



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

QUISTE DENTÍGERO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ARACELI MARTÍNEZ ENRÍQUEZ

TUTOR: C.D. ALEJANDRO MUÑOZ CANO CHÁVEZ

MÉXICO, D.F.

2009



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 MIS PADRES

Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer, toda una vida de lucha, sacrificio y superación constante solo espero que entiendan que mis ideales, esfuerzos y logros han sido también suyos e inspirados en ustedes y que constituyen la herencia más valiosa que pudiera recibir.

A mi padre Por darme las herramientas necesarias para que pudiera cumplir una de mis más grandes metas, por darme tu confianza, por todo tu apoyo en todo momento y por ser esa gran persona quien me ha enseñado a luchar.

A mi madre Por ser esa gran mujer que me apoyo desde pequeña y que me guiaste Por ser parte de este sueño y por confiar en mí, por todos los buenos consejos que me has dado. Te quiero mucho mamá.

A ISRAEL

Por ser mi amigo, mi compañero de desvelos y mi esposo por todo tu apoyo incondicional que me has dado, por que juntos hemos superado obstáculos que nos ha presentado la vida y por creer y confiar en mí. Gracias por ser una parte muy importante en mi vida. Te quiero mucho.

A TAMARA

Por ser ese pequeño motor que me da las fuerzas de seguir adelante y por llegar a mi vida te quiero mucho mi niña hermosa.

A MIS HERMANAS

Elvira, Miriam, Geno y Erika, Como una muestra de mi cariño y agradecimiento, por todo su apoyo incondicional por formar parte de este sueño. Por estar conmigo en la buenas y en las malas. Las quiero mucho.

A MIS AMIGAS

Ivett, Claudia, Olivia, Tatiana, Mariana, Karina y Dianita Gracias por estar presente en los momentos de alegría y en los momentos difíciles por sus consejos y esperando que esta amistad dure para toda la vida.

A Julio por ser un gran amigo y por todo tu apoyo gracias por creer en mí. Te quiero mucho.

A María Cacheux por ser un buen ejemplo de perseverancia y enseñarme que hay momentos difíciles pero que debemos superarlos, y a enseñarme a luchar por mis anhelos. Te quiero mucho mary.

A Teresa Serrano Por todo el apoyo en las buenas y en las malas. Y por ser un buen ejemplo. Te quiero mucho Tere.

A la Dra. Águeda Arellano Flores por su tiempo y dedicación a la realización de esta tesina y por todos los conocimientos transmitidos.

Al Dr. Muñoz Cano Chávez por su apoyo en la realización de este trabajo y por la ayuda durante la clínica.

A la Dra. Roció Fernández por darme la oportunidad de formar parte del seminario de cirugía y por todos los conocimientos transmitidos durante la carrera.

A la UNAM por dejar ser parte de ella y albergarme y porque siempre seré Orgullosamente Unam.

INDICE

Objetivos	
Justificación	
Introducción	11
CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES	13
CAPÍTULO 2 MANDÍBULA	18
2.1 Cuerpo	18
2.2 Rama Ascendente	20
2.3 Músculos	24
2.3.1 Músculo Masetero	24
2.3.2 Músculo Pterigoideo Lateral	25
2.3.3 Músculo Pterigoideo Medial	26
2.3.4 Músculo Buccinador	26
2.3.5 Músculo del Mentón	27
2.3.6 Músculo Borla o de la Barba	28
2.3.7 Músculo depresor del ángulo de la Boca	28
2.3.8 Músculo Cutáneo del Cuello o Platisma	28
2.4 Inervación	29
2.4.1 Plexo Cervical	32
2.5 Arterias	34
2.6 Venas	37
2.6.1 Vena Facial	37
2.6.2 Vena Retromandibular	37
2.7 Linfonodos	38

2.7.1	Linfonodos mandibulares	38
2.7.2	Linfonodos submentales	38
2.8	Glándulas	39
2.8.1	Glándula Submandibular	39
2.8.1.1	Vasos y Nervios	42
2.8.2	Glándula Sublingual	42
2.8.2.1	Vasos y Nervios	42
CAPÍTULO 3 CLASIFICACIÓN DE QUISTES		44
CAPÍTULO 4 MECANISMOS DE EXPANSIÓN QUISTICA		47
CAPÍTULO 5 QUISTE DENTÍGERO		50
5.1	Definición	50
5.2	Etiopatogenia	51
5.3	Histopatología	52
5.3.1	Fase de desarrollo de un quiste dentígero según Broca y Magiot	54
5.4	Localización	54
5.5	Clasificación de quiste dentígero	55
5.6	Clínicamente	55
5.7	Aspectos Radiográficos	57
5.8	Diagnóstico Diferencial	59
5.8.1	Ameloblastoma	59
5.8.2	Queratoquiste Odontógeno	60
5.8.3	Tumor Odontogénico Adenomatoide	60
5.9	Tratamiento	61
5.9.1	Enucleación	61

5.9.1.1 Ventajas	62
5.9.1.2 Desventajas	62
5.9.1.3 Técnica	62
5.9.2 Marsupialización	66
5.9.2.1 Indicaciones	67
5.9.2.2 Ventajas	67
5.9.2.3 Desventajas	67
5.9.2.4 Técnica	67
5.9.3 Técnica Combinada	69
5.10 Complicaciones de un Quiste	70
5.11 Pronóstico	72
CAPITULO 6 CASO CLÍNICO	73
Discusión	78
Conclusión	80
Referencia Bibliográfica	81

OBJETIVOS

ESPECÍFICOS

- Realizar una revisión bibliográfica para tener un mejor conocimiento sobre una de las patologías que se dan en la cavidad oral.
- Conocer la incidencia del quiste dentígero en niños.
- Conocer el mecanismo de desarrollo del quiste dentígero.
- Conocer la etiología para así poder establecer un tratamiento.
- Conocer la anatomía topográfica local del quiste dentígero.
- Conocer la etiopatogenia del quiste dentígero.
- Identificar los quistes dentígeros.

GENERALES

- El cirujano dentista debe tener conocimientos sobre los quistes odontogénicos que podemos encontrar en la cavidad oral por eso siempre es necesario realizar una historia clínica detalladamente con antecedentes heredo-familiares y así como contar con auxiliares de diagnóstico como son las radiografías y estudios clínicos.

JUSTIFICACIÓN

La cirugía bucal representa una parte relevante de la práctica odontológica cotidiana. Para su correcto desarrollo no solo es necesario un adecuado dominio de cada técnica quirúrgica, sino también poseer conocimientos de la cavidad oral de las patologías como son los quistes dentígeros más comunes, así como poner las bases para un correcto diagnóstico y un adecuado plan de tratamiento.

El diagnóstico en los quistes dentígeros debe fundarse en una combinación de datos físicos, historia, valoración radiográfica y biopsia. El examen histológico es muchas veces esencial para establecer un diagnóstico correcto, pero también son necesarios otros estudios clínicos de laboratorio.

INTRODUCCIÓN

Se denomina quiste a una cavidad anormal revestida de epitelio que contiene material líquido o semisólido. Éste consta de tres estructuras fundamentales: una cavidad central (luz), un revestimiento epitelial y una pared externa.

Los quistes representan sin duda, un peligro para la integridad del componente máxilo facial, ocasionando trastornos funcionales y estéticos de variable intensidad por lo que deben ser diagnosticados precozmente y tratados de forma adecuada.

La práctica ha demostrado que existen dificultades en la interpretación clínica y radiológica de estas afecciones por lo que se asemejan entre si algunas de ellas. Debido a esto se exponen criterios diagnósticos erróneos y conductas terapéuticas inadecuadas apareciendo lesiones recidivantes, cuyos comportamientos clínicos e histológicos difieren sustancialmente de las lesiones primitivas. Esto hace que las consideraciones quirúrgicas de los quistes maxilares estén relacionadas con los patrones clínicos e histológicos de cada uno de ellos.

Las lesiones quísticas por presentarse generalmente intraóseas y asintomáticas, se hace difícil el diagnóstico clínico, por lo que a veces no coincide con el diagnóstico histopatológico. Aún bajo dicha consideración, no resulta apropiado obviar la anamnesis y la exploración clínica pues sin lugar a dudas son evaluaciones necesarias en un paciente con quiste, y solo completadas estas, las imágenes ofrecidas por la radiología y otras técnicas diagnósticas más sofisticadas contribuirán a establecer el diagnóstico. Dado que las lesiones que asientan en los maxilares y la mandíbula no poseen imágenes radiológicas patognomónicas, ni en todos los casos adoptan una imagen única, se requiere de un conocimiento exhaustivo de la anatomía de los tejidos blandos y duros de la zona estudiada.

El quiste dentífero es el segundo tipo más común de quistes odontogénicos asociados a la corona de un diente no erupcionado o en desarrollo. El quiste

que encierra a la corona del diente retenido está adherido al diente alrededor por la región cervical.

Este quiste permanece generalmente asintomático pero puede producir inflamación y expansión ósea.

Los quistes dentígeros son comúnmente diagnosticados por su apariencia radiográfica como una zona radiolúcida circunscrita al área que rodea la corona de un diente.

El tratamiento es dictado frecuentemente por el tamaño de la lesión y por la extensión hasta la corona o el diente entero.

Suelen ocurrir en el maxilar inferior en mayor proporción respecto al maxilar superior. Las piezas más afectadas suelen ser los terceros molares y los caninos en ambos maxilares.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES

Clásicamente se definía a un quiste como una bolsa conjuvoepitelial, tapizada de epitelio en la cara que mira a la luz del quiste y del tejido conjuntivo en la externa, con un contenido líquido o semilíquido en su interior. Sin embargo, según esta definición Killey y Kay (1966), se dejan sin encuadrar cierto tipo de quistes odontógenos y fisurales, y por supuesto los quistes óseos o pseudoquistes que no poseen cápsula epitelial. Por ello, estos mismos autores incluyeron como quistes ciertas formaciones patológicas caracterizadas por tener una cavidad o espacio hueco en el hueso o en las partes blandas, rellenas con sustancias líquidas, semilíquidas o gaseosa y que a menudo, pero no siempre se encuentran encapsuladas y recubiertos por epitelio.¹

Un quiste es una cavidad anormal, revestida de epitelio, que contiene material líquido o semisólido.²

Un quiste están formados de tres estructuras fundamentales: una cavidad central (luz) un revestimiento epitelial y una pared exterior (cápsula). La cavidad quística suele contener material solido o semisólido, por ejemplo residuos celulares o queratina o moco. El revestimiento epitelial difiere entre los distintos tipos de quiste y puede ser plano estratificado queratinizado o no queratinizado pseudoquiste y puede ser plano estratificado, cilíndrico o cuboidal. La pared del quiste está formada por tejido conjuntivo que contiene fibroblastos y vasos sanguíneos.²

Puede estar situado enteramente dentro tejidos blandos o profundamente en el hueso o localizarse sobre una superficie depresible. Dentro de los maxilares, el 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 quistes odontogénicos.³

Kramer en 1974 definió el quiste como una cavidad patológica con un contenido líquido, semilíquido o gaseosa, que no ha sido originado por la acumulación de pus y que suele estar, aunque no obligadamente revestida por epitelio. Esta definición engloba todas las lesiones quísticas de los maxilares y de la mandíbula sean epiteliales o no, y las de los tejidos blandos, y al mismo tiempo se descartan los abscesos por acumulación de pus.¹

En los huesos maxilares y mandíbula comprenden diferentes entidades, como son los quistes odontógenos radiculares o paradentarios, dentígeros, los no odontógenos supuestamente fisurarios o fisurarios y, por último, los quistes óseos o pseudoquistes.¹

Todos ellos obedecen a diferentes mecanismos etiopatogénicos. Uno son de origen inflamatorio; otros se deben alteraciones de desarrollo o dismorioplastias, otros presentan una etiopatogenia controvertida.¹

La existencia de tejido epitelial dentro de los tejidos maxilares y la mandíbula tiene una explicación fácil. Puede ser epitelio odontógeno derivado de los restos epiteliales de Malassez- vestigio de la vaina de Herwing o de la lámina dentaria y los órganos del esmalte. puede tratarse, en otros casos, de epitelio no odontógeno remanente del que cubría los procesos embrionarios que originaron los maxilares o los que forman el conducto nasopalatino.¹

Scultet en 1654 el primero en describir la existencia de los quistes maxilares. En 1728, Fauchard indicó la correlación existente entre los quistes maxilares y el sistema dentario, En 1839, Dupuytren describió el signo de crepitación apergaminada característico de los quistes con gran expansión.¹

En 1864, Virchow menciona los quistes de los maxilares en su trabajo sobre tumores los relacionó con dientes retenidos. Parget creó el término

de quiste dentífero .Magitot reconoció en 1872 que los quistes de los maxilares son de origen dentario y distinguió de los radicales de los foliculares. Anteriormente Broca ya había descrito la realidad entre los quistes foliculares y las alteraciones del desarrollo de los dientes.¹

El quiste paradental es de patogénesis incierta, descrito en detalle por Craig, se piensa que está relacionado con un quiste dentífero, porque su revestimiento epitelial parece que se origina del epitelio reducido del esmalte.¹

Malassez comprobó por primera vez células epiteliales en el espacio periodontal y su relación con los quistes. Braun y Hertwing demostraron que estos restos epiteliales no intervenían en cierto tipo de quistes; más tarde, el último describió la vaina epitelial que lleva su nombre.¹

Posteriormente, diversos autores (Mikulicz, Schultz, Philipse, Shear, Gorlin, etc) describieron variedades dentro de los quistes odontógenos y asociaron ciertos quistes con predominio de queratina con otros procesos o síndromes generales.¹

Los quistes tienen distinto origen y comportamiento clínico, aunque el crecimiento es siempre lento y expansivo, no infiltrante, por aumento de su presión interior y no por proliferación tisular.

Debido a estas características de crecimiento pasivo, no se consideran auténticos tumores o neoplasias.

Son, por tanto, formaciones benignas, aunque en ocasiones se malignizan.

Los más frecuentes son los quistes epiteliales odontógenos, que ocupan el 93% de todos los quistes. Entre ellos los de mayor incidencia son los radicales y los dentíferos.

Ries Centeno daba cifras de 81.2% para los radicales y del 14.6% para los dentíferos.¹

Los quistes se manifiestan clínicamente a causa de una expansión dentro del tejido circundante, pero solo raras veces causan aflojamiento de los dientes, a no ser que sean muy grandes.

Muchos quistes permanecen pequeños y producen poca o ninguna dilatación se descubren solamente en un examen radiológico.

Cuando un quiste se dilata, ejerce una estimulación en el periostio por la cual este deposita hueso nuevo; esto se revela clínicamente en forma de una prominencia indolora dura y suave. Al continuar la dilatación el hueso suprayacente adelgaza y se hunde por la presión del dedo, produciendo muchas veces un crujido de cáscara de huevo. Finalmente, puede desaparecer incluso esta cáscara ósea, quedando el quiste cubierto únicamente por la mucosa bucal. Sin embargo, solamente un pequeño porcentaje de quiste atraviesa todos estos estadios; con frecuencia se trata de quistes radiculares y dentígero.²

Una de las numerosas circunstancias que diferencian a los maxilares del resto de los componentes del esqueleto es su complicada evolución embriológica. De un lado, son el resultado de la fusión de diferentes mamelones faciales en el curso de la cual puede acontecer el aprisionamiento de estructuras ectoblásticas en el espesor mesoblástico. De otro lado, sirven de terreno participativo a la odontogénesis, en el curso de la cual se van a crear un conjunto de estructuras, algunas de las cuales destinadas a desaparecer, que son derivadas del ectoblasto, del mesoblasto o de la inducción de aquél sobre éste. Una de las consecuencias de esta complicada comedia e dos actos, en partes simultáneos, es la posibilidad de que los maxilares, además de ser posible asiento de quistes o tumores propios de cualquier hueso, pueden serlo también de quistes o tumores que le son específicos, los quistes o tumores odontogénicos.

Cabe esquematizar algunos datos de la histógenes dentaria que tienen interés en patología. Como acabamos de esbozar, el diente deriva en

parte del mesénquima (saco folicular, cemento, alveolo y ligamento) en parte del epitelio (muro emergente, lámina dentaria, ameloblastos y vaina de Hertwing) y en parte del ectomesénquima inducido por el epitelio (odontoblastos). A lo largo de la odontogénesis, se forman una serie de estructuras, que tras cumplir su función, deben desaparecer; sin embargo, pueden dejar tras de sí residuos o restos que pueden ser punto de arranque o de neoformaciones; los más importantes son restos de Serres (de la lámina dental), epitelio reducido del órgano del esmalte, restos de Malassez (de la vaina de Hertwing).⁴

Un quiste dentífero es un quiste odontogénico que rodea la corona de un diente impactado; se debe a la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la superficie del esmalte, produciéndose un quiste en cuya luz está situada la corona mientras la raíz o raíces permanecen por fuera.²

Por tanto un quiste odontogénico que se caracteriza por formarse a expensas del órgano del esmalte, entre el saco folicular y la corona dentaria. También es conocido como quiste folicular.⁴

CAPÍTULO 2

MANDÍBULA

Es el mayor y más fuerte hueso de la cara, y es el único que se articula por medio de una doble diartrosis con dos huesos del cráneo (los huesos temporales) por lo cual es el único capaz de realizar movimientos amplios.⁵

Es un hueso impar, medio y simétrico, es un hueso móvil situado en la parte inferior de la cara; forma por si solo el esqueleto de la mandíbula inferior.⁶

En el recién nacido la mandíbula consta de dos mitades unidas en la línea media por la sínfisis mentoniana, por medio de tejido fibroso, y que en el adulto viene a constituir la protuberancia mentoniana.⁵

Esta situado por dos mitades que en el curso de su desarrollo se sueldan y presentan, para su estudio: un cuerpo o rama horizontal, de cuyos extremos dorsolaterales se desprende a cada lado la rama ascendente.

2.1 CUERPO

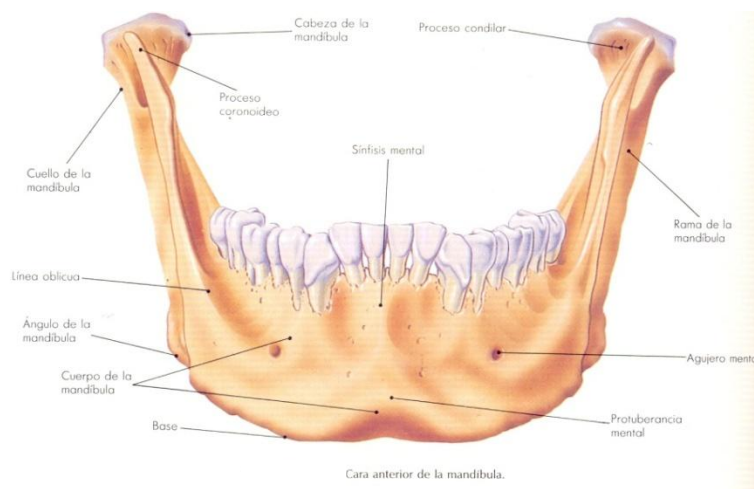
Es una lámina vertical y encorvada a manera de una herradura, de concavidad dorsal; se le considera una cara anterior y otra posterior, un borde craneal o alveolar y otro caudal o base.⁶

Cara anterior. En la línea media presenta una cresta más o menos visible que es la huella de soldadura de las dos mitades que componen el hueso. Dicha cresta se llama sínfisis mentoniana y al terminar en el borde caudal forma la eminencia mental, a menudo hendida. A cada lado, hay una serie de eminencias verticales que son el relieve causado por las raíces dentarias, llamadas eminencias alveolares.⁶

Cercano al centro del cuerpo se encuentra el agujero mentoniano, que es la abertura superficial del canal de la mandíbula (conducto dentario inferior); caudoventral, a él nace una cresta que se dirige en sentido craneodorsal hasta continuarse con el borde anterior de la rama, que recibe el nombre de línea oblicua, en la que se insertan varios músculos de la cara. ⁶

Cara posterior o cara interna. En la línea media presenta la misma sínfisis e inmediatamente a sus lados cuatro pequeñas eminencias que reciben el nombre de espinas mentonianas (apófisis de geni) con dos prominencias craneales y dos caudales, las superiores dan inserción al músculo geniogloso y las inferiores al genihioideo. El resto de la cara posterior se divide por una cresta llamada línea milohioidea (oblicua interna), que nace cerca del borde caudal, se dirige dorsocranealmente y da inserción al músculo milohioideo. En sentido craneal a la línea hay una depresión o fosa sublingual para la glándula del mismo nombre, y dorsocaudalmente otra fosa más amplia, donde se aloja la glándula submandibular. ⁶

Cerca del borde inferior y a los lados de la línea media se observan unas depresiones que sirven para la inserción del correspondiente músculo digástrico (fosa digástrica).⁶



Anatomía humana. Corpus

Borde caudal o romo. Es romo, y se va adelgazando en dirección dorsal, donde se continua con el correspondiente de la rama; a veces esta continuidad se nota por una incisura causada por la arteria facial; así mismo se encuentra una depresión siempre más marcada a la altura del agujero mentoniano llamada fosa digástrica, que da inserción al músculo del mismo nombre. Esta fosa invade realmente la cara medial del cuerpo.⁶

Borde alveolar. Recibe tal nombre por presentar una serie de cavidades cónicas o alveolos que reciben las piezas dentarias separadas entre sí por laminillas verticales denominadas septos interalveolares. los alveolos posteriores son subdivididos por septos intrarradiculares y se tornan multiloculados, según la raíz del molar que alojen.⁶

2.2 RAMA ASCENDENTE

La rama de la mandíbula es cuadrilátera, aplanada transversalmente, más alta que ancha y con dirección ascendente, un poco en sentido dorsal. Su cara lateral es más o menos lisa y presenta rugosidades en su parte caudal, que forma la tuberosidad masetérica para la inserción de este músculo, y al mismo nivel, pero en su cara medial otra tuberosidad para la inserción del músculo pterigioideo medial.⁶

La cara medial de la rama de la mandíbula presenta en su centro el agujero de la mandíbula; el labio anterior de este orificio se prolonga con dirección craneodorsal en un saliente triangular llamado línula (espinas de Spix) y da inserción al ligamento esfenomandibular. Prácticamente en el centro de la cara medial se encuentra el orificio mandibular, que da entrada al conducto mandibular, y desde el nivel de este orificio surge un surco milohioideo que sirve para alojar el nervio y vasos milohioideos, y que en algunas ocasiones pueden transformarse en un verdadero conducto.

El borde dorsal de la l ngula se prolonga caudalmente y limita un surco para los vasos milohioideos; el borde craneal de la rama forma la incisura de la mandíbula (sigmoidea), que está limitada por dos salientes: a) el ventral, llamado proceso coronoideo, que es triangular, de v rtice craneal y da inserción al tendón del músculo temporal y b) el dorsal, llamado proceso condilar, que posee una zona inicial o cuello que remata en una saliente ovoide o cabeza, de eje oblicuo dorsomedial.⁶

La cara superior del cóndilo es articular y está dividida en dos vertientes, mediante una cresta roma y longitudinal. Caudal a la vertiente anterior hay una depresión rugosa, la fosa pterigoidea que corresponde propiamente al cuello y da inserción al pterigoideo lateral.⁶

El borde superior de cada rama presenta un cóndilo o cabeza de la mandíbula en su zona más posterior, y otro accidente más anterior, o apófisis coronoides, cuyo desarrollo se debe fundamentalmente a la robustez del músculo temporal, en el cual se inserta.⁵

Entre la apófisis coronoides y la cabeza de la mandíbula encontramos la escotadura de la mandíbula o escotadura sigmoidea. Caudalmente a la cabeza mandibular se encuentra una zona estrechada, o cuello de la mandíbula, en cuya parte medial se observa una depresión o fosita pterigoidea.

La cara dorsal del cuello es lisa y convexa y se continúa con el borde posterior de la rama, el cual es afilado y libre en relación con la celda parotídea y con el borde inferior forma el ángulo de la mandíbula, que es romo en su cara medial esta la tuberosidad pterigoidea (rugosidades para la inserción del pterigoideo medial). El borde ventral de la rama, que parte del proceso coronoideo, se ensancha caudalmente y se continúa en sus labios con las líneas oblicuas: entre estas se limita un canal, más ancho conforme se acerca a su extremo caudal, que corresponde al alveolo más dorsal.

Dicho canal limita con los últimos molares la hendidura vestibulocigomática, que comunica a la cavidad de la boca con su vestíbulo.⁶

La mandíbula está atravesada por un conducto llamado canal mandibular (dentario inferior) para el paso del nervio dentario inferior. Se extiende caudal a las raíces dentarias desde el orificio de la mandíbula hasta el orificio mental.⁶

El cóndilo es convexo en todas direcciones, sobresaliendo más por su cara medial que por la lateral, el cóndilo se articula con la fosa correspondiente en el hueso temporal, y se pueden palpar por delante del trago del pabellón auricular cuando se mueve tal articulación. Es interesante destacar la existencia del triángulo retromolar, justamente a nivel de la unión de la rama de la mandíbula, situado dorsalmente al último molar. La unión del borde posterior de la rama de la mandíbula con la base del cuerpo es el ángulo de la mandíbula, correspondiente al punto craneométrico gonión de unos 120 en el adulto.⁵

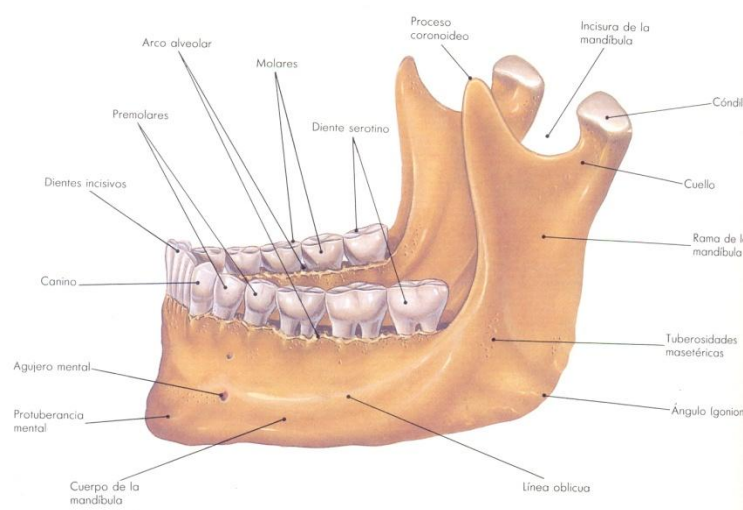
La mandíbula, constituida por un tejido esponjoso situado entre dos láminas de tejido compacto, presenta en el interior de dicho tejido el conducto mandibular, que comienza en la cara medial de la rama de la mandíbula a nivel del orificio mandibular y se termina a nivel del orificio mentoniano. El orificio mandibular se halla limitado ventralmente por la línula de la mandíbula o espina de Spix. A menudo se observan dos espinas; una superior y otra inferior. A partir del orificio de la mandíbula, el conducto se dirige oblicuamente hacia adelante y abajo, paralelamente y a 1 cm de las base de la mandíbula.⁵

En su trayecto surgen del mismo una serie de canalículos alveolares destinados a las raíces de los molares y los premolares. El conducto dentario finalmente se divide en dos, surgiendo una rama por el orificio mentoniano, que viene a tener el mismo diámetro que el conducto principal (unos 2 0 3

mm), y otra rama o conducto incisivo que se dirige a la línea media y da origen a canalículos alveolares para el canino y los incisivos.⁵

La forma y crecimiento de la mandíbula se debe a la evolución de los dientes y a los músculos que se insertan en ella. En el recién nacido el ángulo mandibular viene a ser de unos 150 – 160 °. En el niño, después de la primera dentición, es de 140°, y en el adulto es de unos 120 – 130°. En el anciano con la pérdida de los dientes, el ángulo aumenta hasta 140°.⁵

Se han observado diversas variaciones en la conformación de la mandíbula: puede haber cóndilos supracigomáticos, es decir, cuando sobrepasan el plano del arco cigomático; infracigomático, cuando no lo alcanzan, y paracigomáticos, cuando se sitúan a su mismo nivel.⁵



2.3 MÚSCULOS

2.3.1 MÚSCULO MASETERO

Es corto, grueso, rectangular, alargado de arriba hacia abajo y se extiende desde el arco cigomático a la cara externa de la rama ascendente del maxilar superior.

Se distinguen tres haces: superficial, medio y profundo

- a. El haz superficial nace por una lamina tendinosa de los tres cuartos anteriores del borde inferior del cigomático. Esta inserción llega por delante del ángulo inferior del hueso malar a parte inmediata de la pirámide del maxilar superior. Los haces carnosos se desprenden de la cara profunda de la aponeurosis tendinosa y se dirigen oblicuamente hacia abajo y a hacia atrás y terminan sobre el ángulo, el borde inferior y la parte inferior de la cara externa de la rama ascendente. Unos se implantan directamente en el maxilar y otros se insertan, las crestas oblicuas de la cara externa del ángulo de la mandíbula.
- b. El haz medio, cubierto gran parte por el precedente, lo que desborda hacia atrás. Se inserta mediante fibras carnosas y pequeños haces tendinosos en toda la extensión del borde cigomático. Las fibras musculares descienden verticalmente, lo que diferencian del haz superficial; termina a la vez por láminas tendinosas delgadas y por implantación de fibras carnosas en la cara externa de la rama ascendente del maxilar, por arriba de la inserción del haz superficial.
- c. El Haz profundo, más delgada que los precedentes que lo cubren nace por fibras carnosas de la cara interna del arco cigomático y de la parte próxima de la cara profunda de la aponeurosis temporal. Los

haces musculares se dirigen oblicuamente hacia abajo y hacia adentro y termina por delgados fascículos tendinosos en la cara externa de la apófisis coronoides, por arriba de la inserción del haz medio del masetero e inmediatamente debajo del tendón temporal.⁵

2.3.2 MÚSCULO PTERIGOIDEO LATERAL

Presenta una inserción móvil en la cara anterior del cuello de la mandíbula, así como en la capsula de la articulación temporomandibular y en su disco articular.

Desde allí, las fibras se lanzan hacia la inserción de origen, que se sitúa anteriormente, en la superficie inferior del ala mayor del esfenoides y en la cara lateral de la apófisis pterigoides, pudiendo llegar sus fibras incluso a la tuberosidad del maxilar (fascículo pterigoideo). El fascículo esfenoidal presenta fibras en dirección horizontal, y el fascículo pterigoideo tiene fibras ascendentes. El fascículo esfenoidal es el que realmente toma inserciones en el cartílago articular de la articulación temporomandibular, de modo que la capsula de esta articulación presenta una ventana en zona ventral y medial para dejar paso a estas fibras, que se confunde con el disco articular. La porción pterigoidea termina propiamente en el cuello de la mandíbula. Ambas porciones está separado entre sí por un intersticio por el que pasan el nervio bucal y la arteria maxilar, así como el nervio temporal profundo anterior.

La cabeza esfenoidal ofrece en cierto componente de cierre mandibular, y la cabeza pterigoidea, de abertura. La cabeza esfenoidal se activa únicamente durante los diferentes movimientos de cierre de la boca, como en la masticación y rechinar de los dientes y la deglución. Además, probablemente colabora en la movilización de la cabeza de la mandíbula y del disco articular cierre mandibular. La cabeza pterigoidea, sin embargo se activa durante los movimientos de apertura y protrusión mandibular.

En conjunto, el músculo tira hacia adelante del cóndilo de la mandíbula, del disco articular y de la capsula de articulación temporomandibular en dirección hacia el tubérculo articular, movimiento impredecible para la masticación, función en la que no puede ser sustituido por ningún otro músculo. La protrusión de la mandíbula se produce por la acción conjunta de ambos músculos pterigoideos laterales, al mismo tiempo que están actuando los músculos elevadores de la mandíbula.⁵

2.3.3 PTERIGOIDEO INTERNO O MEDIAL

Es grueso, cuadrilátero, situado dentro del pterigoideo externo y extendido oblicuamente desde la fosa pterigoidea a la cara interna del ángulo de la mandíbula.

El pterigoideo interno se inserta en toda la superficie pterigoidea, excepto en la fosa escafoidea y en la parte posterior de la pared interna de esta fosa, que está en relación con el peristafilino externo. Nace 1) de la cara interna ala pterigoidea externa; 2) de la parte anterior del ala interna; 3) del fondo de la fosa Pterigoidea y de la cara posterior de la apófisis piramidal del palatino. Nace también de la cara externa de esta misma apófisis y de la parte vecina de la tuberosidad del maxilar superior, por delante y por fuera de las inserciones del pterigoideo externo, mediante un fascículo aberrante que cruza el borde inferior y la cara externa del pterigoideo externo cerca de sus orígenes en la apófisis pterigoides.

El cuerpo carnoso, oblicuo hacia abajo, hacia atrás y hacia afuera, termina en la cara interna del ángulo de la mandíbula y de su rama ascendente en la parte vecina de este ángulo.⁶

2.3.4 MÚSCULO BUCCINADOR

Se encuentra en el espesor de la mejilla y en el mismo plano del músculo constrictor superior de la faringe. Se origina en el ligamento o rafe perigomandibular, que se extiende desde el gancho de la apófisis pterigoidea hasta el extremo posterior de la línea milohioidea de la mandíbula; así como en el borde alveolar del maxilar y de la mandíbula, en la zona de los últimos tres molares, uniéndose partes de sus fibras a las del musculo temporal, que se inserta en su proximidad, en la rama de la mandíbula. Este amplio origen tiene una forma de U abierta hacia adelante, desde donde surgen las fibras musculares, que dirigen hacia la comisura labial y se entrecruzan con las fibras del músculo orbicular de la boca. Se distinguen dos porciones embriológicamente distintas dentro del musculo: una superior y otra inferior, separadas entre sí por la línea que marca el conducto de Stenon, que recorre el músculo en superficie y lo perfora. El entrecruzamiento de las fibras para su incorporación al músculo orbicular de la boca se hace a nivel del modiollo. En su cara interna está cubierto por la membrana mucosa y las glándulas bucales del vestíbulo bucal, y en su cara externa se aprecia la membrana buccinatoria, densa y fibrosa en su zona posterior y delgada y celular en su zona anterior. La cara posterior del músculo está cubierta por el musculo masetero interponiéndose entre ambos músculos una bola de grasa o bola adiposa de Bichat.⁵

2.3.5 MÚSCULO CUADRADO DEL MENTÓN

Es aplanado cuadrilátero situado sobre la parte lateral del mentón y del labio inferior, entre el maxilar inferior y el labio inferior.

Nace del tercio anterior de la línea oblicua externa inferior. Las fibras suben oblicuamente hacia arriba y hacia adelante y constituyen una lamina muscular romboidal cuyo borde anterior se une hacia arriba en la línea media con el lado opuesto. Se inserta en la piel del labio inferior.

El cuadrado del mentón tira hacia abajo y hacia afuera la mitad correspondiente del labio inferior.⁶

2.3.6 MÚSCULO BORLA O DE LA BARBA

Es un pequeño músculo que toma inserciones en la zona de los relieves alveolares de las raíces de incisivos y canino caudalmente se inserta en la piel del mentón, estando cubierto en parte por el depresor del labio inferior. Es el único musculo de los labios que no tienen conexión con el orbicular de la boca. Tira de la piel del mentón hacia arriba, contracción que si se hace intermitente con el orbicular.⁶

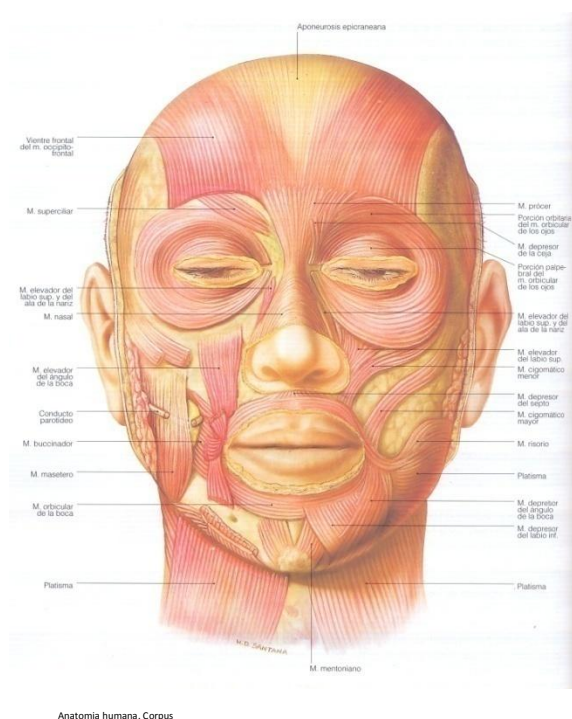
2.3.7 MÚSCULO DEPRESOR DEL ÁNGULO DE LA BOCA

Tira de la boca hacia abajo y algo lateralmente ya que se inserta en su base en la parte anterior de la línea oblicua de la mandíbula bajo la inserción del músculo depresor del labio inferior al cual cubre parcialmente. Desde aquí las fibras se dirigen hacia la comisura labial formando un musculo aplanado, delgado y triangular, entrecruzándose con las fibras de los músculos cigomáticos y de los elevadores, que son más superficiales y con el musculo buccinador que son más profundas. Algunos haces se pueden extenderse hacia el cartílago del ala de la nariz y la piel vecina.⁵

2.3.8 MÚSCULO CUTÁNEO DEL CUELLO O PLATISMA

Es un músculo ancho delgado y de forma triangular, de desarrollo variable, que se encuentra en fascia superficial así como en las regiones pectoral y deltoidea Sus fibras anteriores se cruzan con las del lado opuesto inferiormente al mentón. Sus fibras intermedias se insertan en el borde inferior del cuerpo de la mandíbula, así como en la parte anterior de la línea

oblicua entrecruzando con las fibras del músculo depresor del ángulo de la boca y las del depresor del labio inferior. Las fibras posteriores lo hacen en el modiollo y en el labio superior, entremezclándose con fibras de los músculos depresores del ángulo de la boca y de labio inferior. Algunas fibras del musculo se continúan con las del músculo risorio. Su contracción da una expresión de repugnancia o asco. Actúan también como un músculo accesorio de la inspiración, colaborando en la elevación del toráx sobre la mandíbula, acción que sin embargo es débil. Deprime el labio inferior y el ángulo de la boca.⁵



Anatomia humana. Corpus

2.4 INERVACIÓN

La sensibilidad cutánea de la cara y de gran parte del cráneo (sensibilidad somática general) corresponde al nervio trigémino o V par craneal. Contiene también fibras motoras que caminan con su tercera rama. La porción sensitiva del nervio trigémino recoge la sensibilidad de la cara (excepto del

ángulo de la mandíbula) , la sien, parte anterior del cuero cabelludo (hasta el vértex) y porciones del pabellón de la oreja y del conducto auditivo externo. También recoge la sensibilidad de la cavidad nasal, cavidad bucal, articulación temporomandibular, parte de la nasofaringe, trompa de Eustaquio y duramadre periostio craneales.⁵

El nervio trigémino presenta tres ramas (nervio oftálmico, maxilar y mandibular), que inervan tres áreas cutáneas bien definidas y que tienen relación con los tres mamelones que en conjunto dan lugar a la cara del embrión (mamelones frontal, maxilar y mandibular). Las fibras sensitivas del nervio tienen su cuerpo neuronal en el Ganglio de Gasser o semilunar.⁵

El nervio mandibular es la tercera rama del trigémino. Es un nervio mixto, con un componente sensitivo que tiene sus cuerpos neuronales en el ganglio de Gasser y un componente motor, que constituye el nervio masticador. Es un nervio corto y grueso, que penetra por el agujero oval de la fosa craneal media, para situarse entre los músculos petigoideo medial y tensor del velo del paladar, justo por detrás de la arteria meníngea media. Enseguida da una pequeña rama meníngea, que atraviesa, junto con la arteria meníngea media, el orificio redondo menor espinoso, con el fin de inervar la dura madre, el periostio que corresponde y celdillas mastoiodeas. Da también una rama para el músculo pterigoideo medial y para los músculos tensor del velo del paladar y tensor del tímpano. Al nervio mandibular se le ve, pues en el techo de la fosa pterigomaxilar.⁵

Enseguida el nervio da lugar a un tronco anterior fundamentalmente motor, y un tronco posterior más grueso, principalmente sensitivo. Del tronco anterior, que se dirige en sentido anteroinferior y medialmente al músculo pterigoideo lateral, surge inmediatamente el nervio para el músculo pterigoideo lateral, que aborda el músculo por su cara profunda. A veces esta rama nerviosa nace del nervio mandibular antes de dividirse en dos ramas.

Del tronco anterior surgen también las ramas temporales profundas, de las cuales la posterior viene a ser común con la rama maseterina. El tronco anterior presenta además una rama sensitiva, el nervio bucal. Es el único nervio sensitivo del tronco anterior que sitúa entre las dos cabezas del músculo pterigoideo lateral. Atraviesa el músculo buccinador (puede perforar las fibras más inferiores y anteriores del músculo temporal), anastomosándose en una de sus ramas con las fibras motoras de este músculo, que corresponde al nervio facial. Se ramifica prusamente e inerva la piel de la mejilla y la mucosa de las encías. Puede inerva en parte a los premolares y primer molar inferiores. El nervio bucal suele ir unido al nervio temporal profundo anterior, constituyendo el llamado nervio temporobucal.⁵

El tronco posterior da origen al nervioauriculotemporal y enseguida se divide en los nervios alveolar inferior y lingual, cuando todavía se encuentra medialmente al músculo pterigoideo lateral. El nervio auriculotemporal se origina a partir de dos raíces que se unen para formar un ojal a la arteria meníngea media.se halla entre el ligamento esfenomandibular y el cuello de la mandíbula y ascienda para situarse detrás de la articulación temporomandibular, a la cual proporciona un filete nervioso.

El nervio alveolar inferior es la rama más voluminosa del nervio mandibular. Se dirige hacia el orificio mandibular, encontrándose a este nivel entre el ligamento esfenomandibular y la mandíbula. Es esta zona se desprende el nervio milohioideo, que perfora el ligamento, para después descender e inervar al musculo milohioideo y al vientre anterior del músculo digástrico. El nervio alveolar inferior o dentario inferior puede dar anastomosis al nervio lingual. El nervio alveolar inferior. Penetra después en el conducto mandibular, acompañado de los correspondientes vasos. Así se forma el plexo dentario inferior, del que surge la inervación para las piezas dentarias y las encías correspondientes. Finalmente da lugar al nervio mentoniano, que antes de Salir al exterior pueda inervar a los incisivos y caninos, mientras que

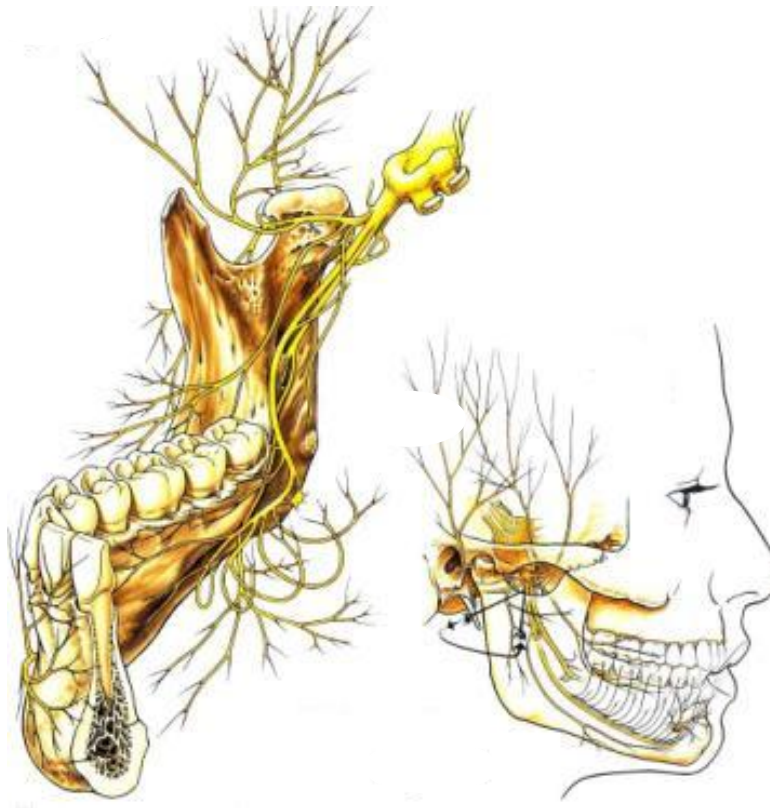
el resto de las piezas esta inervado por el plexo dentario inferior. El nervio mentoniano se anastomosa con la rama marginal del nervio facial y se divide profusamente en una serie de ramas que quedan profundas a la musculatura mímica. Inerva la piel del mentón y del labio inferior, así como la mucosa y las glándulas del fondo de saco alveolingual y de la encía adyacente. A veces el nervio mentoniano ya se forma en el momento en que el nervio alveolar inferior penetra en el conducto mandibular, como rama independiente de las que inerva las piezas dentarias.⁵

El nervio lingual recoge la sensibilidad táctil de la zona de la lengua situada por delante de la V lingual, así como de la pared lateral de la cavidad bucal. Se sitúa en su origen delante del nervio alveolar inferior. El nervio primeramente pasa entre los dos músculos pterigoideos, a cuyo nivel recibe fibras del nervio de la cuerda del tímpano, que es una rama del VII par craneal, compuesta de fibras gustativas y parasimpáticas. El nervio se incurva entre la rama de la mandíbula y el músculo pterigoideo medial. Pasa bajo el borde inferior del músculo constrictor superior de la faringe y se coloca después entre la mucosa bucal y la mandíbula, muy cerca del tercer molar. El nervio lingual puede palparse en la cavidad bucal haciendo presión sobre el hueso, a 1,25 cm, por detrás y debajo del último molar, en el surco entre la mandíbula y la lengua. Después se sitúa entre el músculo hiogloso y milohioideo, y separa la glándula submandibular de la sublingual. Tiene una importante relación con el conducto de la glándula submandibular, para más tarde situarse en relación con la cara lateral del músculo geniogloso; finalmente, inerva los tercios anteriores de la lengua por medio de numerosas ramificaciones. El nervio lingual presenta una anastomosis con el nervio hipogloso y tiene uniones con el ganglio submandibular, a través de las cuales pasan las fibras vegetativas correspondientes.⁵

2.4.1 PLEXO CERVICAL

Extensas zonas del cuello y parte de la cara (ángulo de la mandíbula) están inervadas por el plexo cervical. Son ramas nerviosas que han de atravesar la aponeurosis cervical superficial y después contornean el borde posterior del músculo esternocleidomastoideo.⁵

El nervio auricular mayor se sitúa más caudalmente que el anterior, contorneando también el borde posterior del músculo esternocleidomastoideo y recoge la sensibilidad cutánea del pabellón de la oreja y zona próxima del ángulo de la mandíbula (su rama posterior está destinada a la cara posterior del pabellón auricular, y su rama anterior a la cara anterior, hasta el ángulo de la mandíbula).⁵



www.amuo.org.mx

2.5 ARTERIAS

Las arterias de la cabeza y el cuello proceden de la carótida y de las subclavias. Las carótidas primitivas (comunes) y subclavias, tienen un origen diferente a la derecha y a la izquierda. A la derecha, proceden de las bifurcaciones del tronco braquiocefálico arterial: a la izquierda, nacen directamente del cayado de la aorta. El cayado de la aorta, totalmente intratorácico, se origina del ventrículo izquierdo, se dirige primero hacia arriba, después hacia atrás y a la izquierda y describe una nueva curva cuya concavidad abraza al pedículo pulmonar.⁷

Arteria lingual: nace generalmente de la cara interna de la carótida externa y a 1.5 o 2 cm por encima de su origen. La arteria lingual da dos colaterales principales.

La rama suprahioides sigue el borde superior del hueso hioides y se anastomosa por detrás del geniohioides con el lado opuesto.⁷

La arteria dorsal de la lengua se desprende de la parte de la lingual que corresponde, a través del hiogloso, al vientre posterior del digástrico. Ascende al lado de la base de la lengua y se distribuye en el pilar anterior del velo del paladar, la epiglotis y la base de la lengua.⁷

Ramas terminales: la arteria sublingual se dirige hacia adelante por la cara interna o profunda de la glándula sublingual. Da ramos a esta glándula, un ramo al frenillo de la lengua, la arteria del frenillo y después se divide en dos ramos terminales: uno, mentoniano, destinado al mentón y otro, mandibular, para la porción del maxilar, para la porción del maxilar inferior relacionada con los incisivos.⁷

La arteria ranina se dirige hacia arriba y hacia adelante en el borde inferior del músculo lingual inferior hasta la punta de la lengua, donde termina. Vasculariza a los músculos y a la mucosa de la lengua.⁷

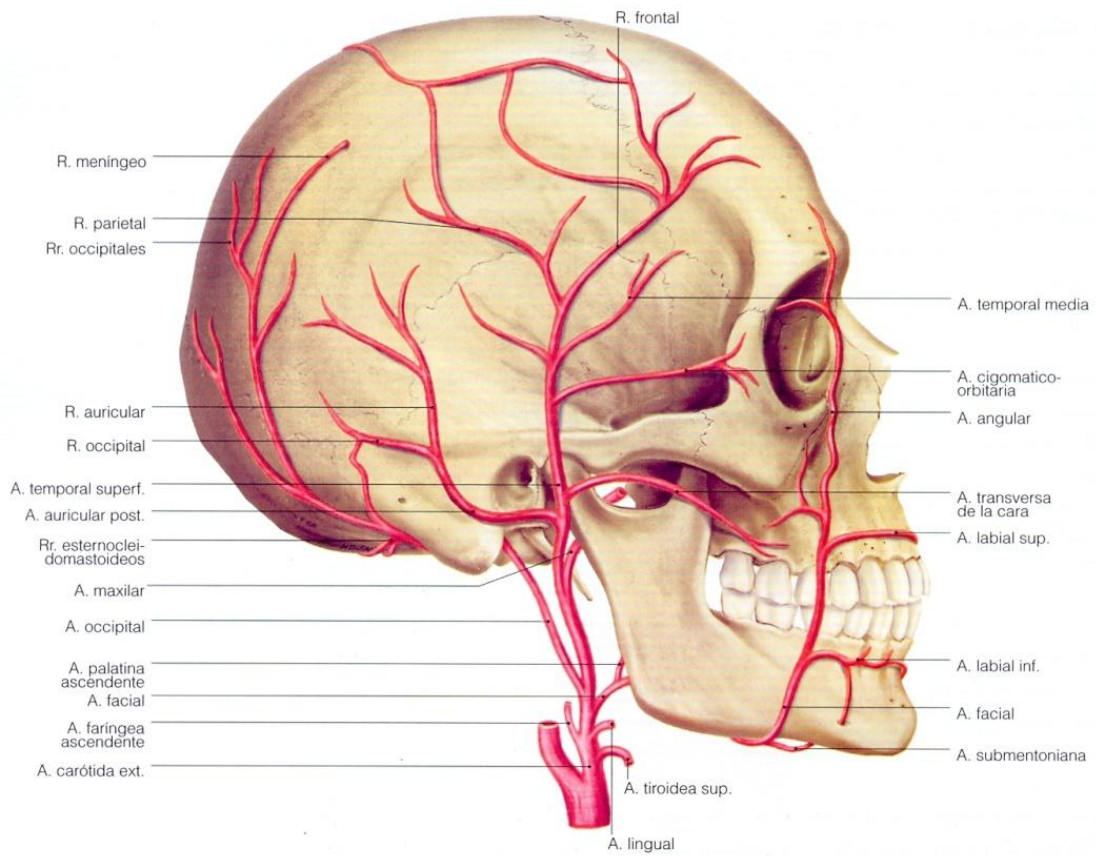
Arteria facial. Se desprende de la cara anterior de la carótida externa a 5 mm por encima de la lingual. La arteria se dirige hacia arriba y hacia adelante adosada a la pared faríngea, pasa bajo el vientre posterior del digástrico y el estolohioideo y penetra en el comportamiento o celda submaxilar. la arteria facial rodea a esta glándula de adentro hacia afuera y de tras hacia adelante, pasando por encima de ella; describe así primero una curva faríngea o supraglandular, cuya concavidad inferior descansa sobre la glándula, donde ella marca frecuénteme un canal profundo.⁷

Flexionándose enseguida sobre el borde inferior del maxilar, la facial describe una segunda curva submaxilar, cuya concavidad rodea el borde inferior de la mandíbula frente al ángulo anteroinferior del masetero. Por fin, la arteria facial asciende sobre la cara oblicuamente hacia arriba y hacia adelante, describiendo una tercera curva, la curvatura facial, cuya concavidad mira hacia arriba y hacia atrás. Se dirige un efecto primero hacia la comisura de los labios, después corre a lo largo del surco nasogeniano y termina en el ángulo interno del ojo anastomosándose con la arteria nasal.⁷

Ramas colaterales: la submental se desprende por debajo del borde inferior de la mandíbula; se dirige hacia adelante, aplicada a la cara interna del maxilar, a lo largo de su borde inferior. Vasculariza a las glándulas submaxilar, a los músculos milohioideos y digástrico y las partes blandas del mentón, donde se anastomosa con los ramos mentonianos de la dentaria inferior.

La arteria dentaria inferior desciende oblicuamente hacia abajo y hacia adelante y da la arteria del nervio lingual y la arteria milohioidea, la cual sigue el canal del mismo nombre. La arteria dentaria inferior penetra seguida en el conducto dentario inferior, con el cual discurre en toda su longitud, y da ramos óseos y ramos dentarios para todas las raíces de los dientes implantados por encima del canal. En la extremidad anterior del conducto dentario, se divide en dos ramas terminales; la rama mentoniana sale por el

Agujero mentoniano y se distribuye en las partes blandas del mentón, la rama incisiva continúa la dirección de la arteria dentaria y da ramos a las raíces del canino y de los incisivos.⁷



Anatomía de cabeza. Velayos

2.6 VENAS

La sangre venosa de la cabeza se vierte a cada lado, en los grupos troncosos venosos de la base del cuello por seis venas principales, que son: la vena yugular interna, la vena yugular externa, la vena yugular anterior, la vena cervical profunda, la vena vertebral y las venas tiroideas inferiores.⁷

2.6.1 VENA FACIAL

Comienza en el ángulo interno del ojo, donde recibe el nombre de vena angular. La vena angular se anastomosa con la vena oftálmica superior y desciende a lo largo y por fuera de la arteria angular hasta el surco nasogeniano, donde toma el nombre de facial.⁷

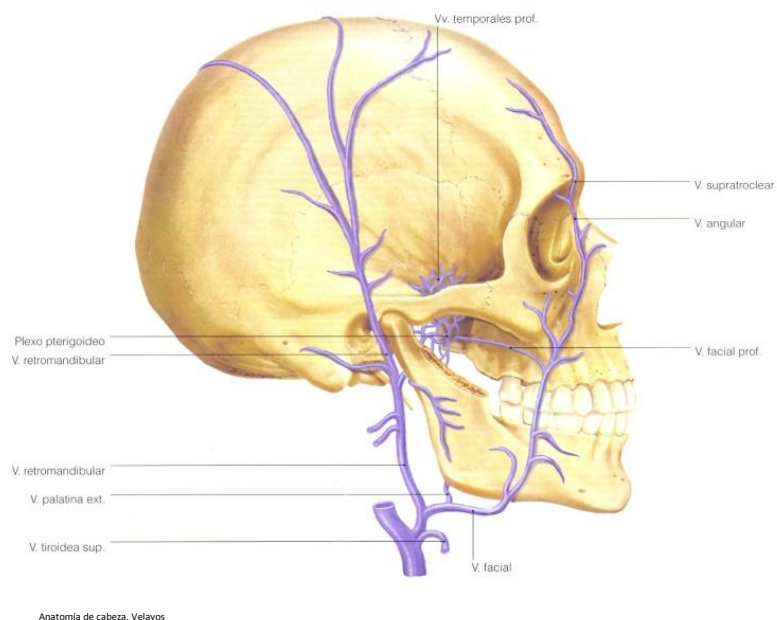
La vena facial, siempre situada por fuera de la arteria, se dirige hacia el borde inferior de la mandíbula mediante un trayecto oblicuo hacia abajo y hacia atrás, que representa la cuerda del arco. En este trayecto pasa bajo los cigomáticos y sobre el buccinador. Gana si el ángulo anteroinferior del masetero, donde se sitúa junto a la arteria facial. Después de haber cruzado el borde inferior de la mandíbula, la vena desciende bajo la aponeurosis, en el compartimiento submaxilar; sobre la cara externa de la glándula, oblicuamente hacia abajo y hacia atrás, hacia el vértice del hasta mayor del hioides. El ganglio linfático submaxilar, retrovascular, se localiza por detrás de la vena, debajo del borde inferior de la mandíbula.⁷

2.6.2 VENA RETROMANDIBULAR

Formada por la unión entre las venas temporal superficial y maxilar, se dirige detrás de la rama de la mandíbula y desciende por la glándula parotoídea, superficial a la arteria carótida externa y en la profundidad del nervio facial. La vena retromandibular se divide en una rama anterior, que se une con la vena

facial, y otra posterior, que se une con la vena auricular posterior para dar la vena yugular externa.

Recoge la sangre vertida por el segmento intraparotideo de la carótida externa.⁷



2.7 LINFONODOS O NODOS

2.7.1 LINFONODOS MANDIBULARES

Los linfonodos mandibulares son de cinco a seis linfonodos subfasciales que se sitúan a lo largo del borde inferior de la mandíbula. Dichos linfonodos reciben aferentes del grupo facial y algunos, en forma directa, del labio inferior encías, lengua y glándulas submandibular y sublingual.⁶

2.7.2 LINFONODOS SUBMENTALES

Los linfonodos submentales son de dos a cuatro linfonodos que se sitúan superficialmente al milohioideo, dentro del espacio que limita a cada lado el vientre anterior del digástrico. Dichos nodos reciben linfa procedente del labio

superior, de la región sublingual del ápice de la lengua y de la parte inferior de la arcada dental inferior.

2.8 GLÁNDULAS

2.8.1 GLÁNDULA SUBMANDIBULAR

Está situada en la porción lateral de la región suprahioidea, y ocupa la depresión angulosa comprendida entre la cara medial de la mandíbula por un lado y los músculos suprahioideos y la cara lateral de la raíz de la lengua y de la faringe por otro.⁷

Es gruesa como una almendra y pesa unos 7 gr aproximadamente.⁷

Su coloración es ligeramente rosada en el sujeto vivo, y de un blanco grisáceo en el cadáver.⁷

Ocupa el ángulo que forman entre sí el cuerpo de la mandíbula con el músculo milohioideo.

Presenta una prolongación anterior o proceso sublingual que saliendo de su parte profunda se introduce entre el musculo milohideo y entre el músculo hiogloso de modo de que entre esta prolongación y el resto de la glándula existe una escotadura ocupa por el borde posterior del músculo milohioideo. Así, la prolongación glandular se sitúan en suelo de cavidad bucal, mientras que el resto la porción que se sitúa en relación con la cara lateral del músculo milohioideo, viene a situarse en la región suprahioidea ya que el límite entre el suelo de la boca y la región suprahioidea es el propio músculo milohioideo.

La glándula en su cara profunda, cubre a los músculos digástricos, estilohioideo, hiogloso, milohioideo y en parte al hueso hioides, e incluso se sitúa detrás del vientre posterior del músculo digástrico. La parte posterior de la glándula submandibularse relaciona con el musculo constrictor superior de

la faringe. La glándula está pues, en relación con el nervio hipogloso, que va acompañado por la vena lingual en cambio, la arteria lingual solamente está en su origen en contacto con el polo posterior de la glándula, para después quedar separada de ella por el músculo hiogloso. La arteria facial pasa medialmente al vientre posterior del músculo digástrico y al músculo estilohioideo y entra en relación con la cara medial de la glándula en la cual labra un canal a veces muy profundo, para después pasar a la región facial.

La cara mandibular de la glándula submandibular está en relación con la cara interna del cuerpo de la mandíbula, caudalmente a la línea milohioidea, en donde existe una fosilla submandibular. Por detrás de la mandíbula tiene relación con el músculo pterigoideo medial.

La parte posterior de la glándula está separada de la glándula parótida por la fascia o tabique submandibuloparotídeo. La cara superficial está cubierta por la piel, el músculo platisma y la fascia cervical superficial. La vena facial cruza oblicuamente la cara superficial de la glándula y está también en relación con ganglios submandibulares los cuales están situados a lo largo del borde caudal de la mandíbula, justamente por detrás y por delante de los vasos faciales. También se relaciona con la rama cervical del nervio facial y, muchas veces, con la rama marginal del mismo.

El borde superior se relaciona por delante con la inserción mandibular del músculo milohioideo, y hacia atrás primero, con la mucosa del surco alveolingual y con el espacio paraamigdalino, después. Entre la mucosa alveolingual y la glándula pasa el nervio lingual. El ganglio submandibular, vegetativo se sitúa sobre la glándula. Las relaciones de la cara profunda de la glándula submanibular son variables, ya que depende de las dimensiones de la misma. El borde posterior suele estar cercano a la porción inferior de la glándula parótida en la zona del ángulo de la mandíbula, en donde se encuentra el ligamento estilomandibular.⁵

El conducto submandibular se forma por la unión de dos conductos, uno craneal y el otro caudal, ramificados dicotómicamente en el espesor de la glándula. Es un conducto de paredes delgadas, resistente, de una longitud de unos 5 cm que emerge de la cara profunda de la glándula y se dirige hacia adelante y adentro, medialmente el músculo milohioideo apoyado sobre el músculo hiogloso primero y el geniogloso después. Primero se sitúa por encima y por fuera del nervio lingual, cruza después en su cara inferior y, ya dividido este en varias ramas, se coloca por dentro y por delante. El conducto se sitúa lateralmente al nervio hipogloso y termina abriéndose en 1, 2 o 3 orificios a los lados del frenillo lingual o cuyo nivel la mucosa forma un relieve o papila salival sublingual. En su terminación toma relación con la glándula sublingual.

La región de la glándula submandibular corresponde a la celda submandibular, que presenta una pared superolateral, constituida por la fosa mandibular de la mandíbula, y por detrás por la parte inferior del músculo pterigoideo medial, que se inserta en el ángulo de la mandíbula Cranealmente al hueso hioides, la pared medial está constituida por los músculos digástricos, milohioideo y hiogloso, viéndose por detrás la pared faríngea y la base de la lengua.⁵

2.8.1.1 Vasos y nervios

Las arterias de las glándulas submandibular proceden de la facial y de la submentoniana.

Las venas drenan de la facial.

Los linfáticos drenan de los nódulos linfáticos submandibulares y los nódulos linfáticos superiores del grupo cervical lateral profundo superior.

Los nervios proceden del ganglio submandibular, del nervio lingual y de la cuerda del tímpano por medio del lingual.⁷

2.8.2 GLÁNDULA SUBLINGUAL

La glándula sublingual es la más pequeña de las tres glándulas salivares mayores y la más profundamente situada. Su porción interna fusiona con el conducto excretor de la glándula submandibular, para desaguar ambas conjuntamente en la papila sublingual, el conducto excretor de la glándula sublingual mayor es el de Bartolini. La porción externa de la glándula está constituida por un número variable de pequeñas glándulas o glándulas sublinguales menores, cuyos pequeños conductos excretores vierten su secreción en el suelo de la cavidad bucal por fuera de la papila sublingual en forma lineal. Las dos porciones forman una masa glandular del tamaño de una aceituna median, envuelto el conjunto en un atmosfera de conjuntivo, colocado inmediatamente por dentro del cuerpo de la mandíbula, en la región sublingual, a cuyo nivel la mandíbula presenta la correspondiente depresión o fosa sublingual, por encima de la línea milohioidea. La glándula está contenida en la celda sublingual. La cara medial de la glándula se apoya en la zona anterior del músculo geniogloso, teniendo relación con el conducto de Wharton y el nervio lingual. Caudalmente ocupa el ángulo que forman los músculos milohioideo y geniogloso; cranealmente está cubierta con el suelo de la cavidad bucal formando un pliegue sublingual. Su borde inferior tiene una relación con el músculo genihioideo. Su extremo posterior llega a contactar con la prolongación sublingual de la glándula submandibular. y el extremo anterior se encuentra a cada lado del frenillo lingual muy cerca de la línea media, pudiéndose continuar con la glándula del lado opuesto.⁵

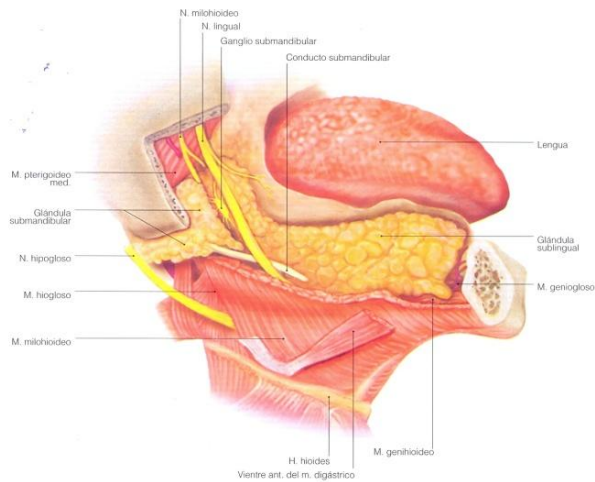
2.8.2.1 Vasos y nervios

Las arterias proceden de la sublingual.

Las venas drenan en las venas linguales profunda y la vena lingual.⁵

Los linfáticos drenan en los nódulos linfáticos submandibulares y en los nódulos linfáticos superiores del grupo cervical lateral profundo superior .

Los nervios proceden del ganglio sublingual y de la cuerda del tímpano por medio del nervio sublingual, ramo del nervio lingual.⁷



Anatomía de cabeza. Velayos

CAPÍTULO 3

CLASIFICACIÓN DE QUISTES

Dentro de la cavidad bucal y alrededor de la cara y del cuello aparecen quistes congénitos, de desarrollo y de retención. Los quistes de origen dentario son, de lejos, los más comunes.

Existe multitud de clasificación de acuerdo con los distintos autores y según las características clínicas de los quistes, sus componentes histológicos, su origen su localización etc.

Quizá la primera clasificación que debe considerarse y de la cual han partido las restantes sea la de Robinson, en 1945. Posteriormente fue adoptada por Thoma y Goldman en 1962 con pocas variaciones. todas ellas siguen una base etiopatogénica.

Kruger realiza la suya en 1964, así como Seward y Lucas, en ese mismo año. Gorlin ofreció una nueva en 1970.

En 1972, la OMS, gracias a sus expertos Pindborg y Kramer propuso su clasificación.²

Diferentes autores han recogido en sus textos las distintas clasificaciones con ligeras variaciones, así lo hicieron Becker; Gorlin (1973), Bhaskar, Calatrav, Killey y Kay, Ries Centeno (1979), Shear(1983), Kay y Laskin (1985).

Unas clasificaciones son más complejas que otras casi todas atienden a una división etiopatogenia e incluyen los quistes epiteliales y los no epiteliales óseos.

Algunas clasificaciones describen los quistes de los tejidos blandos del suelo de la boca y del cuello junto a los quistes de los maxilares odontógenos, no

dentarios, antrales y óseos no epiteliales. Así mismo, la nomenclatura internacional no era unitaria y las diferentes denominaciones podrían conducir a error; aunque en la actualidad este problema es menor.²

Pensamos con Kay y Laskin, que aunque conceptualmente el profesional debe conocer el origen del quiste y calificarlo como epitelial o no epitelial, odontógeno o no odontógeno, inflamatorio o disembrionárico y por ello son necesarias las clasificaciones desde el punto de vista académico, no se debe olvidar que el objetivo final es realizar un diagnóstico acertado e instaurar un tratamiento adecuado. La clínica dicta a diario la más sabia lección ofreciendo los distintos tipos de quistes de acuerdo con una frecuencia universalmente aceptada.

Para el estudio de los quistes maxilomandibulares seguiremos la última clasificación propuesta en 1992 por la OMS (Kramer, Pindborg y Shear)

I. Epiteliales:

1. Desarrollo:

a) odontógeno:

- Gingival infantil.
- Dentígero (folicular)
- Erupción
- Periodontal lateral
- Gingival del adulto.
- Glandular (sialodontógeno)

b) No odontógeno:

- Conducto nasopalatino
- Nasolabial (nasalveolar)
 - medianos palatino, alveolar y mandibular (discutidos)
 - globulomaxilar (discutido)

2. Inflamatorios:

- a) Radicular: apical, lateral, residual.
 - b) Paradental (colateral inflamatorio).
- II. Lesiones óseas no neoplásicas:
- 1. Quiste óseo solitario.
 - 2. Quiste óseo aneurismático.²

CAPÍTULO 4

MECANISMO DE EXPANSIÓN QUÍSTICA

La proliferación epitelial y la reabsorción ósea son de las principales consecuencias del crecimiento del quiste. Los factores de crecimiento son importantes mediadores de la comunicación intercelular entre el tejido conectivo y el epitelio. Información acerca de los factores de crecimiento que están involucrados en el desarrollo de los quistes pueden ayudarnos a entender los mecanismos que estimulan la proliferación epitelial y la formación de un quiste. Los principales mecanismos de expansión quística son proliferación epitelial, acumulación de contenidos celulares, crecimiento hidrostático, factor de resorción ósea y actividad enzimática intracapsular. Dentro de los procesos moleculares involucrados se encuentra la unión del factor de crecimiento epidermal a los receptores de membrana celular, lo que induce a una serie de eventos bioquímicos como señales de transducción, de activación de proteincinasas, fosforilación de proteínas reguladoras, transcripción genética y síntesis de proteínas.

- a) Proliferación epitelial: el factor de crecimiento queratinocito (KGF) sintetizado por los fibroblastos estromales actúa específicamente estimulando el crecimiento y la diferenciación epitelial activando los restos de malassez quiescentes, también ejercen efectos inductores, cambios locales en el pH o en la tensión del dióxido de carbono.
- b) Acumulación de contenidos celulares. Algunas teorías sobre la expansión quística sugieren por ejemplo que los queratoquistes aumentan su volumen por la constante producción y acumulación de queratina dentro de su luz; las células y líquido en el interior de la cavidad quística incrementa la presión osmótica de él, favoreciendo la entrada del líquido hacia el interior. La interleucina- 6 (IL -6) ha sido

observada en líquido de los quistes periapicales por medio de inmunohistoquímica y ensayos inmunoenzimáticos considerándose que juega un papel importante en el crecimiento quístico.

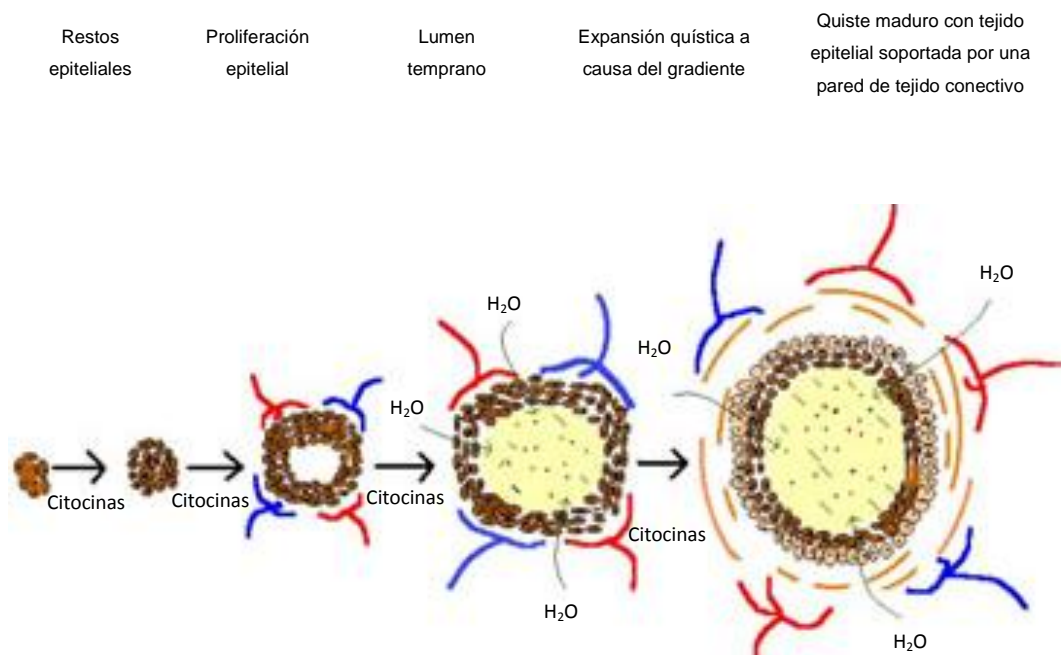
- c) Crecimiento hidrostático el agrandamiento de las lesiones quísticas ha sido originalmente atribuido a un incremento en la presión hidrostática intraluminal que ejerce una fuerza sobre la pared ósea adyacente. La osmolaridad de los fluidos quísticos es mayor que la del suero, lo cual puede deberse a los productos del metabolismo de las células quísticas más que a las proteínas presentes en ellas, si esta teoría es cierta entonces los glicosaminoglucanos y los proteoglicanos tendrían una participación significativa en la expansión. El origen de estos componentes es el tejido conectivo de la cápsula. El factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) también conocido como factor de permeabilidad vascular (VPF) es una citosina multifuncional que asegura la angiogénesis y el incremento de la permeabilidad vascular, dando como resultado la acumulación de células inflamatorias que más tarde pueden estar involucradas en la acumulación del líquido quístico.
- d) Factor de resorción ósea. La reabsorción ósea es una de las consecuencias del crecimiento de los quistes, donde diferentes citosinas han sido involucradas en el progreso de la lesión, dentro de estas se encuentran las interleucinas- 1, IL -4, IL -6, IL -8, IL -10, IL-12, el interferón γ (IFN- γ) y el factor de necrosis tumoral α (TNF- α) TNF- α estimula la actividad osteoclástica favoreciendo la reabsorción e incrementa la respuesta vascular local. También se encuentran implicadas en la reabsorción ósea periradicular las prostaglandinas PGE2 y PGI 2, leucotrienos y colagenasas que han sido aislados de estas lesiones. La IL- 1 es la citosina más activa que actúa en la expansión quística a través de su acción en amplio espectro, funciones celulares como proliferación de fibroblastos,

producción de prostaglandinas en la cápsula quística y osteólisis, interactúa con las otras interleucinas promoviendo, activando y diferenciando a los osteoclastos y favorece la secreción de prostaglandinas por los fibroblastos y los osteoblastos.

Actividad enzimática intracapsular, la actividad colagenolítica, se puede explicar, al menos parcialmente, debido a la separación observada con frecuencia entre el tejido fibroso y el epitelio de los quistes.

Así mismo, existe un incremento de células cebadas las cuales producen ácido hialurónico, que vuelve ácido el ambiente quístico promoviendo la entrada de fluidos hacia el interior o, debido a que la pared del quiste actúa como una membrana semipermeable.

Las células cebadas también producen heparina e histamina que contribuyen a aumentar la presión dentro de la cavidad quística.¹³



Maximiza de expansión

CAPÍTULO 5

QUISTE DENTÍGERO

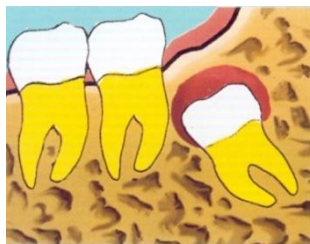
5.1 DEFINICIÓN

Descrito primera vez por Fauchard en 1728, se desarrolla a expensas del órgano del esmalte de un germen dental que no ha hecho erupción. Suelen estar colocados entre las capas ameloblásticas externa e interna o bien entre la corona dental y el saco pericoronario. Estos procesos deben ser considerados como malformaciones embrionarias siendo característico en ellos la corona de diente involucrada que colocada siempre en el interior de la cavidad quística. En algunos casos se puede desarrollar este proceso tan tempranamente que no se llega a formar la sustancia dura del diente.⁹

Un quiste dentígero es un quiste odontógeno que rodea la corona de un diente impactado; se debe a la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la superficie del esmalte, produciéndose un quiste en cuya luz está situada la corona mientras la raíz o raíces permanecen por fuera.²

Se les denomina también quistes foliculares, dentígeros, coronodentarios, embrionarios o del desarrollo.¹

Se relaciona con la corona de un diente en desarrollo o sin erupcionar, (el término “dentígero” significa que contiene dientes). El quiste que encierra la corona de un diente sin erupcionar está adherido a los dientes de la región cervical, lo que ayuda a diferenciarlo del quiste primordial.¹⁰



Patología bucal. Sap

5.2 ETIOPATOGENIA

Los quistes dentígeros pueden ser producidos por varios gérmenes dentarios que actúan juntos en su formación dando un aspecto de tipo folicular múltiple. El folículo dentario, producido por la lámina dental o la capa epitelial externa del órgano del esmalte del diente puede ramificarse y formar una cantidad de folículos. Los folículos pueden formar un quiste, provocando la formación de los llamados quistes hijos que requieren una cuidadosa exploración en el momento de la cirugía.¹¹

El quiste dentífero rodea a la corona del diente no salido de la dentadura regular (aproximadamente el 95%) o supernumeraria. Probablemente tiene su origen en una alteración del epitelio reducido del esmalte después de haberse formado por completo la corona. Hay acumulación de líquido entre este epitelio y la corona del diente. Sin embargo, este quiste puede derivar de la generación quística de los restos de la lámina dental.¹

Se origina después de la corona del diente se ha formado por completo mediante la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona dental. Se puede originar inicialmente por la proliferación de transformación de los islotes del epitelio en la pared de tejido conectivo del folículo dental o incluso fuera del mismo, y este epitelio transformado se une entonces con el epitelio folicular del revestimiento para formar una cavidad quística solitaria alrededor de la corona dental.¹²

Broca relaciono estos quistes con alteraciones del órgano del esmalte durante el periodo odontoplástico. Una vez concluida la formación de la corona de un diente, persistiría el órgano del esmalte que sufriría una degeneración hidrópica de su retículo estrellado resultado por ello la formación de un quiste en torno a la corona del diente y entre esta y el saco folicular.⁴

5.3 HISTOPATOLOGÍA

El contenido quístico es muy variable: puede ser amarillento, hemático lechoso o francamente purulento. Se encuentran cristales de colesterol, proteínas células en estado degenerativo y leucocitos.¹

El volumen que alcanza es muy variable, desde el tamaño de una haba hasta el de un huevo de gallina. Este crecimiento es más rápido en el niño y lento en el adulto.¹

Al estudio microscópico se encuentra una delgada capa de tejido conjuntivo revestida por un epitelio escamoso estratificado no queratinizado o por un epitelio de un grosor de dos a tres células donde a veces se observan células minuciosas y células ciliadas. En ciertos casos el revestimiento epitelial aparece queratinizado, habiéndose encontrado formaciones papiloides constituido por un epitelio con atipias disqueratosicas.⁹

En el tejido conjuntivo adyacente, se puede encontrar islotes de tejido odontogénico con características de estar inactivo, a expensas del cual en un momento dado, se puede desarrollar un ameloblatoma.⁹

Cabe recordar que los quistes dentígeros son ameloblastomas potenciales. La formación de gérmenes en la capa basal del epitelio y el crecimiento papilar externo hacia la luz, pueden ser el comienzo de este tumor dentario.²

Frecuentemente no se encuentra formación de invaginaciones dermoepiteliales, excepto en los casos en que haya infección secundaria. La pared de tejido conectivo a menudo es bastante grueso y se compone de mucho tejido conectivo fibroso flojo o de un tejido mixomatoso colagenizado no denso, cada uno de los cuales algunas veces ha sido diagnosticado erróneamente como un fibroma o un mixoma odontógenos. Un folículo dental hiperplástico no está necesariamente asociado con inflamación. Un aspecto adicional de las paredes de tejido conectivo, tanto de los folículos dentales

normales como la de los quistes dentígeros, es la presencia de varios números de islotes de epitelio odontógeno. Estos están a veces diseminados y obviamente inactivos, mientras que otras veces están presentes en cantidades suficientes para confundirse con un ameloblastoma. 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 de Ruston dentro del epitelio de revestimiento.¹²

Dichos cuerpos son hialinos, con frecuencia curvos, de una apariencia lineal pelicular, con una coloración variable y muchas veces presentan un origen incierto, naturaleza dudosa, y son de importancia desconocida. El contenido del lumen del quiste es por regular un líquido delgado, de color amarillento, en ocasiones teñido con sangre.¹²

No es rara la infección secundaria y puede haber acantosis de las clavijas de la rete asociada con un infiltrado subbasilar de células inflamatorias. Crawford encontró que aproximadamente el 3% de estos quistes estaba relacionado con una delgada capa de queratina adyacente a la luz (queratoquiste odontogenico). La cápsula esta casi siempre compuesta de un tejido conjuntivo colágeno bastante denso en el cual puede haber algunas células inflamatorias, hendiduras de colesterol y células gigantes de cuerpos extraños.

Hadson Gorlin, Marsland y Brown señalaron que algunas veces están revestidos de un epitelio respiratorio o, por lo menos, de células que producen moco. Generalmente se encuentran restos de células odontógenicas dentro del corión subyacente. También se ha observado casos con glándulas sebáceas y folículos linfoides.

La mayoría de los investigadores han defendido un origen intrafolicular, es decir, el crecimiento directo del folículo que envuelve la corona del diente (Lartsheneide, Ries Centeno)¹

Según el tipo de inflamación (aguda o crónica) y su intensidad (leve a grave), el revestimiento epitelial puede convertirse en hiperplásico, atrófico o ulcerado. En la mayoría de los casos la inflamación suele corresponder a una mezcla de células inflamatorias crónicas y agudas.²

5.3.1 FASES DE DESARROLLO DE UN QUISTE DENTÍGERO SEGÚN LA TEORÍA BROCA Y MAGITOT:

1. Durante la fase embrioplástica o sea cuando se forma la sustancia dura del diente. En este caso se presenta sin un diente incluido, lo que correspondería a un quiste primordial, lo cual se ve frecuentemente a nivel de los últimos molares inferiores.
2. Durante el período odontoplástico o sea cuando se formando la sustancia dura del diente. En este caso se observan dientes rudimentarios o incompletos.
3. En el periodo coronal, cuando la corona dental se ha desarrollado completamente. este sería el cuadro clásico de un quiste dentígero corrientemente visto.⁹

5.4 LOCALIZACIÓN

Las localizaciones usuales son el tercer molar del maxilar inferior, el canino y tercer molar del maxilar superior y el segundo premolar del maxilar inferior, aunque también aparece en cualquier otro diente sin salir.¹

Casi siempre afectan dientes permanentes y existen casos ligados a dientes supernumerarios.⁴

Se ubican más frecuentes en el ángulo de la mandíbula, la región de los caninos en la cavidad antral y el piso de la orbita.¹¹

5.5 CLASIFICACIÓN DE LOS QUISTES DENTÍGEROS

Thoma clasificó los quistes dentígeros en tipo central, lateral y circunferencial según la posición en el cual se desarrolla el quiste en relación con la corona dental.

El tipo central, el quiste rodea la corona de forma simétrica, moviéndose en una dirección opuesta a la de su fuerza de erupción. En el tipo lateral, el quiste se desarrolla en el lado mesial o distal del diente y se dilata apartándose del diente envolviendo solo una porción de la corona. Se desarrolla en la parte del órgano del esmalte que persiste después de que la porción que está encima de la superficie oclusal se ha convertido en cutícula dental. Puede incluir al diente o desplazarlo hacia el lado no afectado. El tipo circunferencial, el órgano del esmalte entero alrededor del cuello del diente se hace quístico, permitiendo muchas veces la erupción a través del quiste (como si fuera a través de un agujero en un buñuelo) y produciendo una imagen similar a la del quiste radicular.

Suelen ser solitarios. Sin embargo cuando son múltiples hay que excluir cualquier posible asociación con el síndrome del carcinoma basocelular nevoide múltiple. Puede estar en asociación con la disostosis cleidoncraneal y un tipo raro de amelogenesis imperfecta hipoplásica en el cual hay muchos dientes enterrados (Gorlin y Cols).³

5.6 CLÍNICAMENTE

Son indoloros, salvo que causen infección. El paciente acude al a consulta por la tumoración producida por el crecimiento del quiste, aparente en vestibular, palatino en la cara. La exploración clínica constará la ausencia del diente causante salvo que se trate de un supernumerario- y el posible

desplazamiento de los dientes relacionados con el quiste. En ocasiones el desplazamiento de una prótesis lo que induce al enfermo a consultar.¹

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 infectado no se altera incluso cuando este 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.

Si el quiste se infecta, además del dolor existirán unos signos generales de acuerdo con la agresividad de la infección. La supuración busca salida fistulizándose; la introducción de una sonda a través de este trayecto revela la cápsula epitelial y la dureza típica del diente retenido.

No tienen preferencia por sexos y se detectan entre la segunda infancia y la adolescencia.¹

Aunque las pruebas en la literatura sugieren que el quiste dentígero se producen con mayor frecuencia durante la segunda década de la vida, estas lesiones también se pueden encontrar en niños y adolescentes. La incidencia de quistes dentígero es dos veces mayor en pacientes del sexo masculino en comparación con mujeres.

El diámetro de estos quistes dentígeros varía considerablemente. Se presentan casos con diámetros menores de 2 cm, hasta expansiones masivas de los maxilares donde se produce una significativa deformidad de la región afectada.

A pesar de que los quistes son de expansión lenta, pueden adelgazar considerablemente las láminas corticales y rara vez las erosionan. Cuando las láminas corticales sufren erosión, su palpación permite detectar una masa fluctuante de consistencia gomosa y no vaciable.¹³

La reabsorción radicular de los dientes adyacentes es considerada en el 55% de los casos según reporte de Struthers y Shear.¹³

Cuando un quiste dentígero afecta a un tercer molar mandibular no erupcionado puede causar un “ahuecamiento” de toda la rama y extenderse hasta el proceso coronoide; así provoca una expansión de la lámina cortical por la presión excesiva de la lesión. Al mismo tiempo esta reacción puede provocar el desplazamiento del tercer molar hasta alcanzar algunas veces el borde inferior de la mandíbula.¹³

En caso de un quiste asociado con un canino maxilar, a menudo ocurre expansión de la porción anterior del maxilar y puede confundirse clínicamente con una sinusitis o una celulitis aguda.¹³

5.7 ASPECTOS RADIOGRÁFICOS:

Los factores que influyen en la imagen radiográfica son numerosos e incluyen el tipo de quiste, la localización, la intensidad de destrucción ósea y el quiste está infectado o no.¹

Estructuras anatómicas normales como el seno maxilar, agujero mentoniano y fosa incisiva pueden ser confundidas con quiste sobre todo si presentan alguna variación en cuanto a su posición o formación y son necesarias varias vistas radiográficas para un diagnóstico diferencial. Hay que tomar un mínimo de dos intrabucales formando ángulos rectos entre sí. Lo ideal es tomar también vistas intrabucales oclusales y laterales, así como una vista extrabucal oblicua lateral.

El área afectada se mostrará radiolúcida asociada de alguna manera con una corona dental no erupcionada. La corona dental impactada o no erupcionada puede estar rodeada de modo simétrico por esta radiolucencia aunque es bastante arbitraria. La distinción entre un quiste dentígero de pequeño y un folículo o espacio folicular dental agrandado.³

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

El quiste dentígero se encuentra bien definido con su cortical delimitándolo con nitidez, unilocular, pudiendo desplazar igualmente los dientes vecinos al adquirir cierto tamaño.

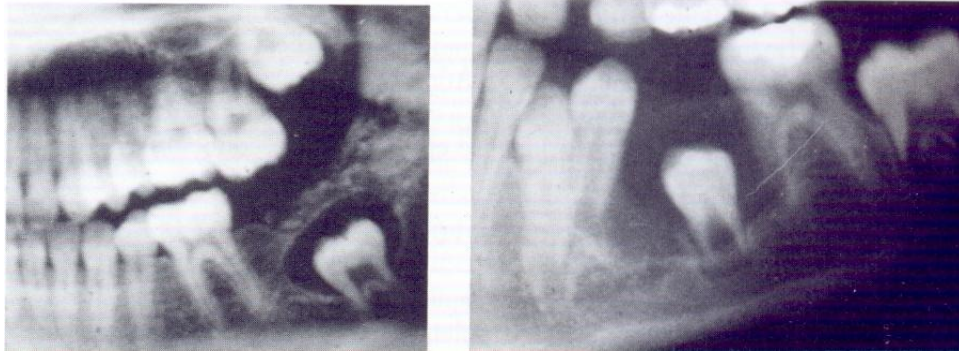
En niños puede haber dificultades diagnósticas ya que los gérmenes dentales pueden proyectarse radiográficamente dentro de un quiste radicular, lo cual no permite una diferenciación entre ambos procesos.

Otras características radiográficas incluyen una demarcación entre la radiolucidez 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 adyacentes, puede apreciarse resorción radicular de los dientes adyacentes (cerca de 50 % de los casos)¹⁰

El quiste dentígero es una lesión lisa unilocular, pero en ocasiones puede presentarse con una apariencia multilocular. De hecho, los diversos comportamientos han sido unidos por la membrana quística continua. Algunas veces el área radiolucida está rodeada por una delgada línea esclerótica que representa una reacción ósea.¹²

La interfase con el hueso circundante posee una capa cortical, indicativa de un crecimiento lento y uniforme. En la mandíbula este quiste puede desplazar al diente asociado en dirección caudal o craneal hacia la rama ascendente de la mandíbula.²

En caso de que existan quistes dentígeros aparentemente múltiples se debe tener cuidado de descartar la posible presencia de un síndrome de queratoquiste odontógeno-nuevo de células basales-costilla bífida.¹²



Patología bucal.Sap.

5.8 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

5.8.1 AMELOBLASTOMA

Neoplasia del epitelio odontógeno agresiva localmente que tiene un amplio espectro de patrones histológicos que se asemejan a la odontogénesis temprana.

El ameloblastoma es una neoplasia benigna derivada de los componentes epiteliales residuales del desarrollo del diente. Su patrón de crecimiento representa muchas de las estructuras y tejido embrionario que aparecen antes de la formación de tejido duro.

El ameloblastoma es una lesión de comportamiento más agresivo que tiene mayor incidencia en adultos entre la 4ta. y la 5ta. década de vida. El maxilar inferior es afectado 4 veces más que el maxilar superior. Es igualmente asintomático, en la radiografía oclusal parcial anterior inferior del caso clínico, se observó una imagen multilocular que sugería pompas de jabón hacia las porciones laterales de la lesión. Aunque no sea patognomónico del ameloblastoma, este aspecto se presenta aproximadamente en el 50 % de los casos (Randal, 1991).²

5.8.2 QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO:

Quistes derivado de los restos (residuos) de la lámina dental, con comportamiento biológico similar al de una neoplasia benigna, revestimiento característico de seis a diez células de espesor y una capa basal de células empalizada junto a una superficie de queratina arrugada.

Se consideró esta entidad debido a que se vincula con dientes sin erupcionar o impactados. Tiene predilección por el sexo masculino y se presenta mayormente en el maxilar inferior en proporción de 2:1 con respecto al maxilar superior. Radiográficamente se puede presentar como una radiolusencia uni o multilocular. Su luz está cargada de queratina por lo que se ve como una imagen nebulosa (School of Dentistry. U. S. C., 1997).²

5.8.3 TUMOR ODONTOGÉNICO ADENOMATOIDE:

Lesión bien circunscrita derivada del epitelio odontógeno que suele presentarse alrededor de las coronas de dientes anteriores no erupcionados en pacientes jóvenes y está constituida por epitelio en remolinos y patrones ductales entremezclados con calcificaciones esféricas.

Esta lesión se presenta habitualmente alrededor de la corona clínica de un diente no erupcionado, especialmente el canino, se localiza con mayor frecuencia en la región anterior 50% en el maxilar y 35% en la mandíbula, puede ocasionar divergencia de las raíces y expansión cortical. Radiográficamente se observa como una lesión radiolúcida unilocular bien limitada, pero puede presentar pequeños focos radiopacos dispersos (Regezi y Sciubba, 1995). Montilla y Rivera en 1998 reportan un caso poco frecuente en un paciente masculino de 19 años de edad, localizado en el maxilar inferior zona anterior, asociado a un canino retenido.²

5.9 TRATAMIENTO

Se determina por lo regular según su tamaño. Las lesiones más pequeñas se quitan quirúrgicamente en toda su totalidad con muy poca dificultad. Los quistes más grandes que conllevan una gran pérdida de hueso y lo adelgazan de manera peligrosa, con frecuencia son tratados mediante la inserción de un drenaje quirúrgico o marsupialización. Este procedimiento origina el alivio de la presión y el gradual encogimiento del espacio quístico por aposición periférica de hueso nuevo.¹²

Las lesiones uniloculares pequeñas se eliminan a través de la osteotomía, extracción del diente impactado y remoción de la lesión. En las lesiones grandes puede ser necesaria una cirugía extensa donde incluso puede haber resección de la mandíbula (Shafer y cols., 1986). Hay dos procedimientos quirúrgicos que se emplean para eliminar estos quistes, marsupialización y enucleación.

El tratamiento común para el quiste dentífero ha sido la eliminación total del quiste incluyendo el diente en cuestión; sin embargo, si la lesión está presente en pacientes jóvenes durante período de la erupción, y la clínica y radiográfica características son indicativos de quiste dentífero, una alternativa tratamiento es el mantenimiento permanente de los dientes y enucleación de la lesión por sí solo, señalando que no es ameloblastoma cambios u otras lesiones odontogénicas se han descartado tras el análisis histopatológico, y un diagnóstico de quiste dentífero se confirma.

5.9.1 ENUCLEACIÓN

Consiste en la remoción completa de un quiste en una única sesión operatoria. La cavidad ósea residual suele curar espontáneamente, mediante

regeneración ósea gracias a un mecanismo de organización del primitivo coágulo hemático que se forma en el postoperatorio.

5.9.1.1 Ventajas

Las ventajas consisten en una solución definitiva de la afección en una sola sesión, con acortamiento de los tiempos de curación.

5.9.1.2 Desventajas

Las desventajas están relacionadas con el hecho de que, en caso de que quiste particularmente extensos y relacionados con estructuras anatómicas importantes (vasos, nervios, seno maxilar, etc.) o con ápices de elementos dentarios vitales existe un riesgo biológico demasiado elevado respecto a los beneficios obtenidos (fractura de la mandíbula, comunicaciones orosinusuales, lesiones neurovasculares, pérdida de vitalidad de dientes) en estos casos está indicada la marsupialización.

5.9.1.3 Técnica

Anestesia local según su localización.

Colgajo de acceso: depende de la posición del quiste, el desarrollo hacia el margen crestal y la salud periodontal de los dientes implicados. Concierno tanto al número de incisiones de descarga como al nivel de la incisión (marginal o sulcular, paramarginal o crestal).

Colgajo lineal sin incisiones de descarga

Esta particularmente indicado en los quistes mandibulares que se desarrolla principalmente en el lado lingual, concretamente en los segmentos

anteriores, donde existe una curvatura favorable (convexa) para la obtención de una buena visibilidad. Puede utilizarse también en el caso de abordaje vestibular, tanto para los quistes anteriores como para los posteriores de la mandíbula, para evitar incisiones de descarga en sectores de riesgo como, por ejemplo, en el foramen mentoniano. Finalmente la incisión lineal está indicada en el abordaje palatino de quistes maxilares superiores que se desarrollan de este lado.

Colgajo con una incisión de descarga

Mejora la visibilidad respecto al colgajo lineal. Cuando es posible, resulta siempre mejor realizar la incisión de descarga en la oposición opuesta a la dirección principal de aportación sanguínea del colgajo. Por tanto, suele ser preferible una incisión de descarga mesial. Esta típicamente indicado en el caso de un abordaje vestibular.

Colgajo con dos incisiones de descarga

Ofrece la máxima exposición en el campo operatorio: está indicado cuando es indispensable una visibilidad óptima. Ya que las dos incisiones de descarga limita la aportación vascular del colgajo.

Colgajo marginal o intrasulcular

Esta indicado en los casos de a) lesión quística que se desarrolla hacia el borde alveolar; b) dientes periodontalmente comprometidos y c) dudas sobre la posibilidad de mantener algunos dientes relacionados con el quiste al final de la intervención. En el primer caso, la incisión será marginal para evitar que al final de la intervención la sutura no se apoye en una zona de hueso sano y

bien vascularizado. En el segundo caso, la incisión marginal facilita la intervención sobre los tejidos periodontales y permite valorar la situación local. En el tercer caso se evita, cuando sea necesaria una extracción, dejar una estrecha banda de encía delimitada por el margen gingival postextracción de un lado y por la incisión paramarginal del otro lado, con escasa aportación vascular.¹⁴

Despegamiento del colgajo y exposición del plano óseo

Se realiza después de la incisión de un colgajo a espesor total, mediante despegadores específicos. Pueden verificarse dos posibilidades en la primera, el quiste no ha erosionado la cortical exterior; en la segunda, el quiste se encuentra en contacto directo con el mucoperiostio. En el primer caso el despegamiento resulta fácil, ya que el plano óseo intacto resulta óptimo para apoyar el despegador. En el segundo caso el despegamiento debe realizarse con cautela ya que, al faltar un plano de apoyo, resulta más difícil identificar el correcto plano de despegamiento. En este caso es útil empezar el despegamiento a partir de las zonas más alejadas de la lesión, donde el hueso está completamente reabsorbido.

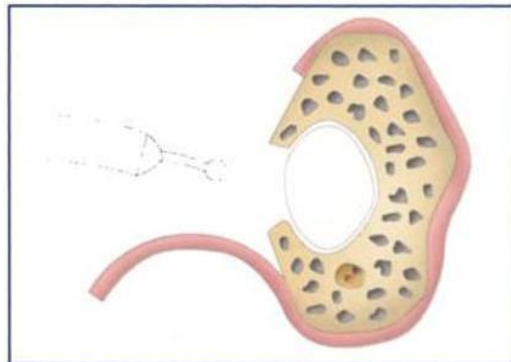


Chiapasco

Ostectomía de acceso

Se realiza habitualmente con una fresa redonda montada en una pieza de mano de baja velocidad. Es preferible optimizar la relación entre

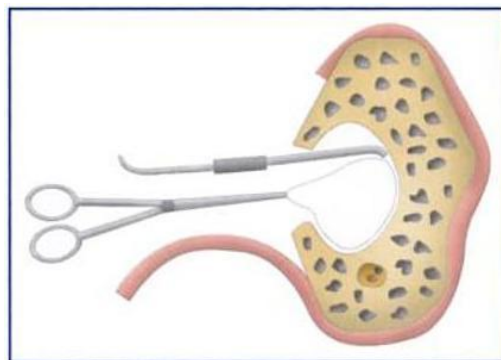
conservación del tejido óseo intacto y una adecuada visibilidad, manteniendo además los márgenes de la osteotomía suficientemente alejados de la incisión de acceso de la mucosa para garantizar una por encima de tejido óseo sano.¹⁴



Chiapasco

Despegamiento del quiste

Una vez identificada la pared quística, se empieza su separación de las paredes óseas (cuando están íntegras) o de los tejidos blandos. Hay que utilizar despegadores rectos o angulados, según las exigencias. Es muy útil mantener bien el contacto con las paredes óseas para evitar desgarros de la pared quística. La remoción del quiste en bloque puede ser útil para reducir riesgo de escisión incompleta, pero no siempre se puede realizar. Aunque se haya eliminado de manera fragmentada, el tratamiento puede resultar eficaz, siempre y cuando se realice una correcta revisión de la cavidad residual.



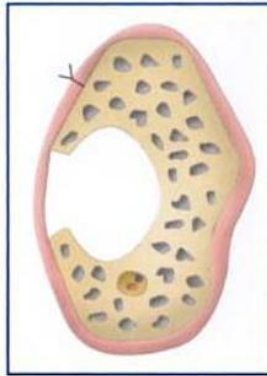
Chiapasco

Revisión de la cavidad

Se realiza mediante curetas quirúrgicas o cucharillas quirúrgicas para eliminar todos los posibles restos epiteliales.¹⁴

Sutura

Un cierre por primera intención es siempre preferible como primera elección. En el caso de quiste infectados puede estar indicado dejar que la lesión cure por segunda intención, dejando parcialmente abierta la herida mediante un drenaje con gasa yodofórmica o un drenaje tubular de material gomoso.



Chiapasco

5.9.2 MARSUPIALIZACIÓN

El principio en el que se basa es en el de crear una amplia comunicación entre la cavidad quística y la cavidad oral, con la consiguiente eliminación de la presión intraquística. El descenso de la presión causará un bloqueo de la actividad osteoclástica y una estimulación de la reparación con la activación de los osteoblastos, con una progresiva reducción de las dimensiones de la lesión. Además la técnica de marsupialización permite un análisis histológico de la porción del quiste eliminado.

5.9.2.1 Indicaciones:

- Casos en los que la enucleación presenta considerables riesgos intraoperatorios (fractura yatrogenica de la mandíbula por la particular extensión del quiste, lesiones neurovasculares, lesiones de dientes vitales en relación con el quiste.
- Quistes dentígeros que contienen elementos dentarios funcionalmente importantes que deben recuperarse en la arcada como, por ejemplo, canino y premolar.

5.9.2.2 Ventajas

Entre sus ventajas se encuentra la simplicidad de la ejecución (posible realización con anestesia local, incluso en lesiones de grandes dimensiones), el riesgo reducido de fracturas yatrogenicas y de lesiones neurovasculares, y la eliminación del riesgo de pérdida de vitalidad de dientes vitales en relación directa con la lesión.¹⁴

5.9.2.3 Desventajas

Las desventajas de la marsupialización son la lenta resolución de la patología, con malestar de los pacientes, puesto que se crea una cavidad accesoria en la cavidad oral de difícil limpieza, con obvios problemas de acumulación de alimentos, hialitosis, etc.

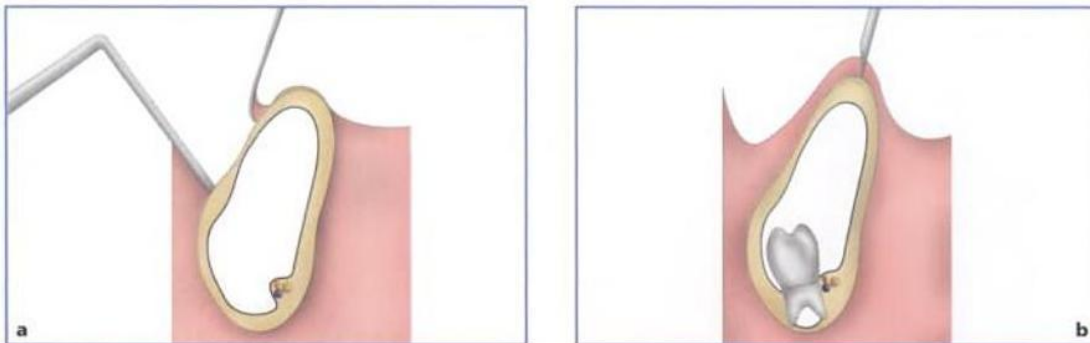
5.9.2.4 Técnica

Se trata de una escisión de los tejidos blandos y de una pared quística para crear una amplia comunicación entre el quiste y la cavidad oral.

El acceso para el quiste no asociado con dientes no incluidos debería realizarse en una zona de fácil acceso y desde la cual se pueda garantizar una favorable limpieza de la cavidad quística comunicante con la cavidad oral. En el caso en que la marsupialización tenga por finalidad la recuperación de dientes incluidos funcionalmente importantes asociados a quistes foliculares, se realizará una incisión crestral en relación con el espacio edéntulo correspondiente al diente incluido.

Ostectomía de acceso y apertura del quiste

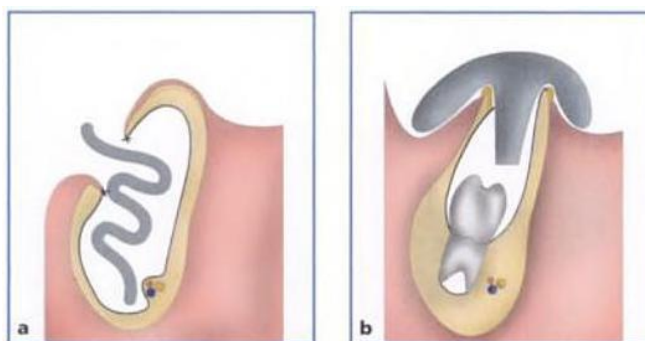
En el caso de que el quiste no haya erosionado la pared ósea, se realizara con una fresa una brecha suficientemente amplia con las mismas modalidades explicadas para la enucleación. Si los dientes asociados con el quiste a marsupializar deben ser extraídos, la apertura puede realizarse a través de los alvéolos postextracción. Una vez expuesto el quiste, se eliminará una pared con el vaciado inmediato del líquido intraquístico. Esto sucede en la base del principio de curación, invirtiendo la actividad osteoclástica correlacionada con la presión hidrostática en una actividad osteoblástica, que llevará una progresiva reducción de la cavidad quística.



Chiapasco

Mantenimiento de la apertura

En el postoperatorio es fundamental mantener una amplia comunicación para impedir un cierre espontáneo de la brecha creada. Esto se puede obtener mediante la extremidad de una gasa, que se mantendrá durante algunas semanas (sustituyéndola periódicamente), o bien con aparatos de resina específicos. La fase de regeneración ósea de la periferia de la lesión se iniciará en breve: la curación completa espontánea puede requerir de mucho tiempo. Como alternativa, una vez obtenida una reducción del tamaño de la cavidad quística suficiente para reducir el riesgo de lesionar estructuras anatómicas circundantes, se podrá acelerar la curación completando el tratamiento con una enucleación de la pared quística residual.¹⁴



Chiapasco

5.9.3 TÉCNICA COMBINADA

Puede ser una buena alternativa, consiste en la inicial marsupialización seguida por la enucleación, una vez reducido el volumen del quiste, con la disminución de los riesgos indicados anteriormente. Además la marsupialización inicial provoca con frecuencia el espesamiento del epitelio quístico, lo que simplifica su enucleación posterior y reduce el riesgo de dejar restos epiteliales de la pared, que pueden ser una posible causa de recidivas.¹⁴

5.10 COMPLICACIONES DE UN QUISTE

Stephens y otros afirmaron el riesgo a desarrollar un quiste dentígero asociado con un tercer molar no erupcionado ha sido ampliamente recalado. Girod y otros señalaron la necesidad de investigaciones adicionales que permitan identificar factores de riesgo para extraer selectivamente el tercer molar retenido, ante el peligro de que un quiste grande se desarrolle y calcular el riesgo cuando un tercer molar asintomático es dejado en su sitio.

Los quistes dentígeros pueden provocar una considerable dilatación generalmente indolora, de la lámina externa. Los que tienen su origen en la región antral presentan a veces algunas dificultades para el diagnóstico.

Las posibles complicaciones de un quiste dentígero sin tratamiento son de importancia considerable. Es posible la transformación del revestimiento epitelial del quiste dentígero a un ameloblastoma. En raras ocasiones, se nota la transformación displásica o carcinomatosa del epitelio de revestimiento: en casos en los cuales están presentes células mucosas, se cree que existe la posibilidad de que se desarrolle un carcinoma mucoepidermoide intraóseo¹⁰

Dachi y Howell indicaron que 37% de los terceros molares mandibulares impactados y 15% de los maxilares impactados radiográficamente mostraron una radioluscenciacircumucoronal, ya que esta era lo suficientemente grande para ser considerada como un quiste dentígero en aproximadamente 10 % de los caso.¹²

Un quiste dentígero puede estar encerrado en un odontoma compuesto o complejo o afectando a un diente supernumerario.

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 reabsorción radicular de los dientes adyacentes y el dolor son secuelas posibles provocadas por el continuó 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 cortical causada por la presión excesiva de la lesión.¹⁰

Los dientes adyacentes al quiste son desplazados y sufre rarefracciones apicales e incluso auténticas rizólisis.¹⁵

En caso de un canino quiste asociado con un maxilar, a menudo ocurre expansión de la porción anterior del maxilar superior y puede asemejarse superficialmente a una sinusitis o una celulitis aguda.¹²

Cuando un quiste dentífero afecta a un tercer molar mandibular no erupcionado puede causar un “ahuecamiento” de toda la rama y extenderse hasta el proceso coronoide; así provoca una expansión de la lámina cortical por la presión excesiva de la lesión. Al mismo tiempo esta reacción puede provocar el desplazamiento del tercer molar hasta alcanzar algunas veces el borde inferior de la mandíbula.¹³

En el maxilar inferior a consecuencia de un quiste dentífero de la zona molar puede llegar a producirse una resorción casi total de la rama ascendente, con el desplazamiento del molar. Un quiste dentífero en un canino superior produce expansión de la porción anterior del maxilar superior y puede semejarse a una celulitis o a una sinusitis. En el maxilar superior puede invadir el seno maxilar y producir una sinusitis, también puede progresar hacia las fosas nasales y la fosa pterigomaxilar produciendo dolor e infección en ocasiones produciendo supuración y fístulas al exterior. Además, la posibilidad de recurrencia después de realizar una remoción quirúrgica incompleta.

Estas incluyen: 1) desarrollo de un ameloblastoma ya sea a partir del epitelio de revestimiento o de los restos del epitelio odontogénico en la pared del quiste; 2) desarrollo de un carcinoma epidermoide a partir de las mismas dos fuentes de epitelio y 3) el desarrollo de un carcinoma mucoepidermoide, básicamente de un tumor maligno de glándulas salivales, a partir del epitelio de revestimiento del quiste dentífero, el cual contiene células secretoras de moco o al menos células que presentan este potencial, vistas con más frecuencia en los quistes dentíferos asociados con terceros molares mandibulares impactados.⁹

5.11 PRONÓSTICO

Cuando se trata de lesiones pequeñas, el pronóstico es bueno ya que se elimina quirúrgicamente sin dificultad y en su mayoría no hay recidiva. Mientras que si las lesiones son grandes, el pronóstico es reservado ya que conllevan una gran pérdida ósea y adelgazan peligrosamente al hueso, existiendo el riesgo de producir fractura patológica del maxilar comprometido (School of Dentistry. U.S.C., 1997). También es importante destacar que los quistes odontogénicos tienen que ser considerados una posible fuente de enfermedades metastásicas (Manganaro y cols., 1997).

CAPÍTULO 6

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 8 años de edad.

Acude a clínica por presentar aumento de volumen en región mandibular izquierdo correspondiente a órgano dentario 75 anteriormente en tratamiento de operatoria dental, el aumento de volumen tenía un mes de evolución el paciente no refiere sintomatología dolorosa pero si refiere parestesia de la región mentoniana izquierda razón principal por la que acude a revisión.

Clínicamente presenta expansión cortical vestibular mandibular izquierda que abarca desde órgano dentario 73 a órgano dentario 36, bien localizada, sin cambios de color en la mucosa oral, y ligera expansión de macizo facial.



Fuente propia



Fuente propia

El paciente no presenta antecedentes heredofamiliares de importancia para su padecimiento actual.

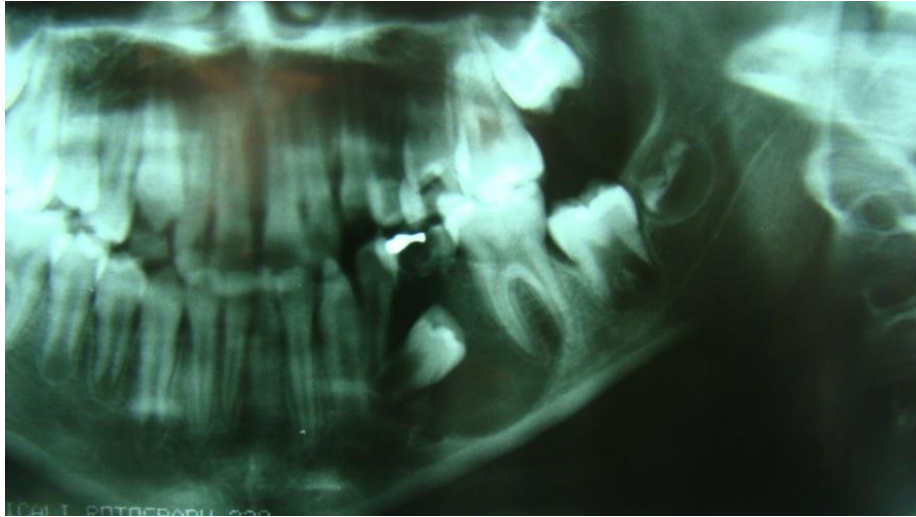
Niega antecedentes patológicos personales, niega transfusionales o traumáticos quirúrgicos

Nacida en embarazo normal, cumpliendo su periodo de gestación sin complicaciones previas de la madre.

Los exámenes de laboratorio se encontraron dentro de parámetros normales.

Radiográficamente.

Presenta lesión radiolúcida bien circunscrita que rodea al OD 35 e implicando a los OD 33, 34 y 36 así como al OD deciduo 75 se observa adelgazamiento importante del borde basal mandibular e implicación del nervio mentoniano.



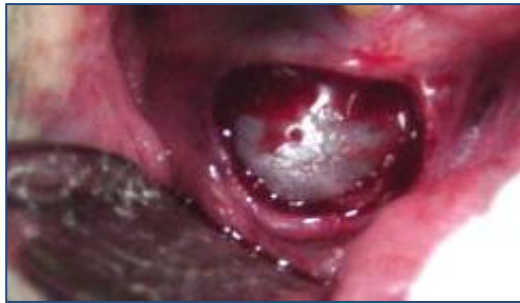
Fuente propia

Tratamiento

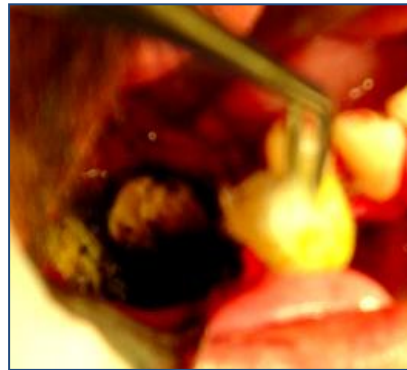
Se programa para quirófano ya que la lesión es de tamaño importante abarcando el borde basal mandibular con el riesgo de fractura y se pretende la biopsia excisional de la lesión además de la edad del paciente. Se inicia el procedimiento quirúrgico mediante la intubación orotraqueal al primer intento para AGIB, Se realiza asepsia y antisepsia de la región, se colocan campos estériles de la manera acostumbrada, se procede a realizar incisión semineuman se levanta colgajo mucoperiosteico, exponiendo en su totalidad la lesión la cual se extirpa totalmente y se realiza la extracción del órgano dentario implicado se hace tratamiento de la cavidad y se sutura. No existieron accidentes o complicaciones y el paciente pasa a recuperación ventilando por sus propios medios.



Fuente propia



Fuente propia



Fuente propia

El espécimen de manda estudio histopatológico dando como resultado quiste dentígero.

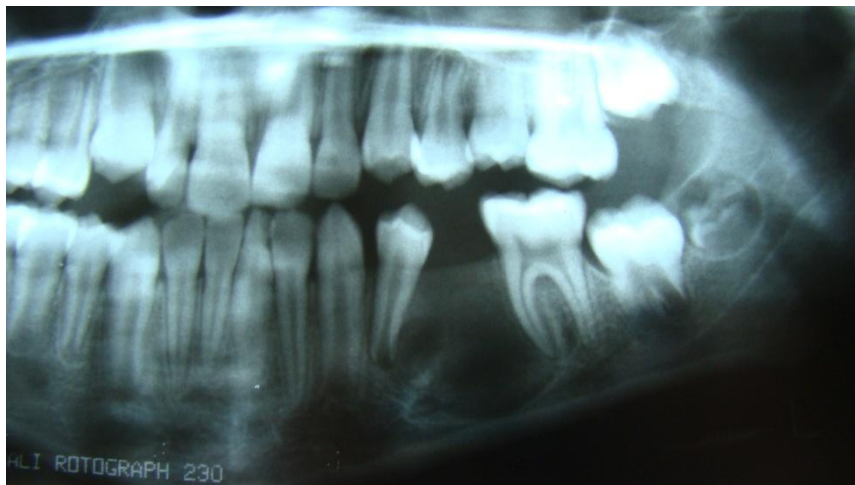


Postoperatorio.

Se medica con antibioterapia y analgésicos se dan citas posteriores para llevar un control.

Fisioterapia regional, masajes y ejercicios en la región y desapareció la parestesia. Se toman radiografías de control cada 4 meses sin cambio aparente.

Al mes presenta adecuada cicatrización, y al año se vuelve a realizar estudio radiográfico en la cual no se presenta recidiva y hay formación de hueso.



Fuente propia

DISCUSIÓN

En niños la frecuencia de los quistes odontogénicos es relativamente bajo. Shear ha estimado que alrededor del 9% de dentígero y el 1% de los quistes radicales se producen en la primera década de la vida, mientras que según Donath, sobre el 4% de dentígero y menos del 1% de los quistes radicales aparecen en este período de vida. Los quistes radicales que impliquen la dentición primaria son extremadamente raros.¹³

El exudado inflamatorio conduce a la formación de un quiste dentígero.

Como se desprende de la literatura, un quiste folicular ocurre con más frecuencia en niños que niñas. Se produce a partir de entre 6-12 años de edad y es diez veces más probable que ocurra en la parte inferior de la mandíbula. Los quistes son más frecuentes en la región premolar, mientras que los molares primarios son destruidos por la caries. En la medida en que sigue siendo pequeño el quiste es asintomática y generalmente sólo se encuentran por casualidad, por ejemplo, durante la radiografía de rutina para ortodoncia. En general, un quiste puede provocar una inflamación bucal intraoral, mientras que al mismo tiempo puede causar una elasticidad de los huesos. Es necesario distinguir el saco folicular agrandado y el quiste dentígero.¹⁰

Dachi y Howell mostraron que el 37% de los terceros molares impactados del maxilar inferior y el 15 % de los del maxilar superior tenían una zona de radiotransparencia pericoronal. Sin embargo, solamente el 11% era bastante grandes para ser considerados como quistes dentígeros. Normalmente se considera que es necesaria una anchura del espacio pericoronal de 2.5 mm o más como requisito mínimo para el diagnóstico de un probable quiste dentígero.³

La preservación del diente implicado en un quiste dentígero y la enucleación del total de la lesión es una alternativa quirúrgica, con previsible y estable, los resultados clínicos y radiográficos. Este tratamiento podría utilizarse como un tratamiento conservador para el quiste dentígero permitiendo la erupción normal de la dentición permanente.

Se ha publicado que el 2.6% de pacientes con uno o más dientes no erupcionados presentan quistes dentígeros, estimándose que produce cambios quísticos dentígeros en el 0.81% de terceros molares impactados. El tamaño de los quistes varía considerablemente desde menos de 2 cm de diámetro hasta expansiones masivas de los maxilares.¹⁶

Los quistes gingival, periodontal, dentígero, primordial y fisura están generalmente tapizados por epitelio escamoso estratificado no queratinizante situado sobre tejido conjuntivo fibroso denso mientras que el quiste dermoide esta tapizado por epitelio estratificado no queratinizante situado sobre un tejido conjuntivo fibroso denso mientras que el quiste dermoide esta tapizado por epitelio escamoso estratificado queratinizado y apéndice cutáneos.¹

CONCLUSIÓN

Por lo tanto un quiste dentígero es un quiste odontógeno que rodea la corona de un diente impactado; se debe a la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la superficie del esmalte, produciéndose un quiste en cuya luz está

situada la corona mientras la raíz o raíces permanecen pro fuera.

El quiste dentígero es frecuente en la 3^a y 4^a década de la vida, pero también ha sido reportado en niños entre 9 y 14 años de edad.

El quiste dentígero es más común que se desarrolle en torno a la corona del 3 er molar mandibular. Pero en algunos casos también puede desarrollarse en otras áreas de la mandíbula.

El abandono por más de un año puede permitir la expansión de quiste dentígero para producir incidencias en torno a otras estructuras de la cavidad bucal como puede ser rama de la mandíbula.

La expansión del hueso con la subsecuente asimetría facial, desplazamiento de estructuras, intensa reabsorción radicular de los dientes adyacentes y dolor, son posibles consecuencias provocadas por el continuo agrandamiento del quiste.

El tratamiento del quiste dentígero depende de su tamaño, ubicación y variable a menudo requiere de eliminación del hueso para garantizar la eliminación total del quiste.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donado Rodriguez M. 2ª edición, Cirugía Bucal, editorial Masson pag 575-579.
2. Philp Sapp J, Lewis R.Eversole, G.P.Wysocki, Patología oral y maxilofacial contemporánea, editorial Harcourt España 1997.pag 39-43.
3. Henry M.Goldman D.M.D, Patología Oral Salvat editors S.A. 1983 8a edición Barcelona España pag 489-493
4. López Arranz J.S Cirugía Oral, editorial Mc Graw Hill 1era edición 1991, pag 317-324.
5. Velayos J,L, 3a edición, Anatomía de la Cabeza, editorial Medica Panamericana pag 53-56,160-173
6. Fuentes Santoyo R, De Lara Galindo S, Corpus Anatomia Humana General editorial trillas paginas tomo I 297-303, tomo III 1306
7. Rouvier H, Delmas A 10a edición, editorial Masson 1999 pag.87-93, 140-141,184-235.
8. María Margarita Sonn G.L, Quiste Dentigero,Revista de la Academia Colombiana de Radiología Oral y Maxifacial No. 1, Julio de 2002
9. Saidner Montilla O,Tratado de Cirugía Oral Y maxilofacial, 1a edición Said, editorial Amolca 2007.
10. Patología Bucal, Joseph A. Regezzi, editorial Mc Graw Hill 1991 1ª edición pag 317-324.
11. Kruger O G, Cirugia Bucomaxilofacial, editorial Panamericana 5ª edición Abril 1998 Bogota pag 328-239
12. Dr. William G Shafer, Tratado de Patología Bucal, editorial Mc Graw Hill 4ª edición 1987 pag 264-270

13. Leyva HER, Tapia VJL, Quezada RD, Ortíz RE, Factores involucrados en el desarrollo y expansión del quiste periapical Rev Odont Mex 2006; 1(1): 36-41
14. Chiapasco M, Cirugía Oral Texto y Atlas en Color, editorial Masson 2004 pag. 299 -243.