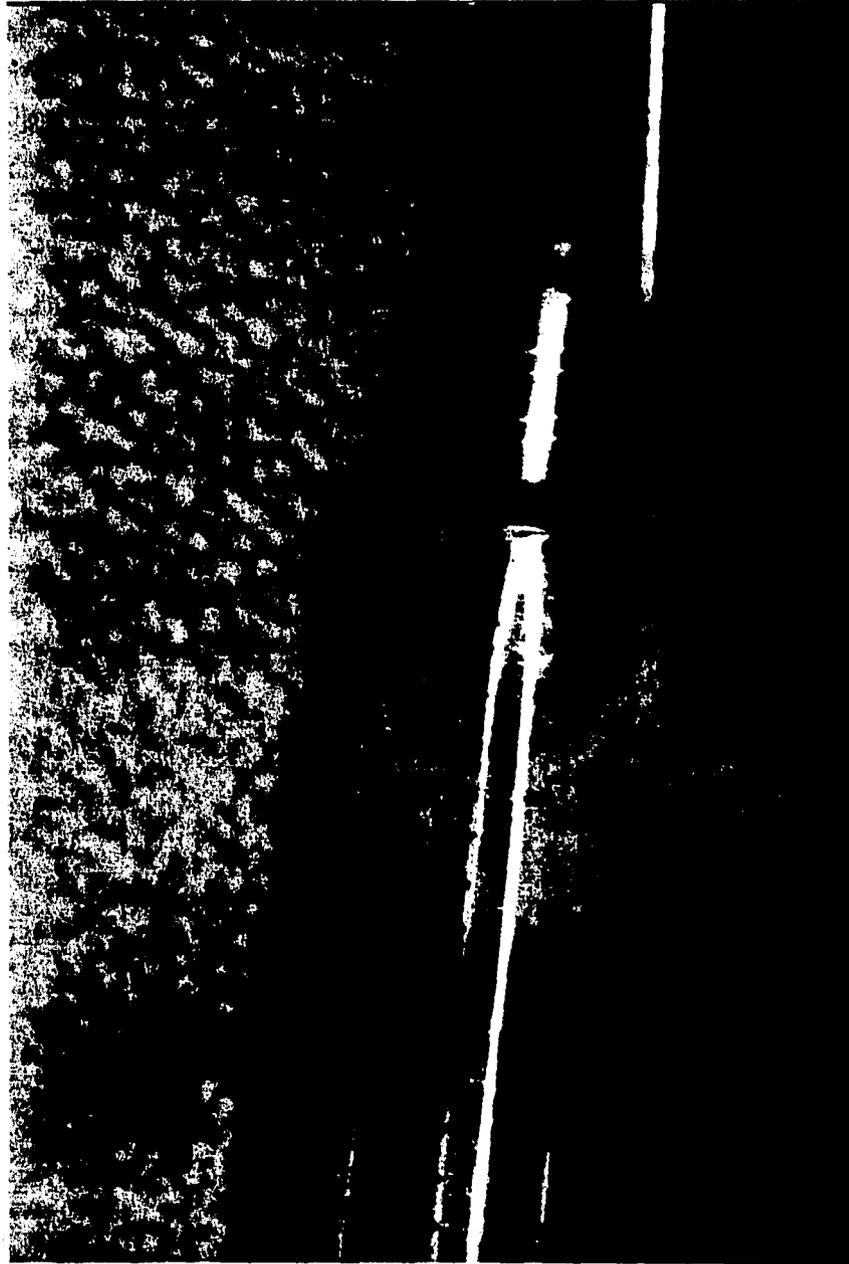
Vista anterior.



Mordida cruzada anterior, clase 3 de Angle.



Rx panoramica zona RL multilocular bien definida.



Liquido obtenido de la biopsia por aspiraciòn.



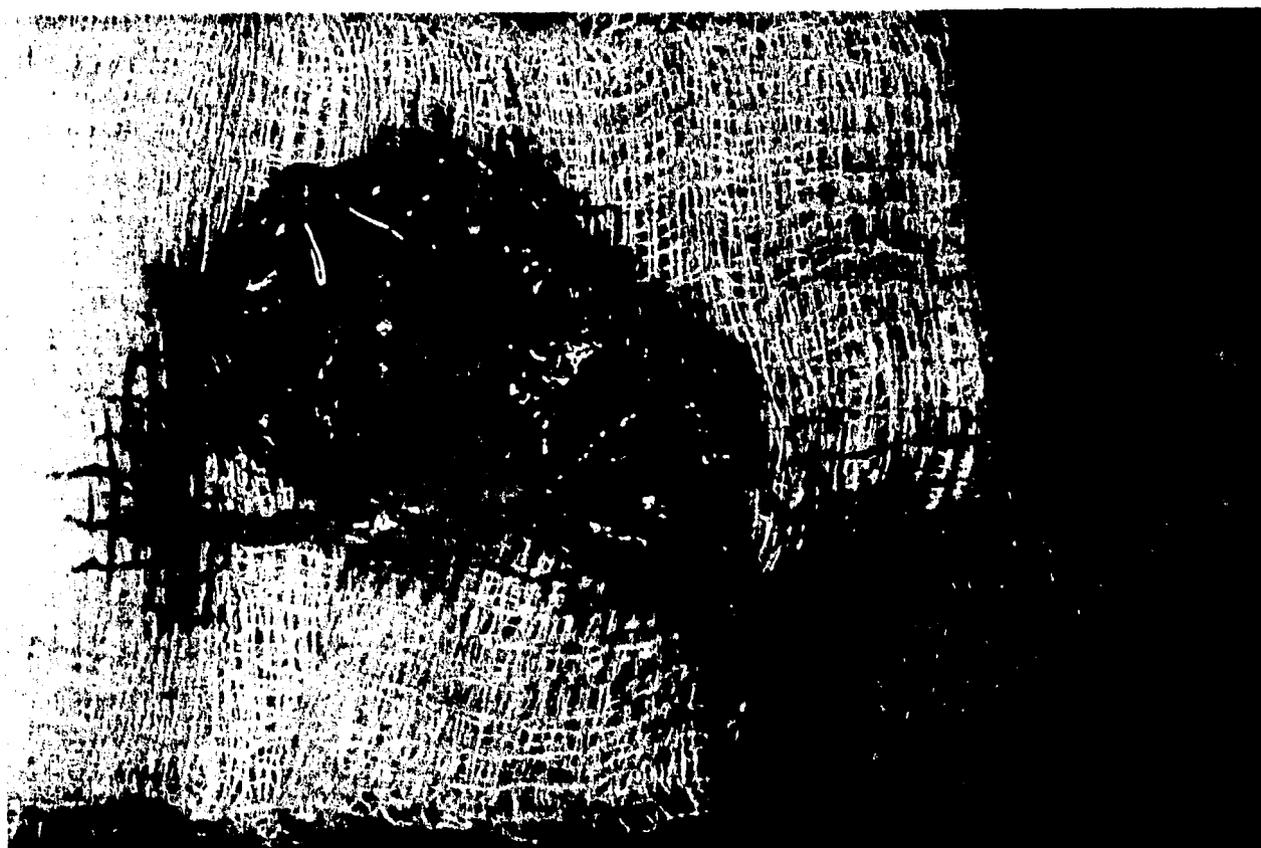
Corte y diseño del colgajo.



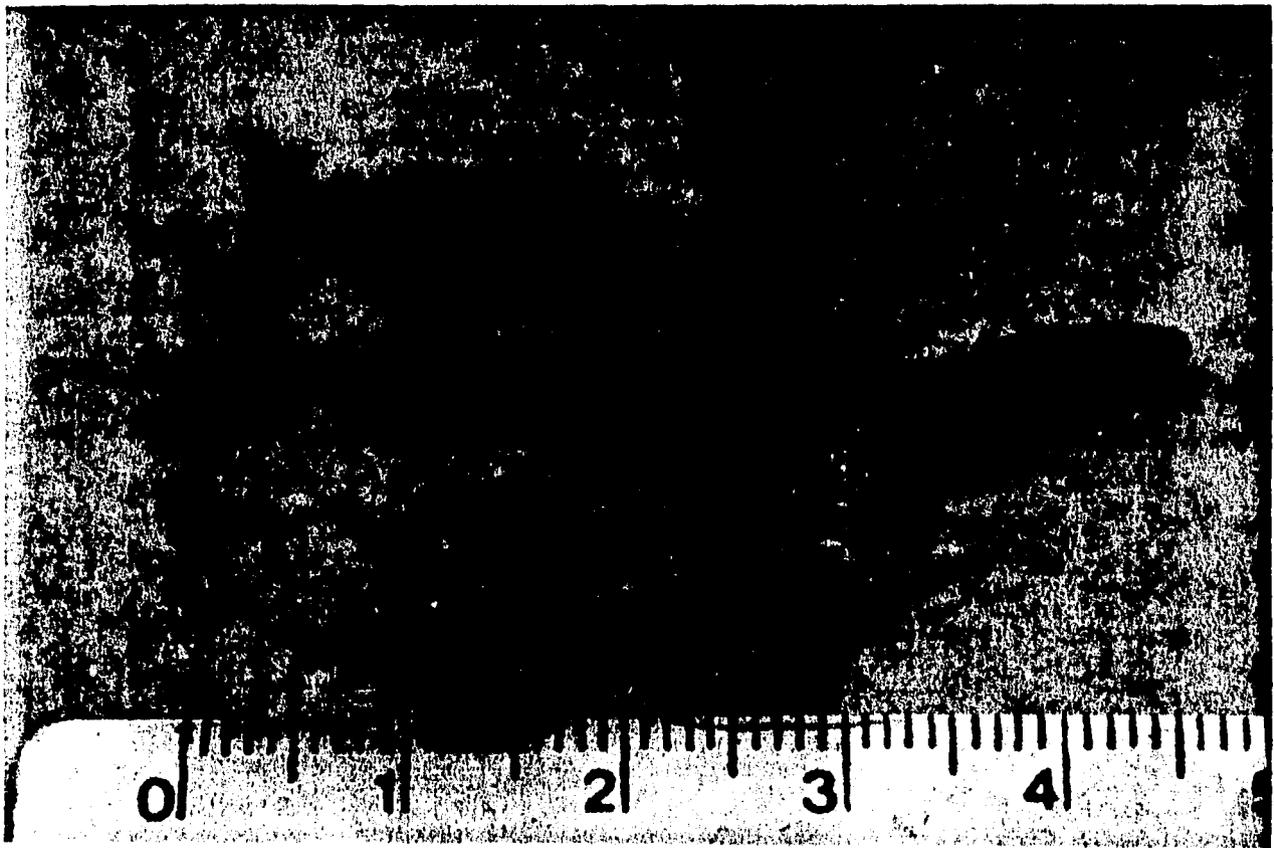
Empezando el acceso para lograr una buena visión.



Eliminaciòn de la lesiòn “marsupializaciòn”.



Saco de la lesión completa.



Medición de la lesión en el laboratorio.

CONCLUSIONES

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

También se observò que no todos los quistes maxilares forman trasparencias bien definidas como los márgenes radiopacos nítidos; los factores que influyen en la imagen radiografica, incluyen el tipo de quiste, localización, intensidad de destrucción òsea, y si el quiste esta infectado o no.

De esta forma lograremos aclarar que no todas las radiotransparencias son quistes, además de las radiografias nos debemos de basar en un exàmen microscòpico, en una buena historia clínica y exploración bucal, en signos y sintomas para obtener un diagnòstico definitivo.

GLOSARIO

Colgajo: Desprendimiento parcial de tejido, especialmente el que se hace quirùrgicamente para reparar una pèrdida de sustancia en una parte adyacente del cuerpo.

Marsupializaciòn: Tècnica quirùrgica por la cual el quiste se descubre o se elimina el techo y se hace continuar el recubrimiento quistico con la cavidad oral o las estructuras circunvecinas.

BIBLIOGRAFIA

JOSEPH A. REGEZI.

Patologia Bucal.

Editorial interamericana.

Mèxico 1991.

DR. WILLIAM G. SHAFER.

Tratado de Patologia Bucal.

Editorial interamericana.

3er de. Mèxico 1985.