



318322 24
UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA 24.

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM.

QUISTES DENTIGEROS O FOLICULARES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
ANGEL VARA BELMONT

ASESOR: C.D. DAVID RODRIGUEZ DEL ROSAL

MEXICO, D. F.

MAYO 1997.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

Agradecimientos:

Antes que a nadie a Dios

*A la Universidad
Latinoamericana*

A la Escuela de Odontología

A todos mis Maestros:

*Un agradecimiento especial al Doctor
David Rodríguez Del Rosal por
su paciencia pero sobre todo por transmitir
sus Conocimientos Odontológicos*

A mis padres y hermanos

Inocencio Vara Trujillo

Isabel Belmont Lagunilla

Adalberto y José

*que supieron esperar con paciencia
la Culminación de este peldaño logrado
en mi vida, Gracias por toda la
ayuda y motivación.*

Al

Sr. Delfino Macias Iturbide

Sr. Ernesto Macias Castillo

Sr. Carlos Macias Castillo

*Les doy las Gracias por la ayuda
desinteresada, que he recibido de ellos
la cual también fue parte decisiva
en la culminación de esta obra
y de otros objetivos que he logrado
tanto espiritual como personal.*

*A mi Esposa
Tere Macias Muñoz*

Gracias por que ella representa el pilar más importante de mi vida ya que sin su ayuda, motivación y amor con el cual me ha cubierto hasta ahora hubiera sido imposible realizar estos objetivos.

No quiero dejar de mencionar la felicidad más grande que nos ha dado Dios en Darnos un hijo tan lindo que junto con mi esposa representan para mi los amores de mi vida.

Los amo que Dios los Bendiga.

QUISTES DENTIGEROS

O

FOLICULARES

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO 1	2
GENERALIDADES DE LOS QUISTES	
CAPITULO 2	4
CLASIFICACIONES	
CAPITULO 3	8
ETIOLOGIA	
CAPITULO 4	10
CARACTERISTICAS CLINICAS Y RADIOGRAFICAS	
CAPITULO 5	16
TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES	
CAPITULO 6	18
HISTOPATOLOGIA	
BIBLIOGRAFIA	20

INTRODUCCION

Los quistes odontogénicos, derivan del epitelio asociado con el desarrollo del aparato dental. Pueden presentarse diversos tipos de quistes, según la etapa de la odontogénesis durante la cual se originaron.

Varios investigadores, han intentado planear una clasificación y un sistema de la nomenclatura de estas lesiones. Algunas de las clasificaciones no han sido por completo satisfactorias porque en general no alcanzan a reconocer el origen y desarrollo de los quistes no hay uniformidad, en cuanto al punto de vista del cirujano bucal, de radiólogo y del patólogo.

Aunque la mayoría de los quistes que se presentan en la región bucal, son de origen inflamatorio no debemos ni podemos descartar la posibilidad de encontrarnos con una lesión quística verdadera. Por lo tanto veremos la manera de reconocerla.

Estudiando para este objetivo características clínicas, características radiográficas, lugares de localización y haciendo mención de tratamiento.

Por lo tanto ésta tesis tratará de que el cirujano dentista de práctica general logre reconocer una lesión quística verdadera con en único objetivo de lograr un buen tratamiento por parte de un especialista.

CAPITULO I

Generalidades de los quistes.

Definición:

Se trata de una lesión constituida por un saco o espacio anormal (en los tejidos óseos y blandos de la boca), que contiene un líquido o una substancia semisólida que esta tapizada por epitelio, y rodeada por una cápsula de tejido conjuntivo.

Dentro de los maxilares, el quiste puede tener su origen en, el epitelio odontogénico (es decir los restos de la lámina dental o los órganos del esmalte de los dientes, la proliferación y degeneración quística de este epitelio da lugar a los quistes odontogénicos.

Los quistes no odontogénicos derivan de los restos epiteliales del tejido que cubre los procesos primitivos que participan en la formación embrionaria de la cara y maxilares, llamados quistes fisulares.

Los quistes se manifiestan clínicamente a causa de su expansión dentro del tejido circundante, pero sólo raras veces causan aflojamiento de los dientes. En muy raras ocasiones la presencia de un quiste se revela por una fractura patológica o porque el paciente advierte la falta de un diente y acuden a la consulta por curiosidad. Algunos quistes permanecen pequeños y producen poca o ninguna dilatación.

Se descubren solamente en un examen radiológico habitual cuando un quiste se dilata ejerce una estimulación del periostio por la cual éste deposita hueso nuevo, esto se revela clínicamente en forma de una prominencia indolora, dura y suave. Al continuar la dilatación, el hueso suprayacente se adelgaza y se hunde por la presión del dedo, produciendo muchas veces un crujido de cáscara de huevo. Finalmente, puede desaparecer incluso ésta cáscara ósea quedando el quiste cubierto únicamente por la mucosa bucal.

En la localización de la tumefacción puede quedar un importante indicio sobre la naturaleza del quiste, aunque los quistes rediculares y dentígeros aparecen en cualquier parte de la boca, los primeros se encuentran con más frecuencia en los dientes anteriores, mientras que los segundos rodean más a menudo las coronas de caninos maxilares retenidos y terceros molares o premolares de la mandíbula.

Estructuras anatómicas normales como en el seno maxilar, agujero mentoniano y fosa incisiva pueden ser confundidas con quistes, sobre todo si presentan alguna variación en cuanto a su posición o su formación y son necesarias varias vistas radiográficas para un diagnóstico diferencial; hay que tomar un mínimo de dos vistas intrabucales formando ángulos rectos entre sí. Lo ideal es tomar también vistas intrabucales oclusales y laterales, así como una vista extra bucal oblicua lateral. Algunas veces son necesarias otras vistas, por ejemplo una craneal lateral o una occipitomentoniana, se pueden emplear un medio radiopaco especialmente en el caso de un quiste nasoalveolar. Algunas veces es ventajoso el uso de una tomografía.

Los quistes dentígeros también se han llamado quistes del órgano del esmalte, del folículo, foliculares, multiloculares, odontógenos epiteliales, paradontales y primordiales.

CAPITULO 2

CLASIFICACIONES

Un tipo específico de quiste que se clasifica como un quiste dentígero se asocia frecuentemente con dientes desiguos o permanentes erupcionados en niños. Muchas veces se le ha denominado "quiste de erupción" o "hematoma de erupción" es esencialmente una dilatación del espacio folicular normal que se encuentra alrededor de la corona de un diente erupcionado causado por la acumulación de líquido tisular o sangre. Seward, indicó que es una lesión relativamente común, ya que se encontró que dichos quistes se presentan en 2 % de los lactantes durante la erupción de incisivos y en 30% durante la erupción de los caninos y molares, clínicamente la lesión aparece con una hinchazón circunscrita, fluctuante, frecuentemente translúcida del borde alveolar, que se localiza sobre el sitio del diente erupcionado. Cuando la cavidad quística circuncoronal contiene sangre, el abultamiento aparece de color púrpura o de un azul oscuro. De ahí el término de hematoma de erupción, la causa del desarrollo de este quiste dentígero se desconoce, con frecuencia no requiere tratamiento, ya que el diente frecuentemente erupciona dentro de la cavidad bucal, sin que haya ningún retardo importante. sin embargo, algunas veces se remueve una pequeña porción del tejido que cubre el diente para facilitar la erupción.

**CLASIFICACION DE ACUERDO A TOMAS VELAZQUEZ
PRENSA MEDICA MEXICANA.**

Quistes ectodérmicos, odontógenos, quistes foliculares con las siguientes variedades : Simple o primordial, lateral o parodontal, central o dentífero y múltiple o multilocular.

Quistes radiculares con las siguientes variedades :

Quiste apical, lateral o parodontal y odontógeno clasificado.

Quistes ectodérmicos no odontógenos que corresponden a :

Quistes de la fisura media, con las siguientes variedades :

Quiste de la fisura media, quiste palatino medio quiste glóbulo maxilar, nasoalveolar y nasopalatino con las siguientes variedades. Del canal incisivo y de la papila palatina.

Quistes óseos, simple o solitario y por último quiste óseo aneurismático.

CLASIFICACION DE LEVY
TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL W.G. SHAFER B.M. LEVY

- 1.- Quiste primordial
- 2.- Quiste dentífero
 - a) Quiste de erupción
- 3.- Quiste primordial
 - a) Apical
 - b) Lateral
- 4.- Quiste gingival.
 - a) Quiste del recién nacido (quiste de la lámina dental)
 - b) del adulto
- 5.- Queratoquiste odontógeno
 - a) Síndrome de nevo de células basales costilla bífida.
- 6.- Quiste calcificante odontogénico.

La clasificación de los quistes bucales no esta estandarizada todos los intentos para presentar una categorización lógica, han fracasado. A causa de ello, hemos ampliado una de las clasificaciones de uso más frecuente para incluir algunas entidades adicionales, aunque comprendiendo muy bien que el agrupamiento que sigue tiene más valor práctico.

- 1.- Quistes odontogénicos
- 2.- Quistes de erupción
- 3.- Quiste gingival del recién nacido
- 4.- Quiste periodontal y gingival lateral
- 5.- Quiste odontogénico queratinizante y calcificante (tumor quístico queratinizante)
- 6.- Quiste radicular (periapical)
- 7.- Queratoquiste múltiple de los maxilares, carcinomas, basocelulares, nevoides, cutáneos múltiples y anomalías esqueléticas

Quistes no odontogénicos y fisulares

- 1.- Quiste globulomaxilar (premaxilar, maxilar)
- 2.- Quiste nasopalatino (nasolabial, klestadt)
- 3.- Quiste nasopalatino (maxilar anterior mediano)
- 4.- Quiste mandibular mediano
- 5.- Quiste lingual anterior
- 6.- Quiste dermoide y epidermoide
- 7.- Quiste palatino de recién nacidos

Quistes del cuello, suelo bucal y glándulas salivales.

- 1.- Quistes del conducto tirogloso
- 2.- Quiste linfoepitelial (hendidura branquial)
- 3.- Quistes bucales con epitelio gástrico o intestinal
- 4.- Quistes de la glándula salival
- 5.- Mucocoele y ranula

Seudoquistes de los maxilares

- 1.- Quiste óseo aneurismático
- 2.- Quiste óseo estático
- 3.- Quiste óseo traumático (hemorrágico, solitario).

CAPITULO 3

Etiología.

El quiste dentígero es un tipo de quiste odontógeno bastante común, más que el quiste primordial. Se origina después de que la corona del diente se ha formado por completo mediante la acumulación del líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona dental, si se originara el quiste antes de que se forme la corona el resultado sería un quiste primordial o un quiste que afectara un diente que muestre hipoplasia del esmalte, y éste no es el caso. Una explicación alterna o adicional para la patogénesis del quiste dentígero, ha sido que se puede originar inicialmente por la proliferación de transformación quística de los islotes del epitelio transformado, se une entonces con el epitelio folicular del revestimiento, para formar una cavidad quística solitaria alrededor de la corona dental. Mientras sea posible se debe considerar poco probable dicha teoría o al menos poco común.

El quiste dentígero, afecta casi siempre o está asociado con la corona de un diente permanente normal. rara vez se daña un diente deciduo. el diagnóstico es fácil por medio de una sola radiografía, aunque algunas veces esto no es cierto. Dachi y Howell indicaron que el 37% de los terceros molares mandibulares retenidos y el 15% de los terceros molares maxiliares retenidos radiográficamente mostraron continuidad, y una radiolucencia circuncoronal que esta era la suficientemente grande para ser considerada como quiste dentígero de aproximadamente 10% de los casos. Su estudio se basó en el examen de 2874 radiografías de toda la boca de personas mayores de 20 años de edad, y de ésta serie aproximadamente 17% de los pacientes tuvieron por lo menos un diente retenido.

El quiste dentígero, rodea la corona de un diente (aproximadamente el 95%) o supernumerario probablemente tiene su origen en una alteración del epitelio reducido del esmalte después de haberse formado por completo la corona. Hay acumulación de líquido en éste epitelio y la corona del diente. Sin embargo éste quiste puede derivar de la degeneración de los restos de la lámina dental.

Este quiste se desarrolla por la acumulación de líquido entre el órgano del esmalte remanente y la corona del diente subyacente. El órgano del esmalte residual o epitelio del esmalte reducido forma una de las superficies que limita el quiste y la corona del diente maduro.

La acumulación del líquido ocurre entre el epitelio del esmalte reducido y la corona, y en ocasiones dentro del órgano del esmalte.

Los quistes dentígeros suelen ser solitarios sin embargo, cuando son múltiples hay que excluir cualquier posible asociación, con el síndrome de carcinoma basocelular nevoide múltiple.

Muchas veces también el quiste dentígero puede estar en asociación con la disostosis cleidocraneal y un tipo raro de amelogenénesis imperfecta, hipoplásica en el cual hay muchos dientes retenidos.

CAPITULO 4

Características clínicas y radiográficas.

Aspectos clínicos. Este quiste siempre está asociado con la corona de un diente retenido, no erupcionado, también se puede encontrar un quiste dentígero encerrado en un odontoma complejo o afectando a un diente supernumerario. Los sitios más comunes donde se presentan, son los terceros molares mandibulares y maxilares.

El quiste dentígero es potencialmente capaz de convertirse en una lesión agresiva. La expansión del hueso con la subsecuente asimetría facial, desalajo de los dientes intensa absorción radicular de los dientes adyacentes y el dolor son secuelas posibles provocadas por el continuo agrandamiento del quiste.

Un tercer molar mandibular no erupcionado dañado por un quiste puede dar como resultado un " ahuecamiento ", de toda la rama y extenderse, hasta el proceso coronoide del cóndilo, así como provocar la expansión de la lámina córtica causada por la presión excesiva de la lesión, en esta lesión puede estar el desplazamiento del tercer molar hasta algunas veces comprimirse contra el borde inferior de la mandíbula.

En caso de un quiste asociado con un canino maxilar a menudo ocurre expansión de la porción anterior del maxilar superior y puede asemejarse superficialmente a una sinusitis ó una celulitis aguda.

Los quistes de los maxilares no suelen provocar dolor a no ser que se infecten, aunque los grandes quistes del maxilar inferior casi siempre envuelven al fascículo neurovascular, cuando no hay infección es muy raro que haya anestesia, la vitalidad de los dientes próximos a un quiste no afectado no se altera, incluso cuando éste es grande y el soporte óseo se haya perdido en gran parte, sin embargo puede existir una pérdida temporal de la respuesta vital, en los dientes adyacentes a quistes infectados.

Las localizaciones usuales son el tercer molar mandibular, el canino, el tercer molar del maxilar superior y el segundo premolar de la mandíbula, aunque también aparece en cualquier otro diente sin erupcionar.

Un estudio de casos clínicos de quistes de la mandíbula realizado en el departamento de cirugía oral de la Universidad Matsudo Chiba Japón (escuela de odontología), se estudiaron entre el año de 1980 y 1989 pacientes con quistes radiculares, quistes dentígeros, queratoquistes odontogénicos y quistes maxilares postoperatorios se estableció que en 1444 pacientes 1234 el 85.5 % de ellos presentaron quistes en la mandíbula, 509 pacientes el 41.2 %, con quiste radicular, 259 pacientes el 21.6 % con quistes maxilares posteriores, varios pacientes con quistes dentígeros, estos menores de 20 años de edad.

Se encontró también que el quiste radicular es el más frecuente en el maxilar, el quiste dentígero en la mandíbula y queratoquiste odontogénico en la región molar mandibular, y la rama de la mandíbula. (1)

Tiene una gran importancia clínica el hecho de que se han publicado numerosos casos de ameloblastomas desarrollados en la pared de los quistes dentígeros a partir del revestimiento o asociados con los restos epiteliales. Stanley y Diehl, examinaron una serie de casos (641), de ameloblastoma y encontraron que al menos los 108 casos de neoplasia, aproximadamente el 17%, estuvieron asociados en definitiva con un diente retenido o un quiste folicular o dentígero o con ambos. La disposición de la proliferación epitelial neoplásica para formar un ameloblastoma, es bastante bien pronunciada, en el quiste dentígero mejor que otros quistes odontógenos, la formación de dicho tumor se manifiesta así mismo como un engrosamiento nodular en la pared quística, pero éste rara vez es obvio, clínicamente, por tanto no sólo es una buena práctica clínica sino también un requisito absoluto el que todos los tejidos provenientes del quiste dentígero se sometan a un examen patológico macro y microscópico.

Un estudio realizado en el departamento de patología de la Universidad del norte de Ontario Canadá, demostró que el quiste dentígero o folicular es reconocido como una de las lesiones más frecuentes de la mandíbula, características clínicas, histológicas y radiográficas, están bien establecidas para quistes pericoronar grande a mediano, que están cubiertos por epitelio escamoso estratificado no queratinizado.

Sin embargo, esto puede ser difícil sino imposible para distinguir entre un quiste dentígero pequeño y un folicular grande a pesar de aprovechar investigaciones histológicas y radiográficas indicando con esto que es necesario decir que la única forma segura para la identificación es la quirúrgica.(3).

El examen radiográfico del maxilar que está afectado por un quiste dentígero, revelará un área radiolúcida asociada de alguna manera con una corona dental no erupcionada, la corona dental retenida o no erupcionada puede estar rodeada de forma simétrica por esta radiolucencia aunque es bastante arbitraria la distinción entre un quiste dentígero pequeño o un folículo o espacio folicular dental.

Agrandando, en especial cuando el quiste pequeño y el folículo alargado son histológicamente idénticos. Sólo cuando el tamaño de la radiolucidez es microscópicamente patológico se puede hacer con seguridad la distinción.

En otros casos el área radiolúcida parece que se proyecta en forma lateral desde la corona dental, en particular si el quiste es relativamente grande o si se ha habido desplazamiento del diente.

El término del quiste dentígero lateral se aplica con frecuencia a dicha situación.

Thoma describió otro tipo, el quiste dentígero circunferencial, en el cual el quiste rodea toda la corona del diente sin afectar la superficie oclusal de tal manera que el diente erupciona a través del quiste como " a través del orificio de una mesa ", después se localiza este quiste alrededor de las raíces de un diente normal similar a un quiste periodontal apical. El quiste paradental es de patogénesis incierta, descrito en detalle por Craig, se piensa que está relacionado con un quiste dentígero por su revestimiento epitelial, ya que parece que se origina del epitelio reducido del esmalte, surge en relación con un diente vital parcialmente erupcionado que está afectado por una pericoronitis, por lo regular a un tercer molar mandibular, que tiene proyección anómala del esmalte, y se extiende desde la unión cemento-esmalte hasta la bifurcación bucal.

El quiste dentígero es una región lisa unilocular, pero en ocasiones puede presentarse con una apariencia multilocular de hecho los diversos compartimientos han sido unidos por la membrana quística, continuándose algunas veces el área radiolúcida que ésta rodeada por una delgada línea esclerótica que representa una reacción ósea, en caso de que existan quistes dentígeros aparentemente múltiples se debe tener cuidado de descartar la presencia de un síndrome de queratoquiste odontógeno-nevo de células basales-costilla bífida.

El quiste dentígero es el de más fácil de identificar de todos los quistes intradósicos. Este quiste se descubre como una zona radiotransparente, bien delineada redonda u oval en cuyo interior hay la corona de un diente retenido. Este quiste, está fijado en la corona a nivel de su zona intermedia esmalte y cemento, pero a veces varía la raíz del diente se hayan en el interior de la cavidad quística.

En algunos casos, la lesión quística presenta una configuración claramente deformada, y así por ejemplo puede extenderse distalmente a partir de la corona encerrada, no erupcionada y otras veces el diente encerrado esta rodeado o severamente desplazado, respecto a su posición usual por la presión ejercida por el quiste. El diente puede hayarse en diversos puntos de la rama ascendente o cerca de la corteza inferior de la mandíbula o en ella. Con menor frecuencia se observa el quiste dentígero multilocular, que se manifiesta y revela por los datos radiográficos, simultáneos propios de la estructura multilocular y de su naturaleza dentígera.

En raras ocasiones, la cavidad del quiste dentígero está total o parcialmente ocupada por un odontoma en cuyo caso se le designa como un odontoma quístico o como un quiste odontodentinogénico. El quiste dentígero, puede alcanzar gran tamaño, extendiéndose a menudo por el inferior y destruyendo gran parte de la rama mandibular, puede expandirse también por debajo de las raíces de los dientes, a los que desplaza de sus posiciones normales en la mandíbula.

Otras características radiográficas incluyen una demarcación entre la radiolúidez del quiste y el hueso circundante no dañado, el borde radiográfico es discreto y presenta un límite radiopaco delgado, a menos que exista infección del quiste. En los quistes de larga evolución que se expanden hacia las raíces de los dientes erupcionados adyacentes, puede

apreciarse resorción de las raíces de los dientes adyacentes en cerca del 50% de los casos.

En el departamento de radiología oral de la Escuela de Odontología de la Universidad de Nihon Matsudo Chiba Japón se realizó un intento para cuantificar la localización de lesiones orales. Tomando para esto, radiografías panorámicas de quistes no odontogénicos, revelando 13 quistes globulomaxilares, 8 quistes maxilares medianos, 8 quistes nasopalatinos, 5 quistes nasoalveolares y 11 quistes de hueso simple y quistes odontogénicos, 3 quistes radiculares, 13 granulomas, 68 quistes dentígeros y 40 queratoquistes odontogénicos.

1.- En el maxilar fue posible diferenciar quistes maxilares medianos, y quistes nasopalatinos de quistes globulomaxilares, quiste nasoalveolar, quistes radiculares, quistes dentígeros y queratoquistes odontogénicos.

2.- En la mandíbula, esto fue difícil de diferenciar un quiste de hueso simple, quistes radiculares, granuloma, quistes dentígeros queratoquistes odontogénicos, de uno u otro el presente descubrimiento, revelo datos sobre la localización de lesiones pueden ser cambiados dentro de datos métricos por diagnósticos diferenciales de quistes (2).

CAPITULO 5

Tratamiento y complicaciones

En la mayor parte de todos los casos el tratamiento definitivo consiste en la extirpación del diente donde esta la lesión y los tejidos blandos que la componen.

En los casos en que el quiste afecte proporciones importantes de la mandíbula, el tratamiento inicial aceptable consiste en la exteriorización o marsupialización o drenaje quirúrgico de la luz del quiste para permitir la descompresión, originando el alivio y el gradual encogimiento del espacio quístico, el cual se lleva a cabo por aposición periférica de hueso nuevo, reduciendo con esto la extensión de la cirugía posterior y disminuyendo el peligro potencial de fractura del maxilar. Si se intenta una extirpación quirúrgica completa, de modo que el tratamiento es básicamente quirúrgico.

La recurrencia es relativamente poco frecuente al menos que haya habido fragmentación de revestimiento quístico, o se haya permitido que se quedaran los remanentes.

Si la lesión es un queratoquiste la posibilidad de una recurrencia, aumenta considerablemente.

Hay diversas complicaciones potenciales relativamente graves, provenientes del quiste dentígero, además de la posibilidad de recurrencia, después de realizar una remoción quirúrgica incompleta.

Complicaciones

- 1.- Desarrollo de un ameloblastoma ya sea a partir del epitelio de revestimiento o de los restos del epitelio odontógeno en la pared del quiste.
- 2.- Desarrollo de un carcinoma epidermoide a partir de las dos fuentes del epitelio.
- 3.- El desarrollo de un carcinoma mucoepidermoide básicamente de un tumor maligno de glándulas salivales a partir del epitelio de revestimiento del quiste dentígero, el cual contiene células secretoras de moco, al menos células que presentan éste potencial, vistas más frecuentes en los quistes dentígeros asociados con terceros molares retenidos.

CAPITULO 6

Histopatología

Hay una gran variabilidad en la imagen microscópica. En general el quiste esta compuesto por una delgada pared de tejido conjuntivo, tapizado por un epitelio escamoso estratificado, que es continuo con el epitelio reducido del esmate que cubre la corona. No es rara la infección secundaria y puede haber acantosis de las clavijas de la rete, asociada con un filtrado sub-basilar de células inflamatorias. Crawford, encontró que aproximadamente el 3% de estos quistes estaba relacionada con una delgada capa delgada de queratina adyacente a la luz del diente, otros creen que un origen extrafolicular y sugieren que el quiste se desarrolla a principio de restos epiteliales extrafoliculares, que más tarde se unen con el folículo de un diente de erupción.

La pared de tejido conectivo a menudo es bastante gruesa y se compone de mucho tejido conectivo fibroso flojo o de mixomatoso coagulado no denso, cada uno de los cuales ha sido diagnosticado erróneamente como un fibroma o un mixoma odontógenos. Un folículo dental hiperplásico no está necesariamente asociado con inflamación. Un aspecto adicional de la pared este tejido conectivo, tanto de los folículos dentales normales como de los quistes dentígeros es la presencia de varios números de islotes de epitelio odontógeno, estos están algunas veces diseminados y obviamente inactivos mientras que otras veces están presentes en cantidades suficientes para confundirse en un ameloblastoma. Si se origina este último tumor, se debe tener cuidado de diferenciar entre estos y los restos epiteliales odontógenos.

La infiltración de células inflamatorias de tejido conectivo, es un dato común, aunque no siempre es obvia su causa. Un dato adicional, en especial en los quistes con inflamación es la presencia de cuerpos Rushton dentro del epitelio de revestimiento. Dichos cuerpos son hialinos con frecuencia curvos de una apariencia lineal peculiar con una coloración variable muchas veces presentan un origen incierto, naturaleza dudosa y son de importancia desconocida, incluso los estudios con el microscopio electrónico sólo han ayudado parcialmente a determinar que las estructuras tal vez son de origen hematógeno, aunque no es claro porque tienen una relación tan íntima con el epitelio. El contenido del lumen en el quiste es por lo regular un líquido delgado de color amarillento en ocasiones teñido con sangre.

En el 40% de los casos no hay reacción inflamatoria y el epitelio escamoso tiene espesor uniforme cuando la inflamación es mínima. Las células epiteliales superficiales casi siempre son paraqueratósicas y rara vez se ve queratinización unicelular, la queratina nunca forma capa gruesa, ni se ve estrato granuloso, cuando en la inflamación la presencia epitelial presenta acantosis la reacción inflamatoria observada en el 60% de los quistes varía la intensidad, cuando es crónica está formada por células plasmáticas linfocitos y macrófagos vascular y hemorragias.

Brannon informó en su excelente estudio clínico-patológico de 312 casos de queratoquistes odontógenos que 8.5% de una serie de 1850 quistes dentígeros eran queratoquistes odontógenos, con los datos histológicos característicos del epitelio de una superficie queratinizada corrugada. Una uniformidad notable de 6 a 10 células de grosor sin formación de invaginaciones dermoepiteliales y una capa basal de células polarizadas y en forma de estacas, este porcentaje de quistes dentígeros todos queratoquistes odontógenos concuerdan estrechamente con los estudios realizados por Pindborg y colaboradores (7.1%), y Payne (8.5%).

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

CONCLUSIONES

En la odontología, el sistema estomatognático. Representa uno de los sitios del organismo, en el que es posible descubrir gran variedad de lesiones, entre los que están los quistes de origen dental los cuales, aunque suelen ser benignos, algunos son agresivos ó tienden a malignizarse. De ahí la importancia del cirujano dentista, de detectarlos a tiempo, lo que se puede lograr con la correcta realización de la historia clínica. Así como de los datos proporcionados por los exámenes de laboratorio y gabinete, de la ayuda que nos proporcionen podremos identificar de que tipo de quiste se trata. Y en este caso, que tipo de quiste odontogénico es, de acuerdo con la clasificación que tienen y que tratamiento aplicar, evitando de esta manera, por un mal manejo de la lesión posibles complicaciones, que pudieran surgir durante ó después de la cirugía además de tratar de obtener el mejor posoperatorio así como un pronóstico favorable y para lograrlo es importante estar al día con respecto a la investigación y adelantos, pues cada vez incursionan grandes avances en todos los campos.

De ésta manera, la finalidad que tiene ésta tesis es servir como guía, para un mejor entendimiento de los quistes odontogénicos, mostrando en ella la importancia que tiene el realizar un diagnostico correcto mientras que pueden emplearse distintos métodos de tratamiento. Por otro lado, debemos tener en cuenta que la experiencia se adquiere en la práctica particular es también un punto importante que debemos considerar en el tratamiento de los mismos.

BIBLIOGRAFIA

Tratado de Patología Bucal

W.G. Shafer B.M.Levy.

Interamericana.

Patología Oral

Robert J. Gorlin

Salvat

Patología Bucal.

Joseph A. Regezi D.D.M.S.

Interamericana

Anatomía Patología Dental y Bucal.

Tomas Velazquez.

La Prensa Médica Mexicana

Diagnóstico en Patología Oral

Edward. V. Zegarilli, George a. Hyman

Austín h. Kutscher.

Salvat.

(1)

T1: Un estudio de quistes en la región oral, quiste de la mandíbula

AU: Nakamura-T Ishida-J. Nakano-Y Fukumoto.

AD: Departamento de Cirugía Oral Nihon Escuela de odontología. Universidad de Matsudo Chiba Japón.

SO: J.NIHON UNIV-SCH DENT 1995 MARZO 3/(II)33-40

ISSN: 0029-432

PY: 1995

LA: Inglés

CP: Japón

(2)

T1: Diferencia métricas , diagnósticos basados en localización diagnóstico diferencial basado en varios quistes.

AU: Ikeshima-A

AD: Departamento de radiología oral. Escuela de Odontología de la Universidad de Nihon Matsudo Chiba Japón.

SO: Jnihon-univ-sch-dent 1995 marzo 6/(1):8-1

PY: 1995

LA: Inglés

CP: Japón

(3)

TI: El quiste dentígero pequeño, un dilema diagnóstico.

AU: Daley-TD Wysocki - GP

AD: Departamento de Patología. Universidad del Norte Ontario Canadá.

SO: Cirugía oral, medicina Oral. patología oral, radiología, endodoncia.

ISSN: 1079-2104.

PY: 1995

LA: Inglés.

CP: Estados Unidos.