



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES UNIDAD
LEÓN**

**TEMA: QUISTE NASOPALATINO. PRESENTACIÓN DE UN
CASO CLÍNICO.**

FORMA DE TITULACIÓN: TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ODONTOLOGÍA**

P R E S E N T A:

EDITH VIOLETA GUEVARA LÓPEZ

TUTOR: MTRO. FERNANDO TENORIO ROCHA

ASESOR: MTRA PAOLA CAMPOS IBARRA

LEÓN, GUANAJUATO

2018





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios y mi a mi Abuela quienes estuvieron siempre a mi lado guiando mis pasos, amor puro que siempre he sentido arder en mi corazón, ese rayo de sol que me resplandecía todos los días.

A mi madre, implacable guerrera ante mis ojos, siempre brindándome el apoyo y amor que necesite para culminar mis metas, por ti todo mi esfuerzo valió la pena.

A mi padre, hombre de gran ímpetu, quien me enseñó valorar la vida, por su constancia y dedicación en convertirme en persona de bien.

A mis hermanos, a quienes quiero con todo el corazón a mi muy rara manera, que mis logros sean para ellos una motivación para ver que todo se puede lograr.

A Itzel Alejandra, amiga incondicional en los buenos y malos momentos.

A Elías Rafael, mi compañero de vida, con quién siempre estuve unida por un hilo rojo invisible.

A mis pacientes, quienes pusieron su salud y confianza en mis manos, haciéndome amar cada día más esta bella profesión.

A los Mtros Fernando Tenorio Rocha y Paola Campos Ibarra, quienes estuvieron de principio a fin durante mi formación académica apoyándome con sus enseñanzas.

A todos mis profesores quienes dejaron lo mejor de ellos en mí.

A la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León de la UNAM, mi máxima casa de estudios, por haberme brindado las mejores herramientas humanas y materiales para mi formación.

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.....	5
1. ANATOMIA DEL SECTOR ANTERIOR.....	6
2. ODONTOGÉNESIS.....	7
2.1 MORFOGÉNESIS.....	8
2.2 ESTADIO DE BROTE O YEMA DENTARIA.....	9
2.3 ESTADIO DE CASQUETE.....	10
2.4 ESTADIO DE CAMPANA.....	12
2.5 ESTADIO TERMINAL O DE FOLÍCULO DENTARIO.....	15
3. DEFINICIÓN DE QUISTE.....	16
4. CLASIFICACIÓN DE QUISTES DE LA CAVIDAD ORAL.....	17
4.1 QUISTES INFLAMATORIOS.....	19
4.1.1 QUISTE RADICULAR.....	20
4.1.2 QUISTE RESIDUAL RADICULAR.....	21
4.1.3 QUISTE INFLAMATORIO PARADENTAL.....	22
4.2 QUISTES NO EPITELIALES DEL DESARROLLO ODONTOGÉNICO.....	24
4.2.1 CAVIDAD IDEOPÁTICA DE STAFNE.....	24
4.2.2 QUISTE ÓSEO SOLITARIO.....	25
4.2.3 QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO.....	26
4.3 QUISTES EPITELIALES DEL DESARROLLO ODONTOGÉNICO.....	28
4.3.1 QUISTE GINGIVAL DEL RECIEN NACIDO.....	28
4.3.2 QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO.....	29
4.3.3 QUISTE DENTÍGERO.....	31
4.3.4 QUISTE DE ERUPCIÓN.....	32
4.3.5 QUISTE PERIODONTAL LATERAL.....	33
4.3.6 QUISTE GINGIVAL.....	34
4.3.7 QUISTE ODONTOGÉNICO GLANDULAR.....	35
4.4 QUISTES NO ODONTOGÉNICOS.....	36
4.4.1 QUISTE NASOLABIAL.....	37
4.4.2 QUISTE NASOPALATINO.....	38
5. CASO CLÍNICO.....	41
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	41
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	41
5.3 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.....	41
5.4 HISTOPATOLOGÍA.....	50
5.5 RESULTADOS MONITOREADOS A MEDIANO Y LARGO PLAZO.....	55
6. DISCUSIÓN.....	56
7. CONCLUSIÓN.....	58

8. AGRADECIMIENTOS ESPECIALES.....	59
9. BIBLIOGRAFÍA.....	60

INTRODUCCIÓN.

Un quiste es definido como una cavidad patológica recubierta por epitelio y/o tejido conectivo que por lo general contiene material líquido o semilíquido, semisólido o gaseoso y que puede derivar de la arquitectura odontogénica normal o haber sido incluido durante el periodo embrionario.

El quiste nasopalatino deriva de los restos epiteliales del conducto nasopalatino, es el tipo de quiste no odontogénico más común de la cavidad oral representando el 32.8%-68.8% de los mismos, se ubica en la zona maxilar anterior entre las raíces de los incisivos como una lesión radiolúcida en forma de corazón o de pera; afecta un amplio rango de edad pero aparece con mayor frecuencia entre la cuarta y sexta década de vida con una notable predilección masculina. La mayor parte son asintomáticos y son descubiertos durante un examen radiográfico de rutina, son de lento crecimiento ocasionando protusión labial superior con una subsecuente apariencia antiestética.

Su tratamiento consiste en la enucleación quirúrgica, tratamientos de conductos de los dientes afectados, así como el estudio histopatológico para determinar el diagnóstico final.

El objetivo de este trabajo terminal es demostrar el manejo interdisciplinario de un paciente con una lesión osteolítica de grandes dimensiones, así como diagnosticar, establecer un plan de tratamiento interdisciplinario, evaluar rutas clínicas para manejo del paciente y analizar resultados a mediano y largo plazo.

1. ANATOMÍA DEL SEGMENTO ANTERIOR.

El cráneo y la cara albergan y protegen un órgano vital: el cerebro, así como la entrada a la vía respiratoria, digestiva y los órganos de los sentidos especializados.¹

Se divide en dos porciones: neurocráneo y viscerocráneo; el primero está constituido por los huesos o parte de ellos: frontal, parietal, esfenoides, temporal, occipital mientras que el viscerocráneo incluye las porciones iniciales de los sistemas digestivos y respiratorios en total 14 huesos de la cara, 1 hueso hioides y 6 osículos del oído.²

Para su descripción global en su aspecto externo se emplean cinco visiones: visión inferior o basal, visión frontal o anterior, visión posterior u occipital, visión lateral y visión superior o vertical.¹ La visión inferior o basal corresponde a la base del cráneo (quitando la mandíbula y demás huesos de la cara) en donde el maxilar a través de la apófisis palatina en la línea media une las dos hemimaxilas formando de esta manera la sutura palatina media; sobre la cara nasal o superior existe una saliente,

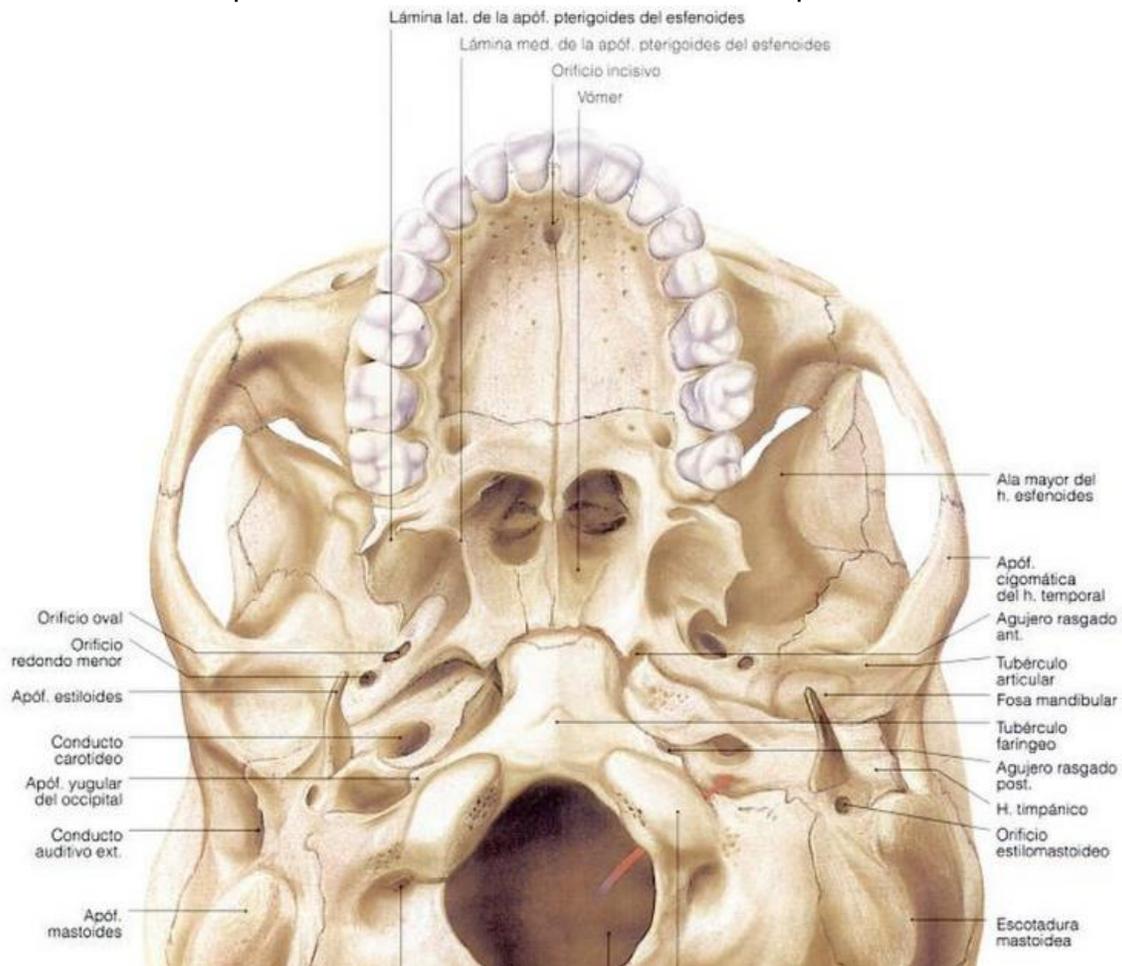


Ilustración 1 Visión basal o inferior del cráneo óseo.¹

la cresta nasal maxilar, que termina hacia adelante en una prolongación, detrás de la espina nasal anterior se observa el canal que con el de la otra hemimaxila forma el canal incisivo o conducto palatino anterior por donde pasan el nervio y la arteria nasopalatinos..^{1,2} Ilustración 1.

Por la cara palatina se presenta como un orificio ovalado con longitud de 1 cm y un diámetro de 5 mm, se bifurca en dos conductos secundarios laterales que desembocan en las cavidades nasales a cada lado de la cresta nasal.^{1,2}

La localización de este conducto puede variar desde la altura de la cresta alveolar hasta el nivel del periápice de los incisivos centrales superiores sobre la línea media.²

2. ODONTOGÉNESIS.

Los dientes se desarrollan a partir de brotes epiteliales, dos tipos de células epiteliales bucales que se forman en la porción anterior de los maxilares y luego en la porción posterior. Poseen una forma determinada de acuerdo con el diente al que darán origen y tienen una ubicación precisa en los maxilares, pero todos poseen un plan de desarrollo común que se realiza en forma gradual y paulatina.^{3,4}

Las dos capas germinativas que participan en la formación de los dientes son:

- El epitelio ectodérmico, que origina el esmalte
- El ectomesénquima que forma los tejidos restantes: complejo dentinopulpar, cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar.

El fenómeno inductor es el esencial para el comienzo de la organogénesis dentaria y este es ejercido por el ectomesénquima o mesénquima cefálico (denominado así porque son células derivadas de la cresta neural que han migrado hacia su región cefálica) sobre el epitelio bucal (de origen ectodérmico) que reviste al estomodeo o cavidad bucal primitiva.^{3,4}

Se distinguen dos procesos:

- La morfogénesis o morfodiferenciación: desarrollo y formación de los procesos coronarios y radicular, como resultado de la división, el desplazamiento y la organización en distintas capas de las poblaciones celulares, epiteliales y mesenquimatosas implicadas en el proceso.
- La Histogénesis o citodiferenciación: formación de los distintos tipos de tejidos dentarios: el esmalte, dentina y pulpa en los patrones previamente formados.³

2.1 MORFOGÉNESIS.

- **Desarrollo y formación del patrón coronario.**

El ciclo vital de los dientes comprende una serie de cambios químicos morfológicos y funcionales que comienzan en la sexta semana de vida intrauterina (cuarenta y cinco días aproximadamente) y que continúan a lo largo de toda la vida del diente. La primera manifestación consiste en la diferenciación de la lámina dental, a partir del ectodermo que tapiza la cavidad bucal primitiva o estomodeo. ^{3,4}

El epitelio ectodérmico bucal hasta ahora constituido por dos capas: una superficial de células aplanadas y otra basal de células altas, conectadas al tejido conectivo embrionario o mesénquima por medio de la membrana basal. ³

Inducidas por el ectomesénquima subyacente, las células basales de este epitelio bucal proliferan a todo lo largo del borde libre de los futuros maxilares, dando lugar a dos nuevas estructuras: la lámina vestibular y la lámina dentaria. ^{3,4}

- **Lámina vestibular:** sus células proliferan dentro del ectomesénquima, se agrandan rápidamente, degeneran y forman una hendidura que constituye el surco vestibular entre el carrillo y la zona dentinaria.
- **Lámina dentaria:** merced a una actividad proliferativa intensa y localizada, en la octava semana de vida intrauterina, se forman en lugares específicos 10 crecimientos epiteliales dentro del ectomesénquima de cada maxilar. De esta lámina también se originan los 32 gérmenes de la dentición permanente alrededor del quinto mes de gestación

Los gérmenes dentarios siguen en su evolución una serie de etapas que, de acuerdo a su morfología, se denominan: estadio de brote macizo (o yema), estadio de casquete, estadio de campana y estadio de folículo dentario, terminal o maduro. ³

2.2 ESTADIO DE BROTE O YEMA DENTINARIA.

Periodo de iniciación y proliferación breve y casi a la vez aparecen diez yemas o brotes en cada maxilar. Son engrosamientos de aspecto redondeado que surgen como resultado de la división mitótica de algunas células de la capa basal del epitelio en las que se asienta el crecimiento potencial del diente. Estos serán los futuros órganos del esmalte que darán lugar al único tejido duro de naturaleza ectodérmica del diente, el esmalte.^{3,5} Ilustración 2

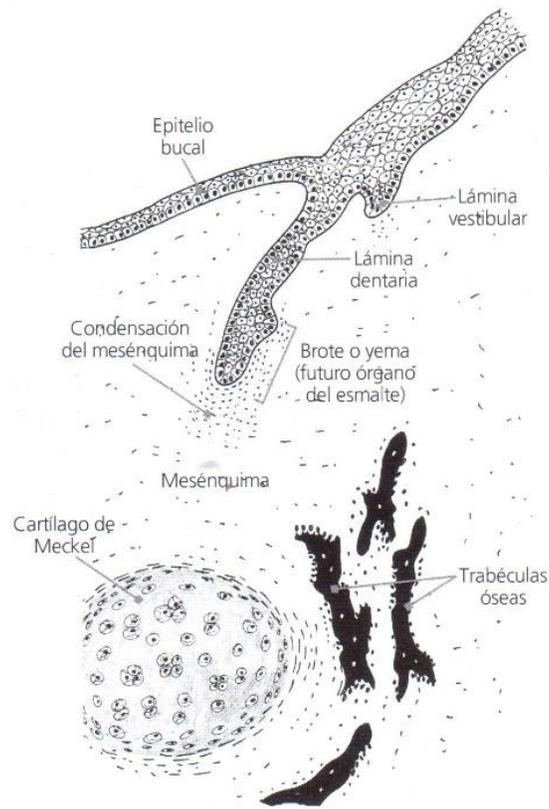


Ilustración 2 Estadio de brote o yema dentaria.³

La estructura de los brotes es simple, en la periferia se identifican células cilíndricas y en el interior son de aspecto poligonal con espacios intercelulares muy estrechos. Las células del ectomesénquima subyacente se encuentran condensadas por debajo del epitelio de revestimiento alrededor del brote epitelial (futura papila dentaria). Histoquímicamente. Se caracteriza por un alto contenido de glucógeno, típico de los epitelios en proliferación. Las granulaciones PAS + son abundantes en las capas intermedias y muy escasas o nula en las células basales.³

2.3 ESTADIO DE CASQUETE.

Proliferación desigual del brote (alrededor de la novena semana) a expensas de sus caras laterales o bordes, determina una concavidad en su cara profunda por lo que adquiere el aspecto de un verdadero casquete. Su concavidad central encierra una pequeña porción del ectomesénquima que lo rodea; es la futura papila dentaria, que dará origen al complejo dentinopulpar.³⁻⁵

Histológicamente se pueden distinguir el epitelio externo, epitelio interno y el retículo estrellado del órgano del esmalte u órgano dental. Ilustración 3.

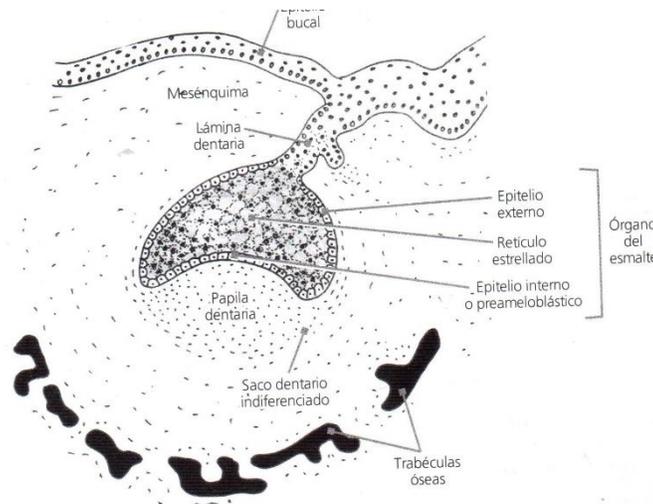


Ilustración 3 Estadio inicial de casquete.³

- **Epitelio externo:** Constituido por una sola capa de células cuboideas bajas, dispuestas en la convexidad que están unidas a la lámina dentaria por una porción de epitelio, llamada pedículo epitelial.
- **Epitelio interno:** Dispuesto en la concavidad y está compuesto por un epitelio simple de células más o menos cilíndricas bajas. Estas células aumentarán en altura, en tanto su diferenciación se vuelve más significativa. Se diferencian en ameloblastos, de ahí que suele denominarse epitelio interno, preameloblástico o epitelio dental interno.

El contenido de ARN y la actividad de las enzimas hidrolíticas y oxidativas incrementa en el estadio de casquete a medida que las células preameloblásticas del epitelio interno se alargan.

- **Retículo estrellado:** Formado por el aumento del líquido intercelular, consistido por células de aspecto estrellado cuyas prolongaciones se

anastomosan formando un retículo. Las células están unidas mediante desmosomas, conformando una red celular continua. Ilustración 3

A esta capa se le asigna la función metabólica y morfogenética. El tejido conectivo embrionario que hay en el interior de la concavidad, por influencia del epitelio proliferativo se condensa por división celular y aparición activa de capilares, dando lugar a la papila dentaria; futura formadora del complejo dentinopulpar.³ Ilustración 3.

La papila se encuentra separada del epitelio interno del órgano del esmalte por una membrana basal, que representa la localización de la futura conexión amelodentinaria. El tejido mesenquimático que se encuentra inmediatamente por fuera del casquete, rodeándolo casi en su totalidad, salvo en el pedículo, también se condensa volviéndose fibrilar y forma el saco dentario primitivo o folículo dental. El órgano del esmalte, la papila y el saco constituyen en conjunto el germen dentario.^{3,4}

Al terminar esta etapa, en el epitelio interno del órgano del esmalte se hace un acumulo de células (nudo) de donde una prolongación llamada cuerda del esmalte, que termina en una muesca en el del epitelio externo, conocida como el ombligo del esmalte. Estructuras temporales que más tarde sufrirán una regresión o involución.^{3,4} Ilustración 4.

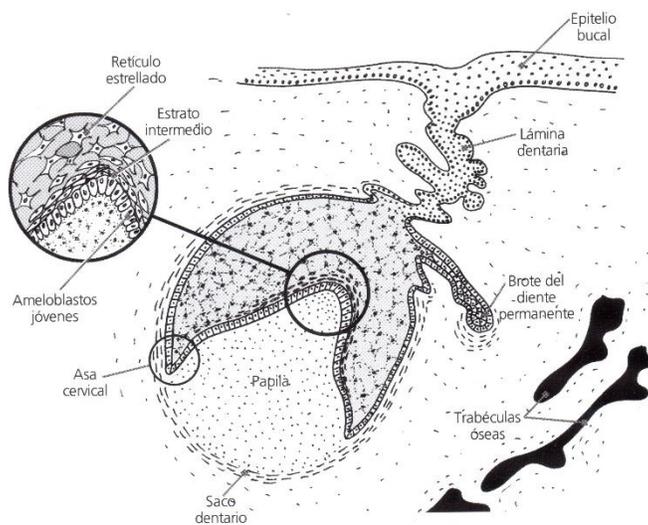


Ilustración 4 Etapa terminal de casquete.³

En la etapa de casquete se dan entonces tres estructuras embrionarias fundamentales para el desarrollo dentinario:

- 1.- Órgano del esmalte, origen: ectodermo; epitelio externo, retículo estrellado, epitelio interno o preameloblástico.
- 2.- Esbozo de papila dentaria, origen: ectomesénquima
- 3.- Esbozo de saco dentario, origen, ectomesénquima.³

2.4 ESTADIO DE CAMPANA.

Tiene lugar dentro de las 14 a 18 semanas de vida intrauterina. Se acentúa la invaginación del epitelio interno adquiriendo aspecto típico de una campana. Es posible observar modificaciones estructurales e histoquímicas en el órgano del esmalte, papila y saco dentario. Por lo que se permite considerar en el estadio de campana una etapa inicial y otra más avanzada, donde se hacen más evidentes los procesos de morfo e histodiferenciación.³⁻⁵ Ilustración 5

- **Órgano del esmalte:** En la etapa inicial, el órgano del esmalte presenta una nueva capa: el estrato intermedio, situada entre el retículo estrellado y el epitelio interno.

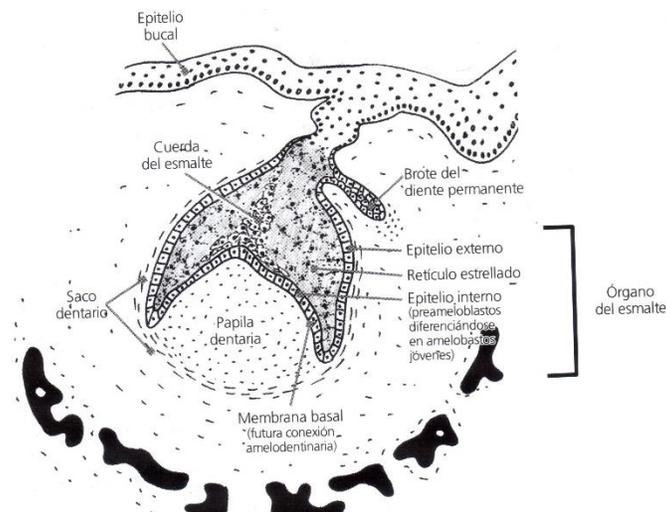


Ilustración 5 Estadio de campana.³

De manera que en este periodo embrionario el órgano del esmalte esta constituido por:

1. Epitelio externo
2. Retículo estrellado
3. Estrato intermedio
4. Epitelio interno

1. Epitelio externo: Las células cúbicas se han vuelto aplanadas tomando el aspecto de un epitelio plano simple. Al final de esta etapa el epitelio presenta pliegues debido a invaginaciones o brotes vasculares provenientes del saco dentario (capa interna), que aseguran la nutrición del órgano del esmalte, que como todo epitelio es avascular. La invasión vascular es más evidente en la fase previa al comienzo de la secreción del esmalte. ³

2. Retículo estrellado: Aumenta el espesor por el incremento del líquido intercelular, pero al avanzar su desarrollo su espesor se reduce a niveles de las cúspides o bordes incisales. En dichas zonas, donde comienzan a depositarse las primeras laminillas de dentina. La reducción del aporte nutritivo ocurre porque las células del epitelio interno están por segregar esmalte, por lo que hay una demanda aumentada de nutrientes por lo que el retículo estrellado se adelgaza permitiendo un mayor flujo de elementos nutricionales desde los brazos sanguíneos del saco dentinario hacia las células principales o ameloblastos (epitelio dental interno) que sintetizarán la matriz del esmalte. ^{3,4}

3. Estrato intermedio: Entre el epitelio interno y el retículo estrellado, aparecen varias capas de células planas, llamado estrato intermedio. Este estrato es evidente por el mayor número de capas celulares en el sitio que corresponderá al as futuras cúspides o bordes incisales. Esta formado por lo general por cuatro a cinco hileras de células planas con núcleos centrales alargados. Las células planas del estrato intermedio mantienen relaciones intercelulares, a través de desmosomas, tanto con las células del retículo, como con los ameloblastos. Cada célula del estrato intermedio está, al parecer, relacionada con seis ameloblastos. Al finalizar esta etapa de campana, cuando comienza la histogénesis o aposición de los tejidos duros dentarios (dentina, esmalte), el estrato se vincula estrechamente con los vasos sanguíneos provenientes del saco dentario, asegurando no solo la vitalidad de los ameloblastos, si no controlando el paso del aporte de calcio, del medio extracelular al esmalte en formación. Esto demuestra o sugiere el importante papel del estrato intermedio durante la etapa de secreción y mineralización del esmalte. El epitelio dental interno y el estrato intermedio

son considerados por Ten Cate como una sola unidad funcional, responsable de la formación del esmalte.^{3,4}

- 4. Epitelio interno:** las células del epitelio interno o preameloblastos se diferencian en ameloblastos jóvenes, son células cilíndricas bajas y sus organoides no presentan aún en esta fase una orientación definida.

Raschkow advirtió en este periodo morfogénico, una condensación de fibras argirofílicas por debajo y adyacente al epitelio interno del órgano del esmalte (separándolo de la papila dentaria). Esta condensación se denominó membrana preformativa y actualmente recibe el nombre de lámina basal ameloblástica.

La lámina basal ameloblástica futura conexión amelodentinaria, presenta cambios químicos y ultraestructurales. La predentina temprana se forma en íntima relación con la lámina basal ameloblástica ya que presentan sustancias en común tales como laminina, fibronectina y colágeno tipo I.³

En este período de campana se determina, además, la morfo/logía de la corona por acción o señales específicas del ectomesénquima adyacente o papila dental sobre el epitelio interno del órgano dental. Ello conduce a que esta capa celular se pliegue, dando lugar a la forma, número y distribución de las cúspides, según el tipo de elemento dentario que dará origen.³

Al avanzar en el estado de campana, los ameloblastos jóvenes ejercen su influencia inductora sobre la papila dentaria. Las células superficiales ectomesenquimáticas indiferenciadas (totipotentes) se diferencian en odontoblastos que comenzaran luego a sintetizar dentina. En este momento los ameloblastos jóvenes en vías de diferenciación están separados de los odontoblastos por la membrana basal. A través de la membrana pasan los nutrientes desde la papila hacia el epitelio interno o ameloblástico.^{3,4}

En la etapa de campana avanzada y antes de que los odontoblastos empiecen a sintetizar y secretar la matriz dentinaria, los ameloblastos jóvenes, que por citodiferenciación han adquirido el aspecto de células cilíndricas, experimentan un cambio de polaridad de sus organoides. De manera que al final del estadio de campana, los ameloblastos jóvenes se han transformado por citodiferenciación en ameloblastos secretores o maduros.^{3,4}

2.5 ESTADIO TERMINAL O DE FOLÍCULO DENTARIO.

Esta etapa comienza cuando se identifica, en la zona de las futuras cúspides o borde incisal, la presencia del depósito de la matriz del esmalte sobre las capas de la dentina en desarrollo.

La elaboración de la matriz orgánica, a cargo de los odontoblastos para la dentina y de los ameloblastos para el esmalte, es inmediatamente seguida por las fases iniciales de su mineralización. Para el proceso de formación de la corona se depositan primero unas laminillas de dentina y luego se forma una de esmalte. El proceso se inicia en las cúspides o borde incisal.^{3,4} Ilustración 6.

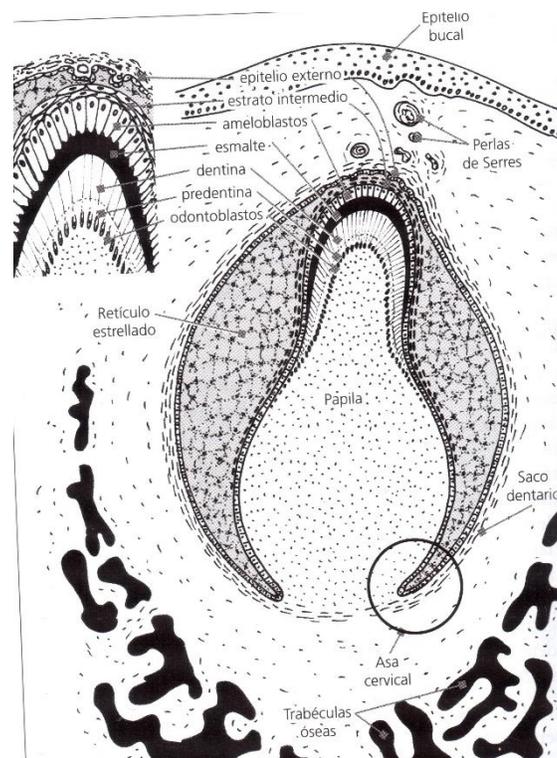


Ilustración 6 Estadio terminal o de folículo dentario³.

Una vez formado el patrón coronario y comenzando el proceso de histogénesis dental mediante los mecanismos de dentinogénesis y amelogénesis comienza el desarrollo y la formación del patrón radicular.^{3,4}

3. DEFINICIÓN DE QUISTE.

Un quiste es definido como una cavidad patológica recubierta por epitelio y/o tejido conectivo que por lo general contiene material líquido o semilíquido, semisólido o gaseoso, tal como restos celulares, queratina o moco, se compone de tres estructuras básicas: la cavidad central (lumen), un revestimiento epitelial y una pared externa (cápsula)^{6,7} y puede derivar de la arquitectura odontogénica normal o haber sido incluido durante el periodo embrionario.⁷ Ilustración 7

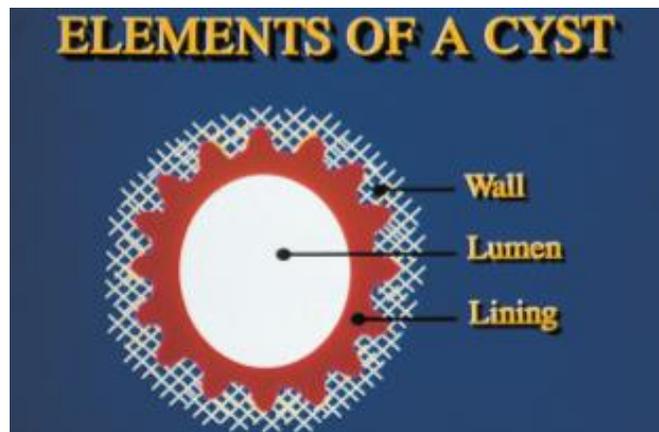


Ilustración 7 Elementos de un quiste. Cavidad central o lumen, revestimiento epitelial y pared externa o cápsula.⁶

El revestimiento epitelial difiere entre los tipos de quistes y puede ser queratinizado o escamoso estratificado no queratinizado, pseudoestratificado, ciliado o cuboidal. La pared del quiste está compuesta de tejido conjuntivo que contiene fibroblastos y vasos sanguíneos, son lesiones comunes y son clínicamente importantes porque a menudo son destructivas, producen signos y síntomas importantes, especialmente cuando se agrandan y se infectan, la mayoría son verdaderos quistes por que poseen revestimiento epitelial.⁶

Los quistes del área del maxilar por lo general son lesiones no tumorales y por lo tanto, benignas, aunque en algunos casos se puede llegar a producir malignización⁸, suelen ser diagnosticados por hallazgos radiográficos, algunos llegan a alcanzar un tamaño considerable que pueden incluso llegar a deformar los tejidos faciales y poner en riesgo la simetría facial.⁹

4. CLASIFICACIÓN DE QUISTES.

De acuerdo a su patogénesis, la WHO clasifica a los quistes de la cavidad oral como: Epiteliales, inflamatorios y lesiones del desarrollo: odontogénicos y no odontogénicos. WHO¹⁰.

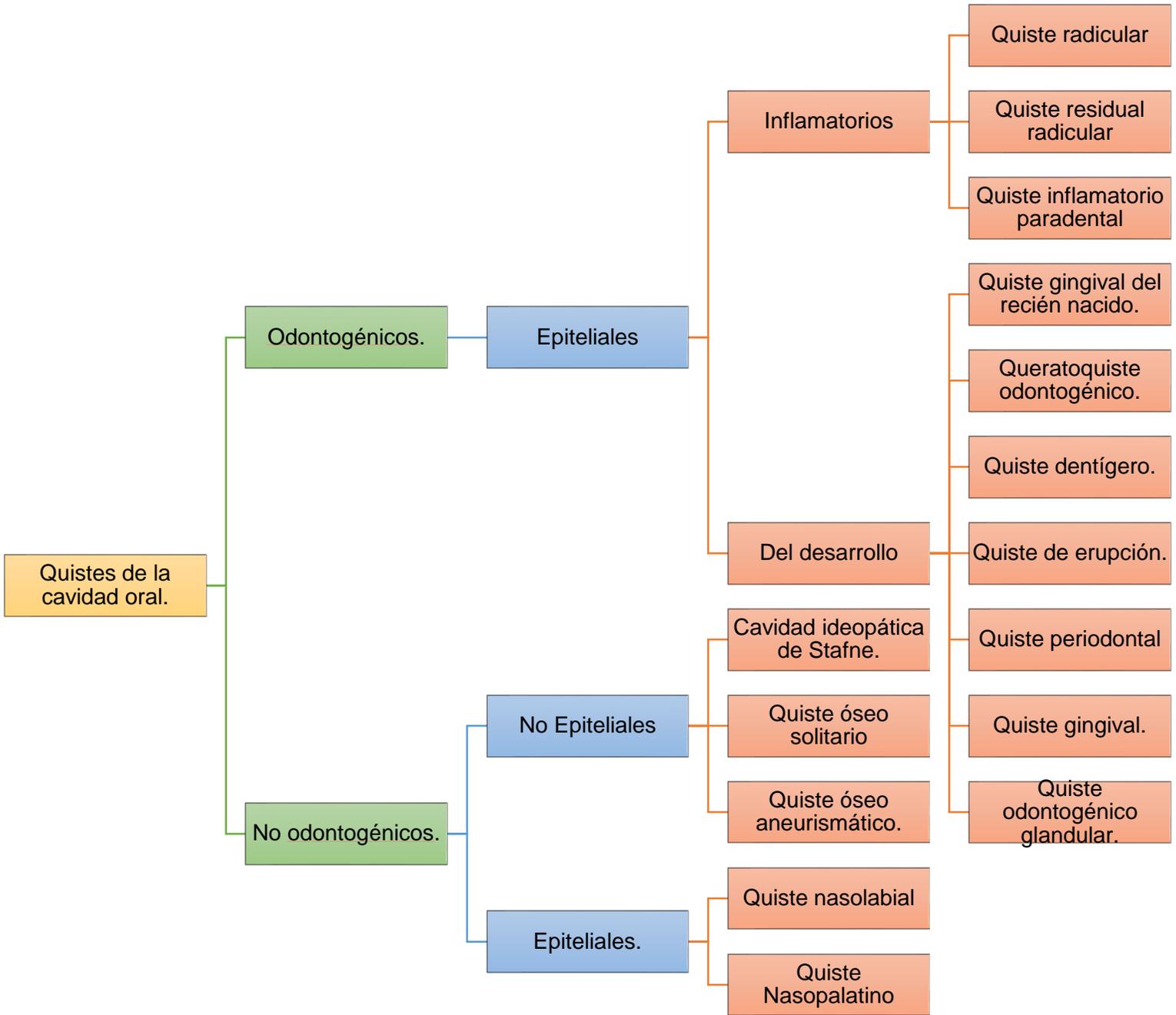


Ilustración 8 Clasificación de quistes de la cavidad oral. Tabla modificada.¹⁰

Clasificación de quistes de la cavidad oral.

4.1 Inflamatorios.

4.1.1 Quiste radicular.

4.1.2 Quiste residual radicular.

4.1.3 Quiste inflamatorio paradental.

4.2 No epiteliales.

4.2.1 Cavity idiopática de Stafne.

4.2.2 Quiste óseo solitario.

4.2.3 Quiste óseo aneurismático.

4.3 Epiteliales Odontogénicos.

4.3.1 Quiste gingival del recién nacido.

4.3.2 Queratoquiste odontogénico.

4.3.3 Quiste dentífero.

4.3.4 Quiste de erupción.

4.3.5 Quiste peridontal.

4.3.6 Quiste gingival.

4.3.7 Quiste odontogénico glandular.

4.4 Epiteliales No odontogénico

4.4.1 Quiste nasolabial.

4.4.2 Quiste nasopalatino.

4.1. QUISTES INFLAMATORIOS.

Los quistes inflamatorios comprenden un grupo de lesiones que surgen como resultado de la proliferación epitelial dentro de un enfoque inflamatorio debido a una serie de causas variables. ¹¹

4.1.1 QUISTE RADICULAR.

Denominado también como quiste periapical y quiste periodontal apical, se desarrolla en la punta de la raíz de un diente erupcionado (también se puede encontrar en los aspectos laterales de las raíces en relación con los conductos laterales) con pulpa que ha sufrido inflamación crónica provocada por infección bacteriana, caries o traumatismos dentales, se origina de los restos epiteliales de Malassez presentes en el ligamento periodontal en respuesta directa al tejido pulpar necrótico desarrollándose entonces a partir de un granuloma periapical preexistente.⁶ Los mecanismos relacionados con la formación de la cavidad quística no son claros.¹²

Prevalencia: Es el más frecuente de los quistes odontogénicos, se presenta con mayor frecuencia entre la tercera y la sexta década de vida con predilección masculina. Representan el 52.2% de los quistes maxilares y el 62% de los quistes odontogénicos. ¹¹

Aspecto radiográfico: El tamaño de los quistes radiculares es variable, pero generalmente mide menos de 1cm de diámetro, radiográficamente aparece como una radiolucidez redondeada bien circunscrita, a menudo corticada en la cúspide de un diente no vital. ⁶ Ilustración 9



Ilustración 10 Quiste radicular asociado al diente 46. Fuente propia.

Histopatología: se caracteriza por una cavidad forrada con una capa de epitelio escamoso no queratinizado de grosor variable. La pared del tejido conectivo exhibe generalmente un infiltrado inflamatorio significativo que consiste en células plasmáticas, linfocitos, histiocitos cargados de lípidos y neutrófilos. La luz quística generalmente contiene líquido proteianáceo y restos celulares necróticos.⁶ Ilustración 10

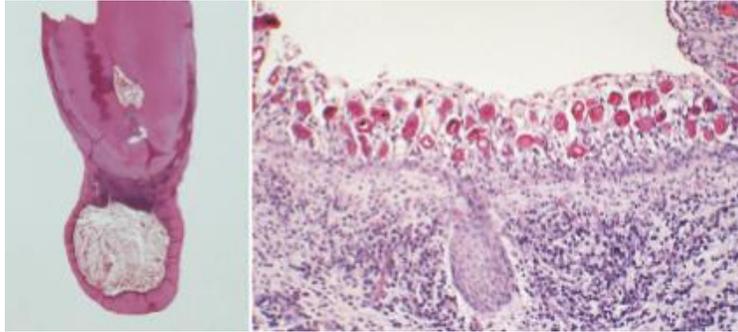


Ilustración 11 Quiste radicular. A, Fragmento de raíz cariada con pulpa no vital y quiste radicular adherido al ápice. B, Las estructuras ovals y semilunares de color rojizo intraepiteliales que ocasionalmente se encuentran se denominan cuerpos de Rushton.⁶

Tanto la proliferación como los marcadores de apoptosis se expresan en el epitelio del quiste. Se ha llegado a identificar citoquinas inflamatorias y factores extracelulares y de matriz ósea en la patogenia de un quiste apical.¹²

Tratamiento: Depende de una serie de variables, la mayoría de estos quistes se tratan mediante la enucleación después de la extracción o el tratamiento de conductos del diente responsable. Extraer el diente afectado sin quitar el quiste asociado puede dar como resultado su persistencia y crecimiento continuo.⁶

4.1.2 QUISTE RESIDUAL RADICULAR

Los quistes residuales radiculares son los quistes que se conservan después de la eliminación del diente no vital responsable del mismo. Aunque este es el uso más común del término, también denota cualquier quiste presente en un área edéntula en la que se desconoce el origen del revestimiento epitelial.⁶

Frecuencia: Existen relativamente pocas publicaciones sobre el tema, aunque se tiene un estimado que representa el 10% de todos los quistes odontogénicos.^{13,14.}

Aspecto radiográfico: Zona radiolúcida bien circunscrita en una zona edéntula o en el sitio local de un diente previamente extraído.⁶ Ilustración 11.

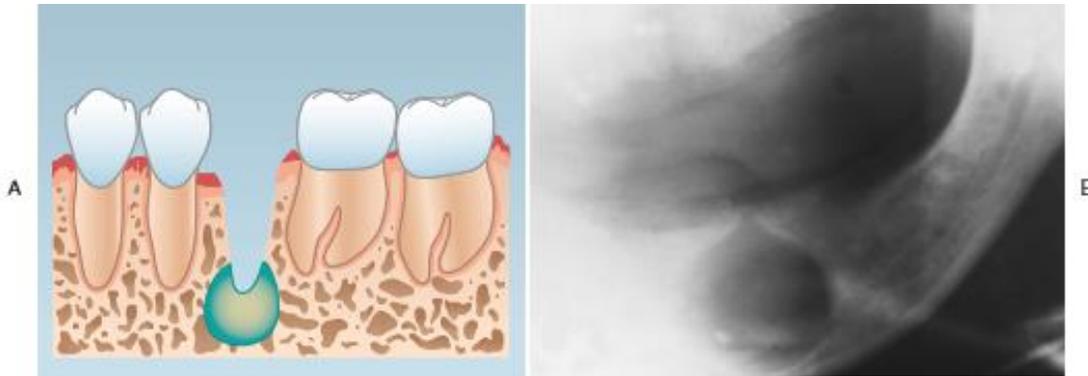


Ilustración 12. A, Quiste residual. B, Radiografía de un quiste residual en una mandíbula edéntula.⁶

Histopatología: Similar a la del quiste radicular.^{6,11}

Tratamiento: Extirpación quirúrgica del quiste y legrado vigoroso del alvéolo, la marsupialización se presenta como una opción mínimamente invasiva para los pacientes con discapacidad mental.¹⁵

4.1.3 QUISTE INFLAMATORIO PARADENTAL.

El quiste inflamatorio paradental es un quiste localizado comúnmente subgingivalmente en la cara vestibular de un molar inferior erupcionado (quiste de la bifurcación) o la superficie mandibular de un tercer molar inferior parcialmente erupcionado, tal lesión fue reportada por primera vez en la literatura inglesa por Main en 1970 y que le dio el termino de quiste periodontal o quiste colateral inflamatorio.^{6,12}

Otra forma de quiste paradental asociada con una bolsa profunda, se produce periódicamente en la parte distal de un tercer molar inferior, particularmente cuando el diente esta anatómicamente impedido por la rama ascendente, por lo general las cúspides mesiales están expuestas y la mucosa o el hueso recubren las cúspides distales, en tales casos, puede desarrollarse una bolsa distal profunda dentro de la rama y con el tiempo dar como resultado un quiste o una lesión parecida a un quiste. De acuerdo a la clasificación de la OMS se puede aplicar en la primera situación o en la lesión localizada bucalmente en el primer o segundo molar permanente en niños.^{16,17,18,19} En otras situaciones, un quiste verdadero sin comunicación con la cavidad oral se desarrolla en la porción de la raíz de un diente apical a la unión amelocementaria, aunque la causa no está clara, una posible es que estos quistes surgen de restos odontogénicos que están muy cerca de la parte distal del diente.⁶

Ilustración 12

Frecuencia: Según un estudio de Ackermann et al (1987) represento el 3% de una muestra de 1852²⁰, Sousa et al (2001) informaron 54 lesiones que representaban el 0.3%. En el estudio original de Craig (1976) comprendio el 4.7% de 1051. Las lesiones en el primer molar afectan a las personas entre 6 y 47 años con una edad promedio de 9 años para hombres y 8.1 años para mujeres. Las lesiones en el segundo molar se presentan entre los 10 y 40 años de edad, en promedio 19.8 años para hombres y 13.6 para mujeres. Los quistes paradentales en los terceros molares se presentan en una edad posterior, 10 y 39 años.²⁰

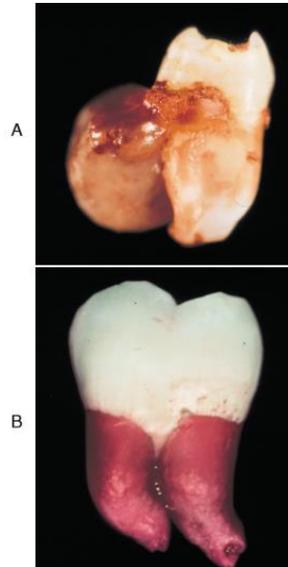


Ilustración 13 A, quiste paradental adherido al aspecto bucal de un primer molar vital. B, proyección del esmalte cervical que se extiende hacia el área de bifurcación de un segundo molar mandibular que tenía un quiste paradental sobre esta área.⁶

Aspecto radiográfico: El quiste paradental que se desarrolla en la cara vestibular de un molar mandibular puede no ser visible en las radiografías de rutina, porque su imagen se superpone al diente asociado. Un quiste paradental que involucra el aspecto distal de un molar, especialmente un tercer molar inferior, fácilmente aparece como una radiolucidez bien circunscrita en radiografías periapicales o panorámicas de rutina. ⁶ Ilustraciones 13 y 14

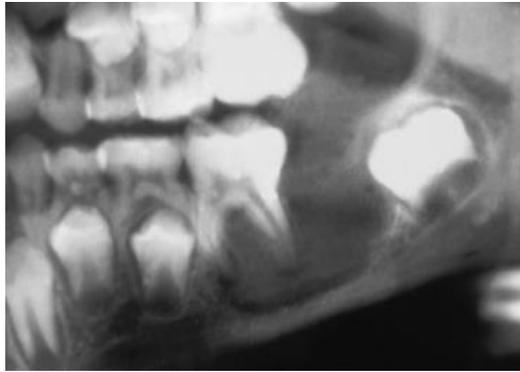


Ilustración 13. Radiografía de un quiste paradental asociado con un primer molar inferior izquierdo vital. ⁶

Histopatología: Está recubierto por una capa hiperplásica de epitelio escamoso no queratinizado que generalmente se infiltra por un número variable de neutrófilos; su cápsula de tejido conectivo esta crónicamente inflamada. ⁶

Tratamiento: Generalmente se trata mediante enucleación quirúrgica. El quiste paradental ubicado en el extremo distal de terceros molares inferiores generalmente se incluye en la extracción del molar impactado. ⁶

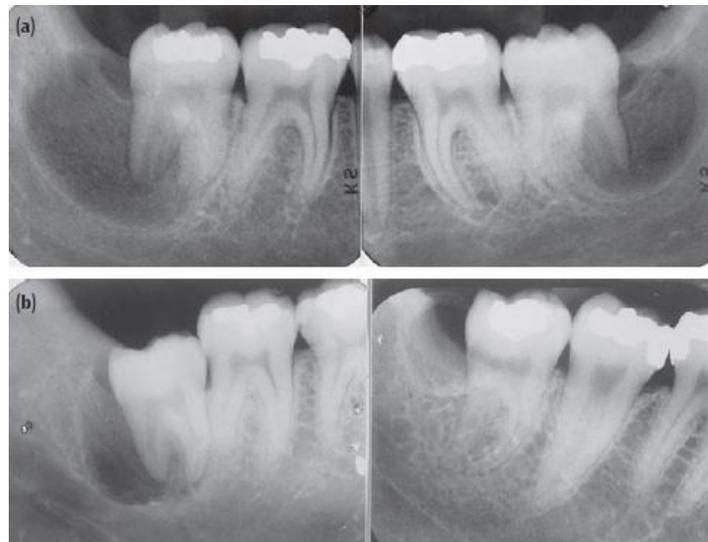


Ilustración 14 Dos caso con quiste paradental bilateral en tercerlos molares impactados. Los quistes están localizados distalmente y bucalmente envolviendo al diente. Importante destacar que el espacio del ligamento periodontal no está ensanchadoy que el espacio de la parte distal está separado del espacio folicular distal ⁶

4.2. QUISTES NO EPITELIALES DEL DESARROLLO ODONTOGÉNICOS.

Los quistes no epiteliales son llamados “seudoquistes”, debido a que no tienen revestimiento epitelial.²¹

9.1.1 CAVIDAD IDIOPÁTICA DE STAFNE.

La cavidad ósea o idiopática de Stafne lleva el nombre de Edward C. Stafne (1894-1981) quien la describió por primera vez en 1942. Informo 35 casos de radiolucidez asintomática, unilateral e indico la invaginación lingual del hueso cortical. Se encontraban en la región posterior de la mandíbula, limitado por el ángulo y borde mandibular, distal al tercer molar y caudal al nervio alveolar inferior.²¹ Los casos reportados se remontan hasta la era medieval.²²

Prevalencia: Representa el 0-0.7% de los quistes odontogénicos, afecta con mayor frecuencia entre la quinta y séptima década de vida con predilección masculina. Estudios en cadáveres han demostrado que la prevalencia puede ser tan alta como 6.1%. Se han encontrado en la región posterior de la mandíbula y rara vez bilateralmente.^{23,24}

Aspecto radiográfico: Se distingue claramente en radiografías panorámicas debido a su sitio típico en la zona posterior de la mandíbula debajo del canal del nervio alveolar inferior.²⁵ Ilustración 15.



Ilustración 15 Cavidad idiopática de Stafne, un claro diagnóstico con una radiografía panorámica. ²⁵

Histopatología: En su mayor parte se encuentra tejido seromucoso de la glándula salival, pero se han encontrado en otros estudios indicios de tejido muscular, lípidos, tejido conectivo, vasos sanguíneos y linfáticos.^{26,27}

Tratamiento: Existen varias opciones, un tratamiento no quirúrgico: seguimiento radiográfico y exámenes de control.²⁸ Tratamiento quirúrgico y examen histológico para confirmación del diagnóstico.²⁹ Indicación de tratamiento quirúrgico dependiendo del tamaño y la dinámica de la lesión.³⁰ Ilustración 16.

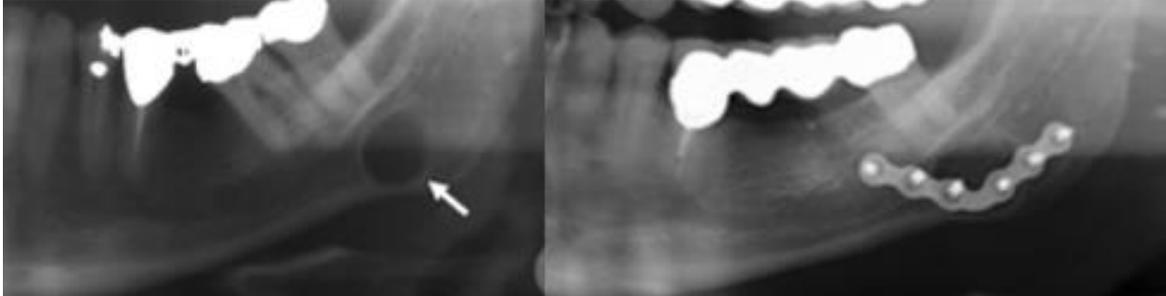


Ilustración 16 Imagen preoperatoria y postoperatoria de un quiste idiopático de stafne, en donde se removió el tejido blando del defecto y se utilizó injerto óseo autógeno estabilizado con una plano de osteosíntesis.³⁰

4.2.2 QUISTE ÓSEO SOLITARIO.

Los quistes óseos solitarios se describieron inicialmente como una entidad en 1926, aunque sus criterios de diagnóstico se describieron hasta 1946.^{31,32} Se define como un pseudoquiste intraóseo que tiene un revestimiento tenue de tejido conectivo sin epitelio, ya sea vacío o lleno de sangre, suero o líquido serosanguíneo. Se encuentran principalmente en la mandíbula, ocasionalmente en el maxilar y rara vez en el cigomático, con no más de dos casos reportados.³³

Frecuencia. Puede afectar a pacientes entre las edades de 2 y 75 años, pero el 56-70% de los casos se presentan en la segunda década de vida y solo el 15% de los pacientes tiene más de 40 años. Los hombres se ven más afectados que las mujeres en una proporción de 3 a 2. Del 68-100% se producen en la mandíbula, menos del 32% en los maxilares y solo dos casos se han reportado en el cigomático. Generalmente se presenta asintomático.³²

Aspecto radiográfico: Entre el 61% y 79% presentan radiolúcidoz sin embargo, el 21% tiene focos radioopacos y el 7% puede mostrar nubosidad.^{34,35} El borde, aunque irregular, puede variar de bien definido a una ausencia completa del contorno cortical. El desplazamiento de los dientes y la reabsorción radicular son

raros, aunque se han informado 9 a 22% de los casos con estas características.³⁶
Ilustración 17.



Ilustración 17 Ortopantomografía que muestra la localización de un quiste óseo solitario en la zona de premolares.³⁷

Histopatología: En un estudio de 87 casos, 15 casos no tenían tejido blando en la cavidad para ser examinados, en dos casos fue encontrado tejido de granulación. Dos casos fueron confirmados mediante biopsia por aspiración en la cavidad y su contenido era sangre en un volumen consistente con el volumen de la cavidad.³⁸ En otros casos se ha encontrado un revestimiento tenue de tejido conectivo sin epitelio, ya sea vacío o lleno de sangre, suero o líquido serohemático.³³

Tratamiento: Extirpación quirúrgica o el curetaje es el tratamiento de elección. El abordaje quirúrgico depende del sitio de la lesión, su benignidad y el tipo de tratamiento requerido, que debe ser lo mínimamente invasivo posible.^{33,34,38,39}

4.2.3 QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO.

El quiste óseo aneurismático es una lesión osteolítica relativamente rara y benigna que generalmente involucra huesos largos. Se considera un pseudoquiste debido a la falta de revestimiento epitelial. La OMS lo define como una lesión osteolítica expansiva similar a un tumor benigno que consiste en espacios llenos de sangre y canales divididos por tabiques de tejido conectivo que puede contener tejido osteoide y células gigantes osteoclásticas. Clínicamente se presenta como una lesión asintomática.⁴⁰

Frecuencia: Aproximadamente 2% de los quistes óseos aneurismáticos se producen en los maxilares, el cuerpo mandibular y la rama son los sitios

predominantes con casos infrecuentes en el proceso coronoides y el cóndilo, generalmente se presenta en las primeras dos décadas de vida sin predilección por el sexo.^{39,41}

Aspecto radiográfico: Las manifestaciones radiológicas son inespecíficas y muy variables. Se observa una lesión radiolúcida uniuística o con expansión multiuística, con destrucción del hueso cortical y un patrón trabeculado interior en forma de panal de abeja, burbujas de jabón o apolillada.⁴² Ilustración 18

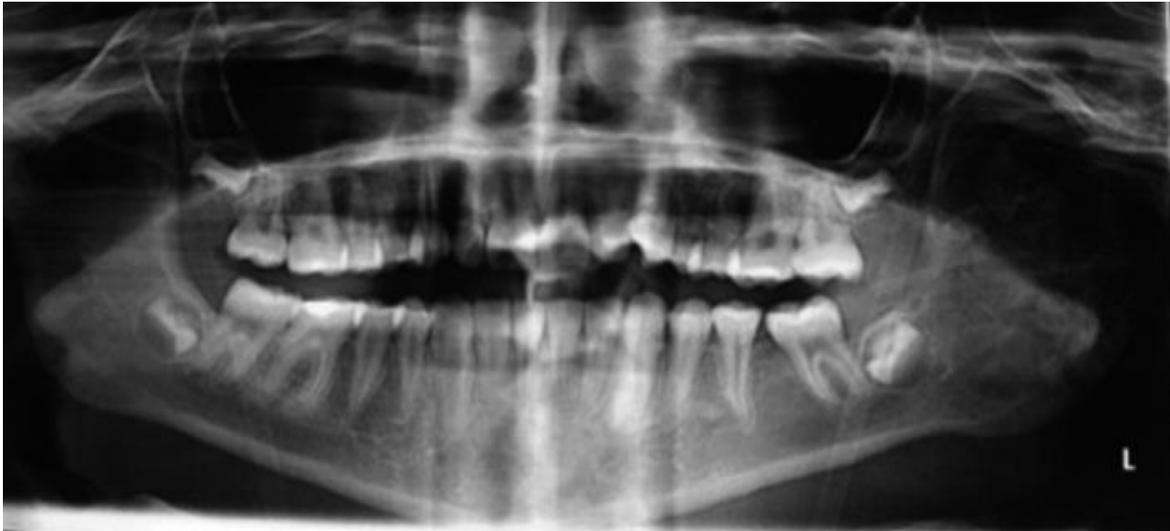


Ilustración 18 Ortopantomografía que muestra una zona radiolúcida multilobulada que cubre la rama ascendente de la mandíbula y el cóndilo izquierdo. ⁴²

Histopatología: Ausencia de paredes epiteliales. Estroma fibroso del tejido conectivo con espacios vasculares llenos de sangre, células gigantes de tipo osteoclastos y osteoides. Se pueden diferenciar tres tipos: el tipo sólido se caracteriza por un estroma denso, espacios vasculares escasos, expansión ósea sin perforación y una baja tendencia al sangrado, el tipo vascular muestra escaso estroma fibroso, numerosos espacios vasculares dilatados y llenos de sangre, perforación extensa y destrucción ósea que se extiende a los tejidos blandos y una variedad intermedia entre los tipos vascular y sólido. ^{41,43,44}

Tratamiento: Tratamiento conservador con un legrado simple, crioterapia, escisión de la lesión, resección radical y reconstrucción con tejidos óseos. La opción terapéutica dependerá del tamaño y la posición de la lesión quística, la edad del paciente, las manifestaciones clínicas y la extensión de la patología a los tejidos blandos o estructuras óseas circundantes (seno maxilar, cavidad nasal) y las particularidades de la evolución del caso. De esta forma las lesiones inactivas pueden tratarse con un abordaje conservador o un curetaje simple, mientras que las

lesiones activas rápidamente progresivas con afectación de los tejidos blandos y los síntomas dolorosos asociados requieren un tratamiento más agresivo y radical.⁴²

4.3 QUISTES EPITELIALES DEL DESARROLLO ODONTOGÉNICOS.

Los tumores que derivan de los tejidos odontogénicos forman un grupo de distintas lesiones no usuales. Esta multiformidad refleja el complejo desarrollo de las estructuras dentales..⁴⁵

Los quistes epiteliales del desarrollo se originan del componente epitelial del aparato odontogénico o de los restos celulares que quedan atrapados dentro del hueso o en tejido gingival que cubre a los maxilares

Se encuentran entre los quistes más evolutivos del maxilar y representan el 35% de ellos.⁴⁶

4.3.1 QUISTE GINGIVAL DEL RECIÉN NACIDO.

Los quistes de la lámina dental del recién nacido son múltiples nódulos, ocasionalmente solitarios, que se encuentran en el reborde alveolar del recién nacido o de los lactantes.

Estos quistes en los lactantes son tan grandes, que clínicamente se hacen manifiesto como nódulos blanquecinos o amarillentos sobre los rodetes gingivales, durante los primeros meses de vida, son totalmente asintomáticos y desaparecen por exfoliación. De acuerdo a su localización se pueden clasificar en: perlas de Epstein: si se localizan sobre la cresta gingival o nódulos de Bohn: si se encuentran en la línea media del paladar.⁴⁵ Ilustración 19.

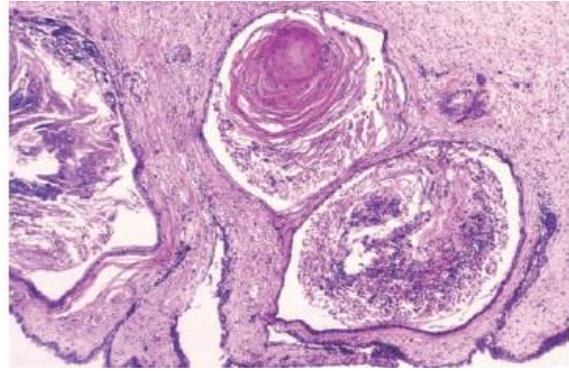


Ilustración 19 De izquierda a derecha, Quiste gingival del recién nacido vista clínica e histológica. ⁴⁵

Frecuencia: La prevalencia de los quistes gingivales del recién nacido son del 13.8%, según su clasificación perla de Epstein tiene una prevalencia del 35.2% y los nódulos de Bohn del 47.4 sin predilección sexual.⁴⁷

Aspecto radiográfico: No es observable radiográficamente.⁶

Histopatología: Epitelio delgado estratificado escamoso y que contiene queratina descamada compactada. ⁶

Tratamiento: Debido a que estos quistes generalmente se resuelven espontáneamente en respuesta a la función normal no requieren tratamiento. ⁶

4.3.2. QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO.

Los queratoquistes odontogénicos se redefinieron recientemente y se clasificaron como tumores odontogénicos queratoquísticos y este cambio de quiste a tumor tuvo un impacto en estudios ya que afectó las tasas de frecuencia de los quistes odontogénicos.^{48,49}

Se origina de la lámina dental o del epitelio del esmalte, contiene queratina, se forma por degeneración del retículo estrellado de un germen dentario antes de la formación dentaria y el esmalte. Se presenta como una fina cápsula fibrosa que le confiere cierta rigidez.

Se define como un tumor benigno o multiquístico, intraóseo, de origen odontogénico, con un revestimiento característico del epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado y un posible comportamiento agresivo e infiltrante. Puede ser solitario o múltiple. Este último suele ser uno de los estigmas del síndrome de carcinoma de células basales navoide heredado.⁴⁹

Frecuencia: Representan el 8-14% de los quistes en los maxilares, predominan en la segunda y tercera década, más frecuente en hombres y son localizadas en la

zona del tercer molar y rama ascendente de la mandíbula. Suelen ser voluminosos (de 40 a 50mm de diámetro). Es más predominante en la mandíbula que en el maxilar (65-83%), la mitad se origina en el ángulo de la mandíbula y se extiende anterior y superiormente. ⁴⁹

Aspecto radiográfico: En un principio puede parecer una pequeña radiolucidez, redonda y unilocular o larga con márgenes festoneados. La radiolucidez mandibular puede incluir el cuerpo, el ángulo o la rama ascendente, puede estar bien marcada con bordes escleróticos, o bien difusa en algunas partes. Las lesiones en la maxila tienden a ser más pequeñas. ⁴⁹ Ilustración 20

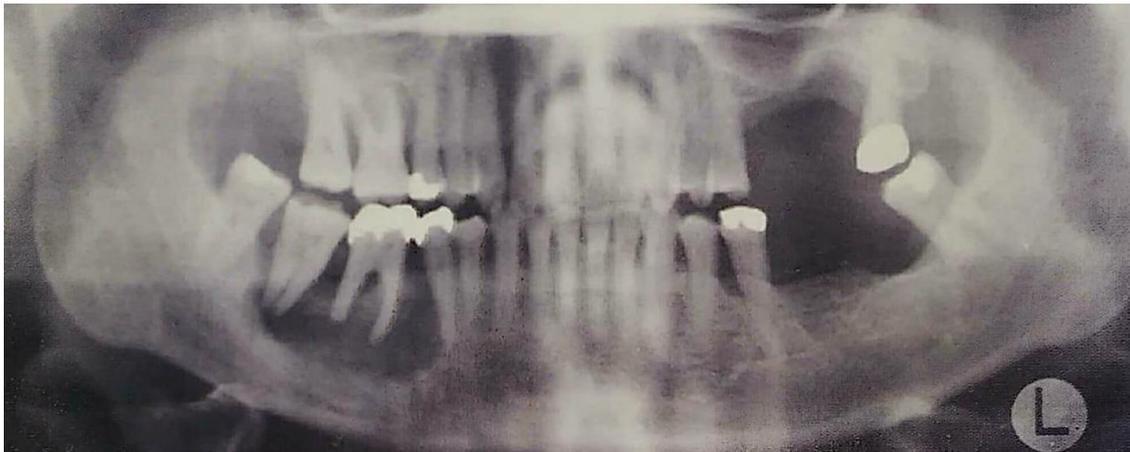


Ilustración 20 El queratoquiste odontogénico se presenta como una lesión osteolítica unilocular que imita un quiste radicular. WHO

Histopatología: Están revestidos por un epitelio escamoso estratificado queratinizado regular, por lo general alrededor de 5-8 capas de células de espesor y sin crestas. Hay una capa basal bien definida, a menudo empalmada, de células ciliadas o cúbicas. Los núcleos de las células basales cilidas tienen a orientarse lejos de la membrana basal y a menudo son intensamente basófilos. ⁴⁹

Tratamiento: Es bien conocido que tiende a recurrir. Se ha argumentado en torno a si se debe de tratar como un quiste o como una neoplasia benigna. Eyre y Zakrezewska en 1985 declararon las siguientes modalidades de tratamiento:

Enucleación: con cierre primario, con embalaje, con fijación química, con criocirugía; Marsupialización solamente, seguido por la enucleación y/o resección. ⁵⁰

Aunque algunos otros recomiendan un tratamiento basados en el sitio y tamaño de la lesión y realizar un tratamiento más conservador para lesiones con un máximo de un centímetro de diámetro, y excisiones radicales para lesiones más grandes. ⁵¹

4.3.3. QUISTE DENTÍGERO.

El quiste dentígero se define como un quiste que se origina por la separación del fólculo de alrededor de las coronas de un diente no erupcionado, encierra la corona de un diente y está unido a su cuello. Los pacientes con tales lesiones sufren una expansión indolora de la mandíbula. En algunas ocasiones es sintomática cuando la lesión esta inflamada.⁵²

Frecuencia: Representa hasta el 24% de los quistes odontológicos, ocurren más comúnmente durante la primera década. En un estudio en población mexicana ocurre entre la segunda y la tercera década. Con predilección a los hombres. Los dientes más frecuentemente involucrados son los terceros molares inferiores y superiores y los caninos.¹¹

Aspecto radiográfico: Radiolúcidez bien definidas en el hueso e interfieren con la erupción de los dientes.⁵²

Histopatología: Generalmente muestra una capa fibrosa delgada de pared que deriva del fólculo dental, contiene fibroblastos jóvenes ampliamente separados por estroma y sustancia fundamental rica en mucopolisacáridos ácidos. El revestimiento epitelial, que de hecho es epitelio del esmalte reducido, consiste en 2-4 capas celulares de células planas o cuboidales. Característicamente el revestimiento epitelial no es queratinizado. Las discontinuidades en el revestimiento epitelial se pueden ver en presencia de un infiltrado inflamatorio intenso en la cápsula adyacente. Cantidad variable de células inflamatorias crónicas en la pared fibrosa. Puede aparecer un grado variable de hiperplasia y queratinización de la superficie.^{11,52} Ilustración 21

Tratamiento: Enucleación quirúrgica del quiste y extirpación de los dientes afectados con su subsecuente examen histopatológico o marsupialización donde retira el techo del quiste y se sutura el revestimiento a la mucosa oral, se coloca vendaje que mantiene permeabilidad de la apertura, lo que permite que el quiste disminuya su tamaño y su eliminación sea más fácil con menos morbilidad.^{8,53,54,55,56}

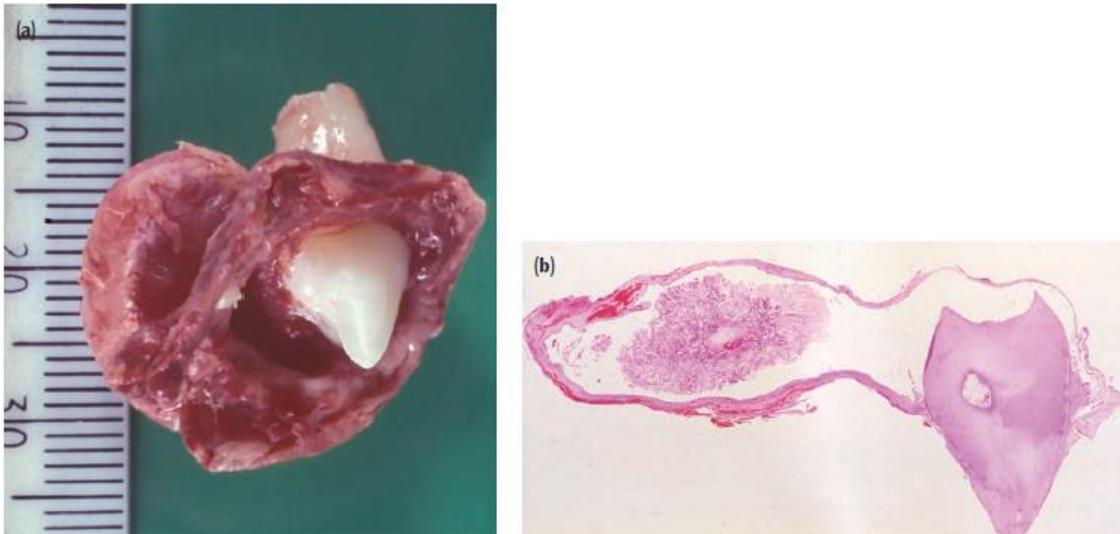


Ilustración 21 a) Muestra de un quiste dentígero que encierra la corona del diente y se adjunta a su cuello b) Corte histológico que muestra la unión de su revestimiento al margen cervical del diente que rodea su corona. (Mervyn)

4.3.4. QUISTE DE ERUPCIÓN

Un quiste de erupción es, en esencia, un quiste dentígero que se produce en los tejidos blandos, se desarrolla alrededor de la corona de un diente sin erupcionar que está a nivel de hueso, ocurre cuando el diente está impedido en su erupción dentro de los tejidos blandos. Produce una inflamación suave sobre el diente en erupción, que puede ser de color de la encía o azul, por lo general es asintomático a menos que presente infección. ¹¹ Ilustración 22.



Ilustración 22 Quiste de erupción que involucra los dientes incisivos superiores.¹¹

Prevalencia: Representa un 0.8% de los quistes encontrados en maxilares, tiende a encontrarse más en pacientes pediátricos (22%), con un rango de edad de 5-9 años. Los dientes deciduos y permanentes pueden estar involucrados, mayormente

los anteriores al primer molar superior. Pueden llegar a estar presentes más de un quiste y puede ser uni o bilateral.¹¹

Aspecto radiográfico: Puede observarse una radiolucidez en el tejido blando asociada a un diente que esta por erupcionar, pero generalmente no hay afección ósea.¹¹

Histopatología: El aspecto superficial está cubierto por el epitelio queratinizado escamoso estratificado de encia suprayacente, esto está separado del quiste por una tira densa de tejido conectivo de espesor variable que generalmente muestra un leve infiltrado de células inflamatorias crónicas. El tejido conectivo gingival es relativamente acelular y densamente colágeno y así tiene un tono eosinofílico, el tejido conectivo folicular es más densamente celular, menos colagenoso y tiene un aspecto más basófilo.^{11,57}

Tratamiento: En la mayor parte de los casos realizar una marsupialización resuelve el problema de erupción aunque se ha reportado que algunos se resuelven sin tratamiento.⁵⁷

4.3.5 QUISTE PERIODONTAL.

El quiste periodontal es un tipo de quiste odontogénico de desarrollo epitelial raro pero bien conocido, ubicado en la zona lateral de un diente vital al que se le ha excluido una etiología inflamatoria en función de las características clínicas e histológicas. Se ha formulado la hipótesis de que los quistes periodontales proceden del epitelio del esmalte reducido o de los restos epiteliales de Malassez en el ligamento periodontal.^{59,60} Generalmente es asintomático y es encontrado en un examen radiológico de rutina.

Prevalencia: 1.5% entre los quistes de la mandíbula.⁶¹ Es encontrado en pacientes de 19 hasta 82 años aunque con mayor frecuencia es encontrado en la sexta y octava década de vida con predilección masculina.¹¹ Se encuentran con mayor frecuencia en la mandíbula en zona de molares o entre premolares.⁶²

Aspecto Radiográfico: Lesión radiolúcida que crece a lo largo de la superficie lateral de un diente vital. Ilustración 23.

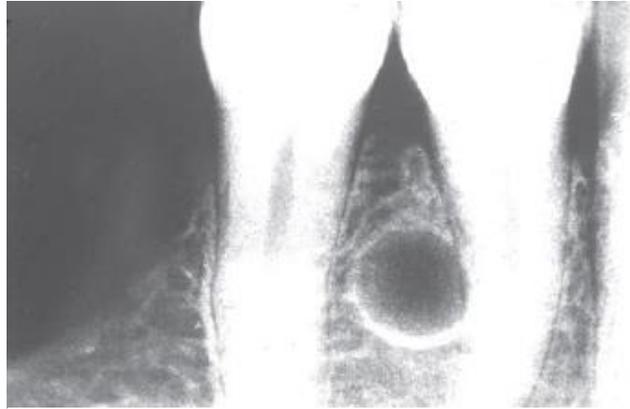


Ilustración 23 Radiografía de un quiste periodontal entre premolares mandibulares.¹¹

Histopatología: Cápsula revestida de una capa fina de epitelio escamoso o ciliado no queratinizado que generalmente varía de 1 a 5 capas de células de ancho que se parecía al epitelio del esmalte reducido. Las células epiteliales a veces estaban separadas por fluido intercelular. Sus núcleos eran pequeños y picnóticos. Presencia de lo que parece ser placas localizadas o un engrosamiento del revestimiento epitelial.

Tratamiento: Excisión quirúrgica.⁵³ La terapia con láser puede ser otra opción, por su facilidad a reparar la mucosa, controlar el dolor y acelerar la cicatrización de heridas ⁵³

4.3.6 QUISTE GINGIVAL

El quiste gingival es una lesión limitada a tejidos blandos como lo es encía y/o mucosa sin afectación ósea, solo erosión o afectación superficial. Son descritas como lesiones ovales bien circunscritas que usualmente miden menos de un centímetro de diámetro en la encía insertada o papila que aumenta gradualmente y sin historia de dolor. ¹¹Ilustración 24.



Ilustración 24 Quiste gingival en zona anterior Fuente propia.

Prevalencia: En casos reportados se han encontrado una frecuencia del 0.2%-0.48% aunque podría aumentar por los casos no reportados. Parte de los casos ocurre antes de la tercera década de vida, con un pico en la quinta y sexta década (72%). Con predisposición en las mujeres. Se encuentran con mayor frecuencia en la mandíbula que en la maxila, en zona de premolares o caninos. ¹¹

Aspecto radiográfico: No debiese de haber indicios de cambios radiográficos solo una sombra redonda que indica la erosión superficial del hueso.

Histopatología: Por lo general son pequeños. Algunos tienen un epitelio extremadamente delgado, muy parecido al epitelio de esmalte reducido, con 1-3 capas de células planas a cuboidales que contiene núcleos oscuros de tinción. En algunos otros el epitelio de revestimiento puede ser escamoso, estratificado y muestran varios núcleos. En la unión del epitelio subyacente el tejido conectivo es tenue y se desprende fácilmente, dejando discontinuidades epiteliales. La luz contiene queratina. ¹¹

Tratamiento: Escisión quirúrgica, en el mejor de los caso no tiene recidiva.

4.3.7 QUISTE ODONTOGÉNICO GLANDULAR.

El quiste odontogénico glandular es un tipo de quiste clínicamente raro e histopatológicamente inusual. Es una lesión clínicamente agresiva que por lo general requiere una cirugía más radical y un seguimiento más prolongado, con frecuencia muestra recurrencia.⁶³ La presentación clínica implica la expansión indolora con síntomas según la ubicación de la lesión o la proximidad a cualquier estructura vital.⁶³

Prevalencia: Menos del 1% de todos los quistes odontogénicos. Con predilección masculina a las edades de 14-75 años. El 70% de los casos ocurre en la mandíbula y el resto las áreas anteriores y posteriores. ⁶⁴



Ilustración 25 Ortopantomografía donde se observa una lesión bien circunscrita unilocular radiolúcida localizada en la zona derecha de la mandíbula, la lesión se extiende desde la cresta hasta el borde superior del canal del nervio alveolar y que envuelve la zona de canino hasta segundo molar.⁶⁴

Aspecto Radiográfico: Apariencia radiográfica inespecífica, puede aparecer como una lesión radiolúcida unilocular o multilocular, generalmente con márgenes bien definidos y borde festoneado.⁶³ Varían de 0.5 a 12 cm de ancho y de 0.5 a 6 cm de alto.⁶⁴ Ilustración 25

Histopatología: Histológicamente los criterios exactos para un diagnóstico de quiste glandular odontogénico no han sido definidos claramente. Cada lesión puede presentar algunas pero no todas, las características que se han descrito en la literatura. Algunos criterios principales descritos por Kaplan en 2008 incluyen: revestimiento epitelial de células escamosas no queratinizado, variaciones en el espesor del revestimiento epitelial con posibles espirales o esferas, células eosinófilas cuboidales, células calciformes y estructuras intraepiteliales de conductos glandulares intraepiteliales. Los criterios menores incluyen células ciliadas, arquitectura multiquística, células vacuoladas en la capa basal y proliferación papilar del epitelio de revestimiento.⁶⁵

Tratamiento: Resección en bloque, ostectomía periférica, resección marginal y resección parcial de la mandíbula.⁶⁴

4.4. QUISTES NO ODONTOGÉNICOS.

Son quistes que aparecen en los maxilares sin relación con los tejidos dentarios y cuyo origen parece ser la degradación de restos epiteliales localizados en las uniones embrionarias a partir de las que se forma el maxilar superior y las alas nasales. Las piezas adyacentes son vitales.

4.4.1 QUISTE NASOLABIAL.

Los quistes nasolabiales son lesiones poco frecuentes que se localizan cerca del cartílago alar y se extienden hacia el meato nasal inferior, el surco alveolar superior y el piso del vestíbulo nasal. Generalmente se localiza en el área del surco nasolabial, justo debajo del ala nasal, debido a la peculiar presentación y ubicación de estas lesiones, su diagnóstico es casi exclusivamente clínico. El signo más común es la ampliación que causa asimetría facial debido al desplazamiento del labio superior, con elevación del ala nasal y difuminación del surco nasolabial. Ilustración 25. El dolor local la obstrucción nasal y las infecciones concomitantes, que pueden llevar a un aumento abrupto de la lesión, también pueden estar presentes, aunque generalmente es asintomático. Los dientes por lo general se encuentran vitales.⁶⁶

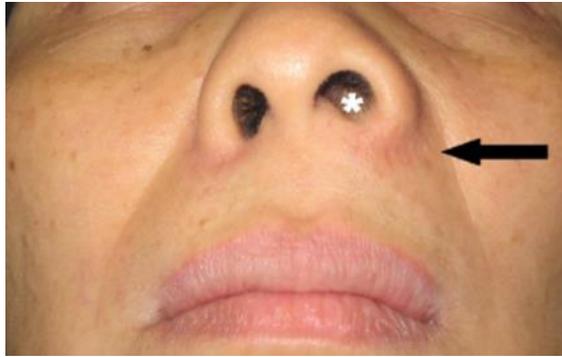


Ilustración 26 Fotografía clínica de un quiste nasolabial que muestra características de deformidad facial, con elevación del ala nasal y protusión del labio superior.⁶⁶

Prevalencia: Representa el 7% de los quistes maxilares y es unilateral en el 90% de los casos. Afectan predominantemente a las mujeres (75%) y surgen más frecuentemente en la cuarta y quinta décadas de vida.⁶⁷

Aspecto radiográfico: No observable radiográficamente.

Histopatología: En el examen histopatológico revela epitelio cilíndrico pseudoestratificado ciliado y ocasionalmente, epitelio escamoso estratificado y epitelio búbido. Se encuentra una cápsula fibrosa. En la mayoría de los casos su contenido es mucina o fluido seroso amarillo. Fluido café puede ser encontrado en caso de hemorragia.⁶⁸

Tratamiento: Aspiración simple, destrucción por cauterización, marsupialización, aspiración con aguja fina, incisión y drenaje y recientemente reportada: Marsupialización endoscópica, estudio histopatológico.⁶⁸

4.4.3 QUISTE NASOPALATINO.

El quiste del conducto nasopalatino es el quiste de desarrollo no odontogénico más común de la cavidad oral. Se encuentra ubicado dentro del conducto nasopalatino del maxilar superior por lo que se cree que proviene de los restos del conducto nasopalatino en el canal incisivo. La mayor parte son asintomáticos y se descubren durante el examen radiográfico de rutina. La lesión puede ser de lento crecimiento, ocasionando protusión labial superior y su consecuente apariencia antiestética.⁶⁹

Se cree que el quiste del conducto nasopalatino deriva de los remanentes epiteliales del conducto nasopalatino durante el periodo embrionario y que tanto un proceso infeccioso como traumático pueden ser el estímulo para la proliferación celular y la consiguiente formación quística, sin embargo, la teoría de la proliferación espontánea de restos epiteliales parece ser la explicación más probable para el desarrollo de la lesión.^{69,70} Los dientes asociados se encuentran vitales y la membrana periodontal periapical se mantiene íntegra.⁶⁹

Frecuencia: 32.8%- 68.8% de los quistes no odontogénicos. Puede afectar un amplio rango de edad, pero la mayor parte de los casos ocurren entre la cuarta y la sexta década de vida con predilección en hombres. Es común en individuos de raza blanca, negra y asiática.^{71,72} Las lesiones miden en promedio 2.37 +- 1.69 cm.⁷³

Aspecto Radiográfico: Radiolúcidez bien circunscrita oval y en forma de corazón localizada en la línea media del maxilar entre los ápices de la raíz de los incisivos centrales superiores. Puede ser identificado con una radiografía oclusal superior. Ilustración 27



Ilustración 27 Quiste del conducto nasopalatino. Radiografía oclusal del maxilar anterior con radiotransparencia de forma oval que se encuentra en la línea media y que se extiende entre las raíces de los incisivos centrales. 6

Histopatología: Estos quistes están revestidos por una capa de epitelio escamoso cilíndrico columnar, cuboidal o estratificado o una mezcla de estos tipos epiteliales. Si hay inflamación generalmente consiste en un infiltrado de células plasmáticas y linfocitos. La cápsula del quiste típicamente exhibe el componente prominente de los vasos sanguíneos y los nervios periféricos que comprenden los contenidos normales del conducto incisivo. En ocasiones se pueden ver pequeños lóbulos de glándulas mucosas de tipo salival en la pared del quiste. La pared quística generalmente contiene nervios arterias y venas. Además se pueden encontrar parénquima de las glándulas salivales y pequeñas islas de cartílago, con frecuencia se observa una respuesta inflamatoria, que puede variar de leve a intensa.⁷³

Ilustración 28

En un estudio retrospectivo se encontró predominio de epitelio escamoso estratificado solo o en combinación con otros tipos histopatológico con un 43.3% sobre epitelio mixto con un 30% y epitelio columnar ciliado con un 23.3%.⁷³

Los estudios indican que el tipo de revestimiento epitelial dependerá de la proximidad de la lesión con la cavidad nasal, en cuanto más cerca este la lesión a este sitio tendrá más características de epitelio ciliar respiratorio, mientras que una ubicación más inferior tendrá una mayor similitud con el epitelio escamoso de la cavidad oral.⁷⁴

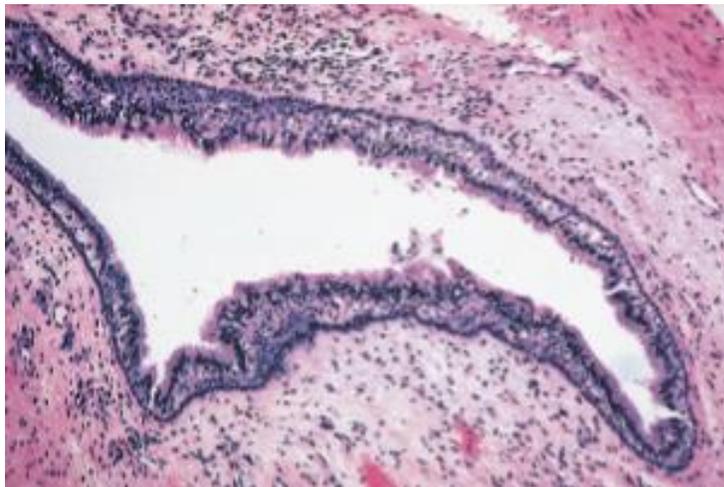


Ilustración 28 Quiste del conducto nasopalatino. Un quiste recubierto por un epitelio de tipo respiratorio rodeado por una cápsula fibrosa que presenta un leve grado de inflamación crónica. (Lewis R. Eversole)

La cápsula fibrosa en el estudio retrospectivo de Silva Barros, muestra la presencia de un infiltrado inflamatorio en un 83.3% de los casos, un infiltrado inflamatorio mononuclear en 96.0% y un infiltrado mixto en solo un caso.⁷³

Tratamiento: Enucleación quirúrgica desde un abordaje palatino o labial palatino o combinado, según el tamaño y la ubicación de los quistes, tratamiento de conductos

de los diente involucrados, y apicetomías si las raíces quedan expuestas a la cavidad quística, estudio histopatológico. La recurrencia de este quiste es rara, oscila entre el 2% y 11%.⁷³

Las complicaciones comunes del tratamiento incluyen daño en el piso de la nariz, comunicación oronasal, fístula, posible daño a los dientes adyacentes, infecciones, hemorragia y parestesia.⁷⁵

Diagnósticos diferenciales: Lesión periapical, Quiste óseo aneurismático y tumor odontogénico queratoquístico.

5.-CASO CLÍNICO

5.1 OBJETIVO GENERAL

Demostrar el manejo multidisciplinario de un paciente con una lesión osteolítica de grandes dimensiones.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Diagnosticar lesión osteolítica en maxilar

Establecer un plan de tratamiento multidisciplinario

Evaluar rutas clínicas para manejo del paciente

Analizar resultados a mediano y largo plazo.

5.3 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

Paciente masculino de 30 años de edad acude a la Clínica integral Avanzada de la Escuela Nacional de Estudios Superiores, UNAM Unidad León en septiembre del 2014, a la anamnesis no refiere antecedentes heredofamiliares, pero si un traumatismo con objeto sólido en la cara hace 10 años, su motivo de consulta es un aumento de volumen en la zona anterior de la cara a 10 años de evolución, en la zona del labio superior indoloro a la palpación y sin fístula.. Ilustración 29



Ilustración 29 Fotografías clínicas extraorales iniciales que muestran aumento de volumen en la zona anterior. Fuente propia.

En la inspección intraoral se encuentra un aumento de volumen en zona vestibular de consistencia fluctuante bien delimitado por la línea mucogingival hacia mucosa, de color similar a la encía; y que abarca de primer premolar a segundo premolar. Ilustración 30.



Ilustración 30 Fotografías clínicas intraorales que muestran aumento de volumen en la zona anterior. Fuente propia

Se utilizan como métodos auxiliares de diagnóstico: ortopantomografía, serie radiográfica periapical y tomografía computarizada Cone Beam

La ortopantomografía muestra una dentición permanente con presencia de los cuatro terceros molares, restauración en el diente 36 y tratamiento de conductos previo en el diente, así como una zona radiolúcida con bordes difusos. 12. Ilustración 31



Ilustración 31 Ortopantomografía inicial donde se observa una zona radiolúcida en la zona anterior que abarca los dientes 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24 y 25. Fuente propia.



Ilustración 32 Radiografías periapicales de que abarcan las zonas de premolar a premolar. Fuente propia

En las radiografías periapicales de la zona se observa el tamaño extenso de la lesión radiolúcida que involucra los ápices de los dientes incisivos y premolares. Ilustración 32.

Tomografía computalizada Cone Beam en cortes coronales muestra un área hipodensa de gran tamaño en la zona anterior del maxilar que destruye la cortical vestibular. Ilustración 33.

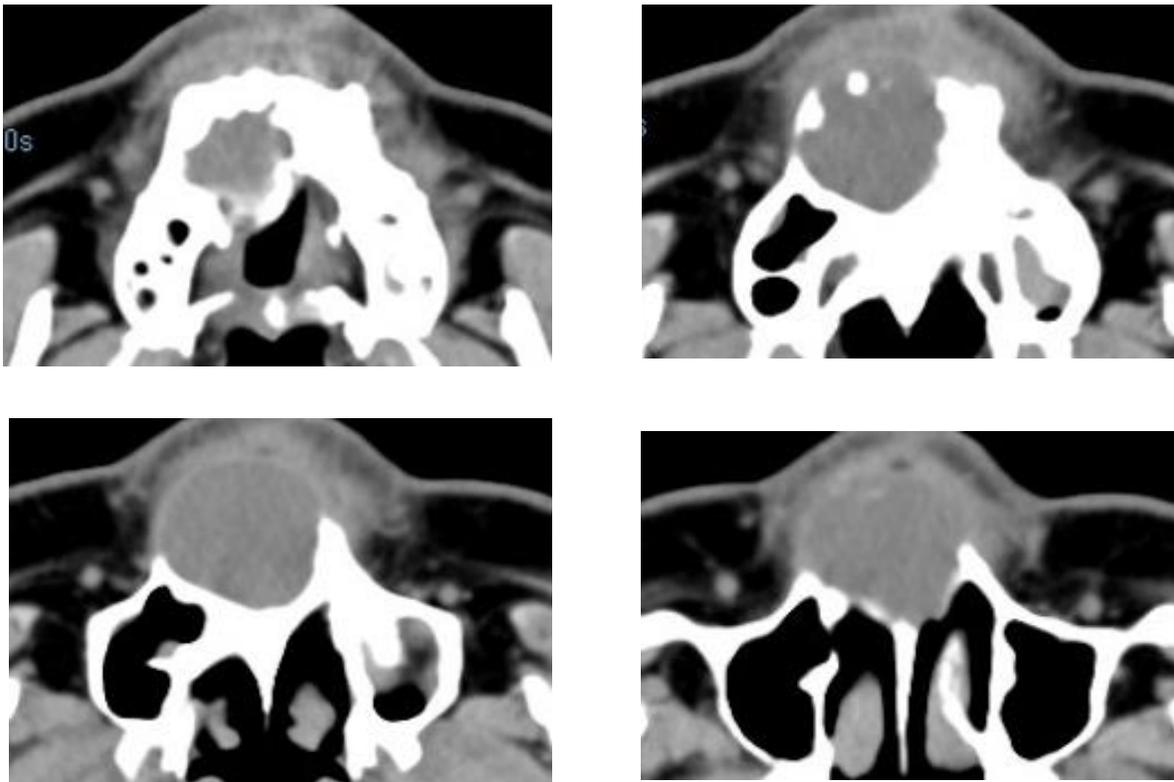


Ilustración 33 Cortes tomográficos coronales que muestran una área hipodensa extensa en zona anterior. Fuente propia.

La reconstrucción tridimensional muestra la lesión osteolítica en la zona anterior del maxilar que compromete los ápices de los incisivos y premolares y que destruye por completo la cortical vestibular. Ilustración 34.

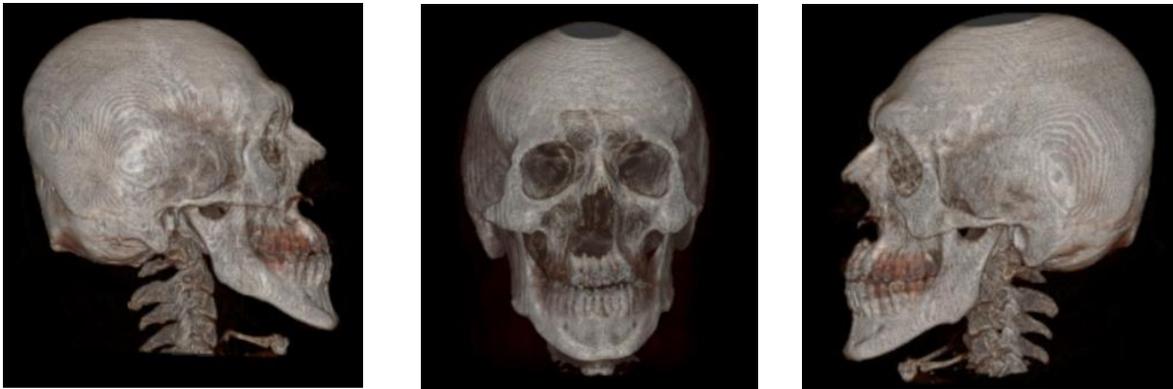


Ilustración 34 Reconstrucción tridimensional que muestra la cortical vestibular totalmente comprometida. Fuente propia

Se llevó a cabo una biopsia por aspiración con aguja fina donde se obtuvo un espécimen conformado por hemorragia y escasas células inflamatorias de tipo mixto por lo que se decide la programación de las terapias de conductos de dientes asociados para su posterior abordaje quirúrgico. Ilustración 35



Ilustración 35. Fotografías clínicas de la biopsia por aspiración con aguja fina, donde son obtenidos 20 ml de un líquido café osuro, fijado para su estudio citológico. Fuente propia.

En el periodo comprendido de diciembre del 2014 a febrero de 2015 se realizaron los tratamientos de conductos de los dientes 16, 15, 14, 13, 12, 11, 22, 23 y 24 a excepción del diente 21 que en las tomografías no mostraba conducto. Fueron realizados los tratamientos de conductos con una técnica híbrida: técnica Crown down, Step back y fuerzas balanceadas, con un protocolo de irrigación y técnica de obturación lateral modificada con ultrasonido. Ilustración 36.



*Ilustración 36 Radiografías finales de los tratamientos de conductos de los dientes 16, 15, 14, 13, 12, 11, 22, 23 y 24.
Fuente propia*

Con la finalidad de determinar los límites de la lesión, se solicita estudio de imagen Cone Beam para planificar tratamiento. Ilustración 37,38,39, con el fin de programar la biopsia excisional en quirófano.

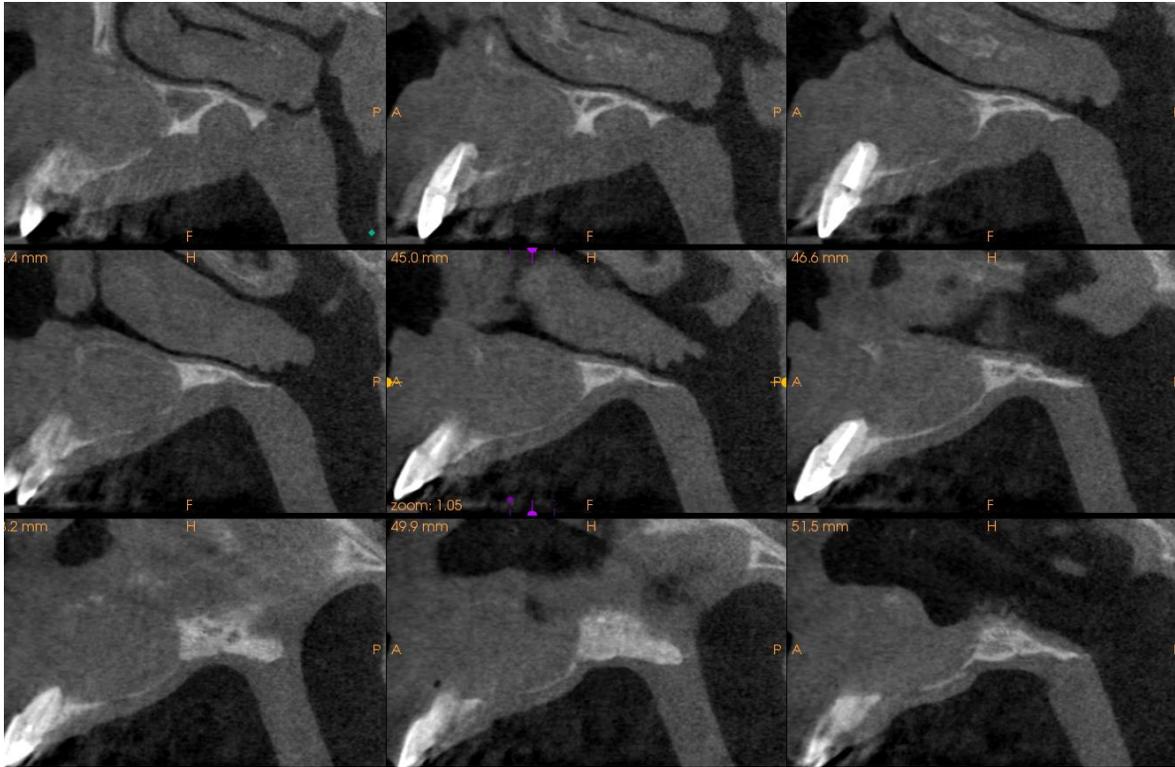


Ilustración 37 Cortes sagitales que muestran zona hipodensa delimitada con cortical ósea delgada y perforada en algunos sitios de vestibulares, palatinos y que comprometen el piso de las fosas nasales. Fuente propia.

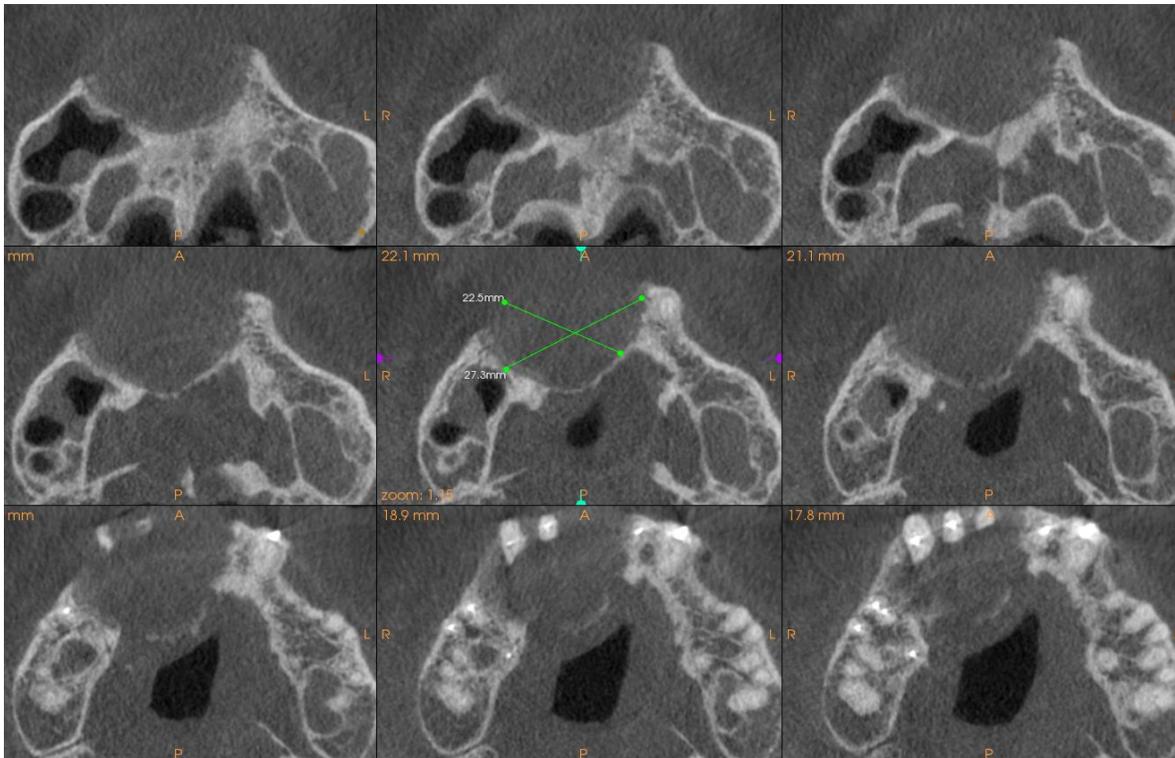


Ilustración 38 Cortes coronales que delimitan una zona redondeada hipodensa con zonas perforadas en las cortilae vestibular y palatina que mide 22.5mm x 27.3 mm. Fuente propia.

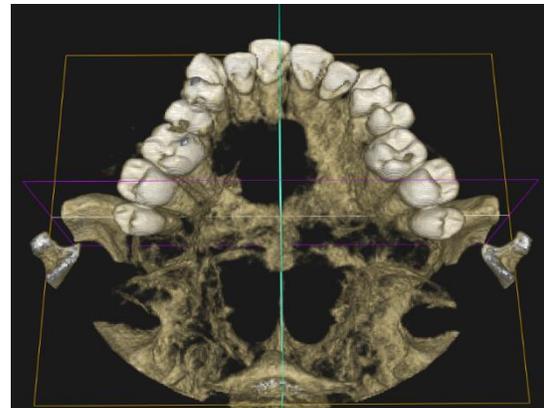


Ilustración 39 Reconstrucción tridimensional de la tomografía computarizada que muestra una extensa cavidad sin presencia de corticales. Fuente propia.

Se determina realizar biopsia excisional y apicectomías de los dientes 11, 12 y 13, cuyas raíces están expuestas a la cavidad quística, por indicación quir en marzo del 2015 en el área de Cirugía Maxilofacial en quirófano.



Ilustración 40 Incisión a nivel de encía insertada y mucosa, en zona de anteriores levantamiento del colgajo con legra. Fuente propia.



Ilustración 41 Liberación de lesión patológica, se observa cápsula que abarca la mayor parte de la zona anterior maxilar. Fuente propia.

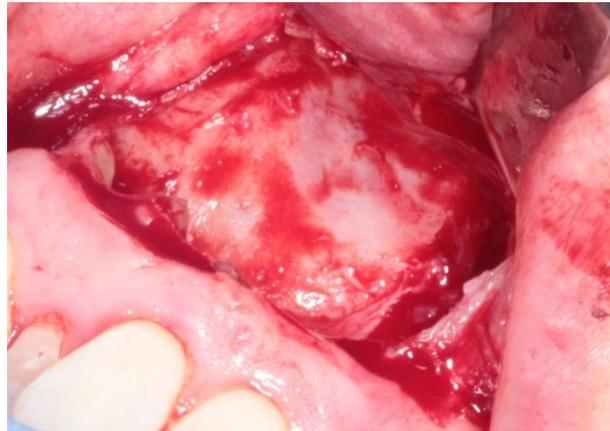
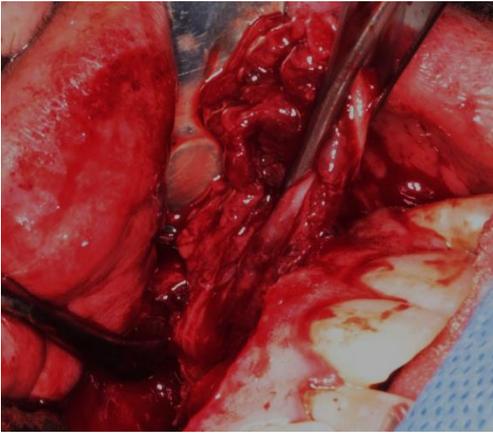


Ilustración 42 Retiro de la cápsula de tejido blando, inspección y lavado de la cavidad quística. Fuente propia.

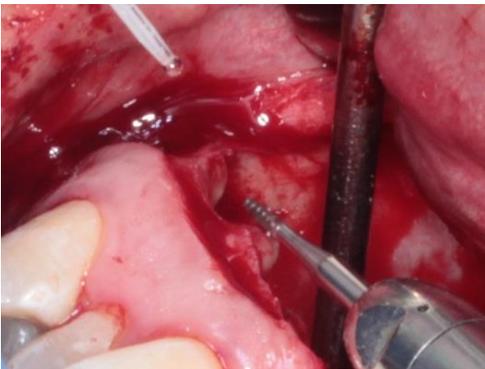


Ilustración 43 Se realizan las apicetomías de los dientes 11, 12 y 13 cuyas raíces estaban expuestas a la cavidad quística, se realiza eliminación de 3 mm apicales, retro-preparación con puntas de ultrasonido y retro-obtención con biodentine. Fuente propia.

Colaboración del área de Cirugía Oral y Maxilofacial de la ENES Unidad León de la UNAM.

Se recibe espécimen único de tejido blando que mide 3.5 X 2.4 X 0.7 cm de forma capsular de consistencia blanda y de color café caro con áreas café oscuras y negras. Se realizan cortes transversales y se incluyen fragmentos representativos en cápsula ENES 110- 15. Ilustración 44.



Ilustración 44 Espécimen recolectado y fijado de tejido blando de color café con áreas café oscuras y negras Fuente propia.

5.4 HISTOPATOLOGÍA.

En los cortes histológicos examinados se observa una cavidad cubierta por epitelio cilíndrico pseudoestratificado ciliado, en otras áreas por epitelio cúbico simple, con algunas formaciones ductuales, degeneración en su interior y células mucosecretoras, revestida por una cápsula de tejido conectivo fibroso denso bien vascularizado con extravasación de eritrocitos. Además se identifica fragmento de material calcificado y tejido nervioso. Ilustración 45, 46 y 47.

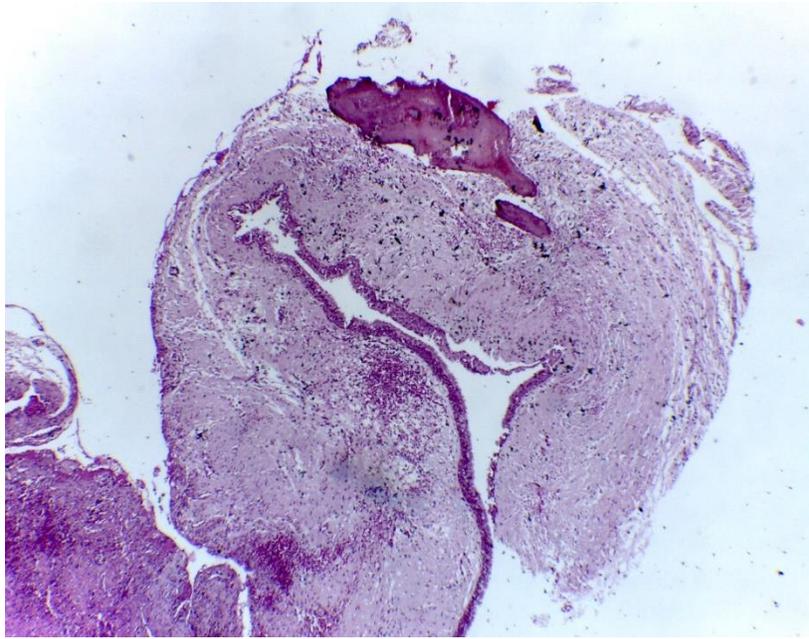


Ilustración 45 Banda de tejido conectivo fibroso formando cápsula y recubierta por una banda de epitelio. Fuente propia.

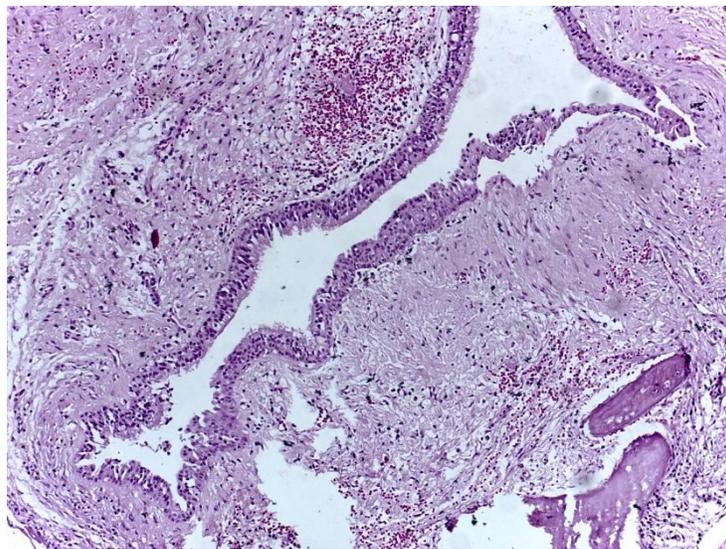


Ilustración 46 Se observa una banda de epitelio escamoso estratificado no queratinizado. Fuente propia.

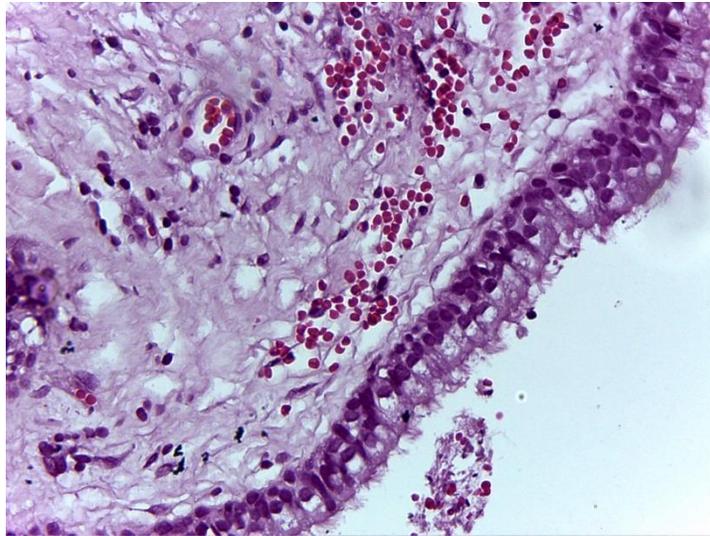


Ilustración 47 Epitelio escamoso estratificado con metaplasia glandular sobre un estroma de tejido conectivo. Fuente propia.

Diagnóstico histopatológico: Quiste nasopalatino.

El paciente se mantiene en control tanto clínico como radiográfico en un lapso de 3 años.

5.5 RESULTADOS MONITOREADOS A MEDIANO Y LARGO PLAZO.

Marzo del 2015. Ortopantomografía



Ilustración 48 Ortopantomografía inmediatamente después del procedimiento quirúrgico, donde se observa la una zona radiolúcida bien delimitada, y los tratamientos de conductos de los dientes afectados. Fuente propia.

Septiembre del 2016

Tomografía computarizada Cone Beam de seguimiento a un año.

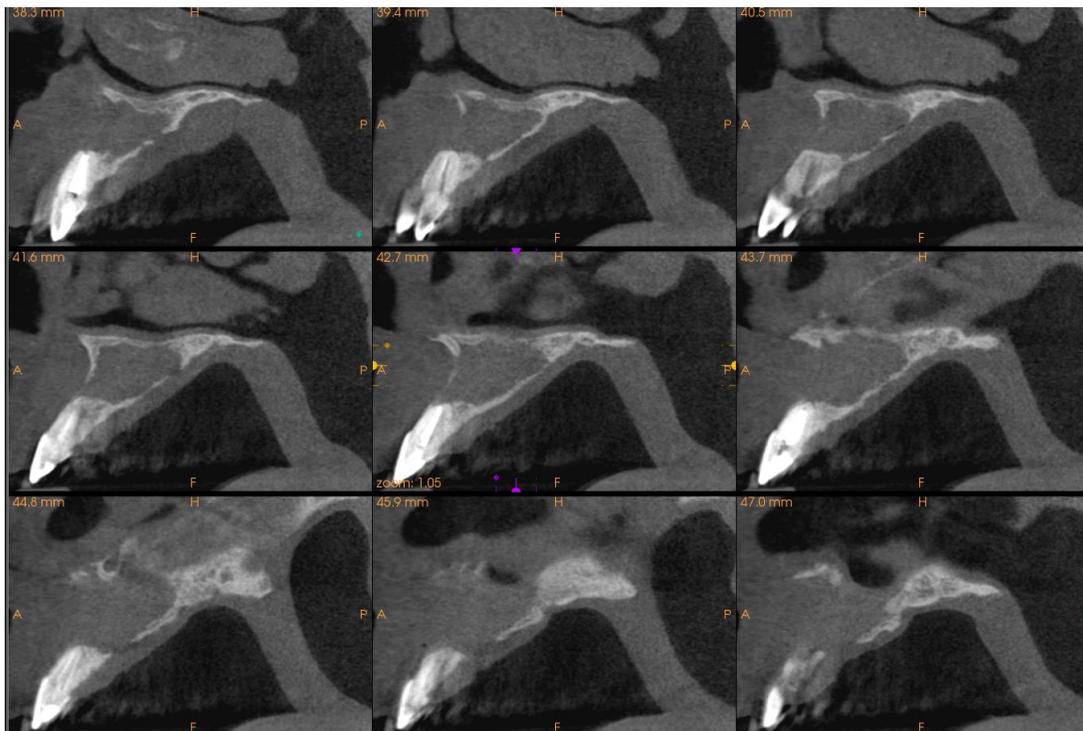


Ilustración 49 Cortes sagitales que muestran área hipodensa con zonas delgadas de cortical en vestibular, palatino y piso de las fosas nasales. Fuente propia.

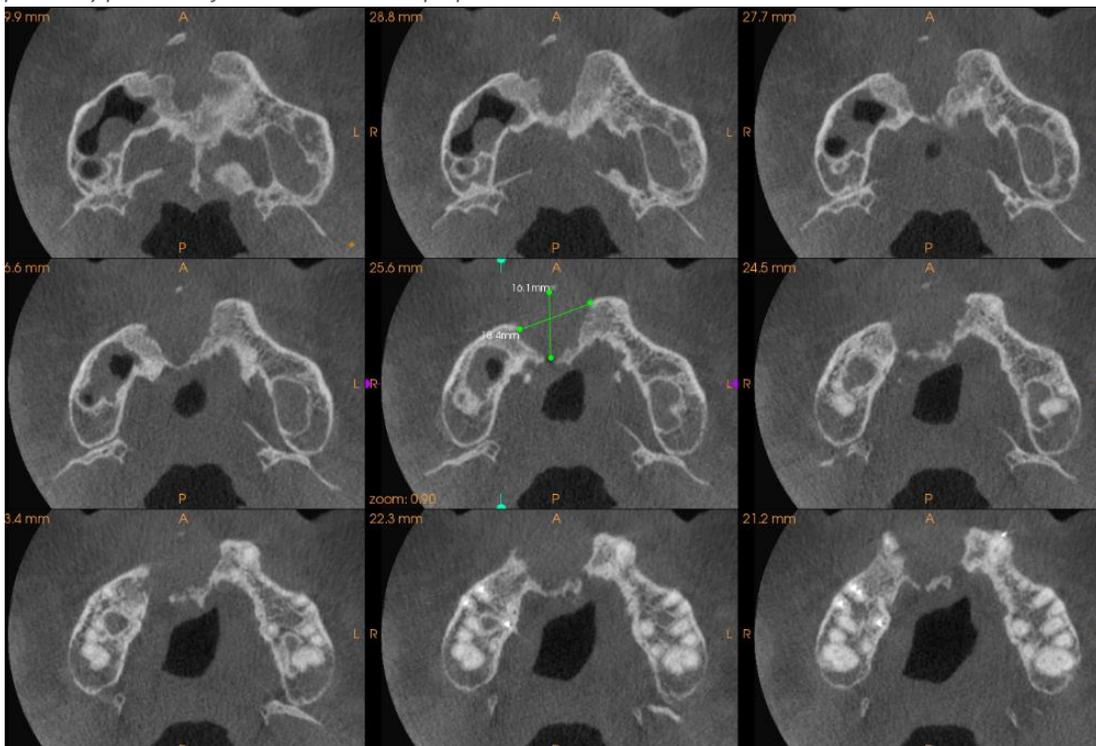


Ilustración 50 Cortes coronales que muestran zona hipodensa irregular, zona hiperdensa en palatino. Reducción de la lesión a 16.1mm x 18.4mm. Fuente propia.

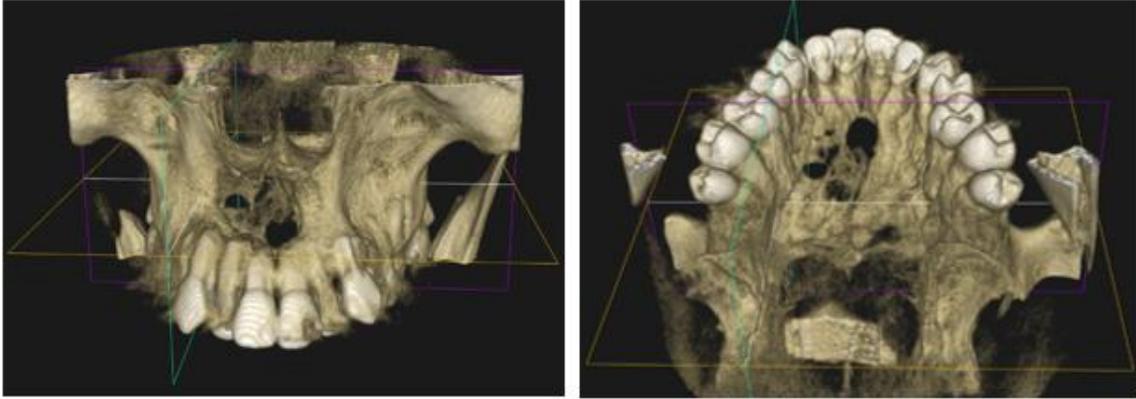


Ilustración 51 Reconstrucción tridimensional donde se muestra formación ósea irregular en la zona de la lesión. Fuente propia.

Septiembre del 2017



Ilustración 52 Ortopantomografía a dos años de seguimiento, se observan la reducción de la lesión radiolúcida y una continuidad del ligamento periodontal en apical. Fuente propia.

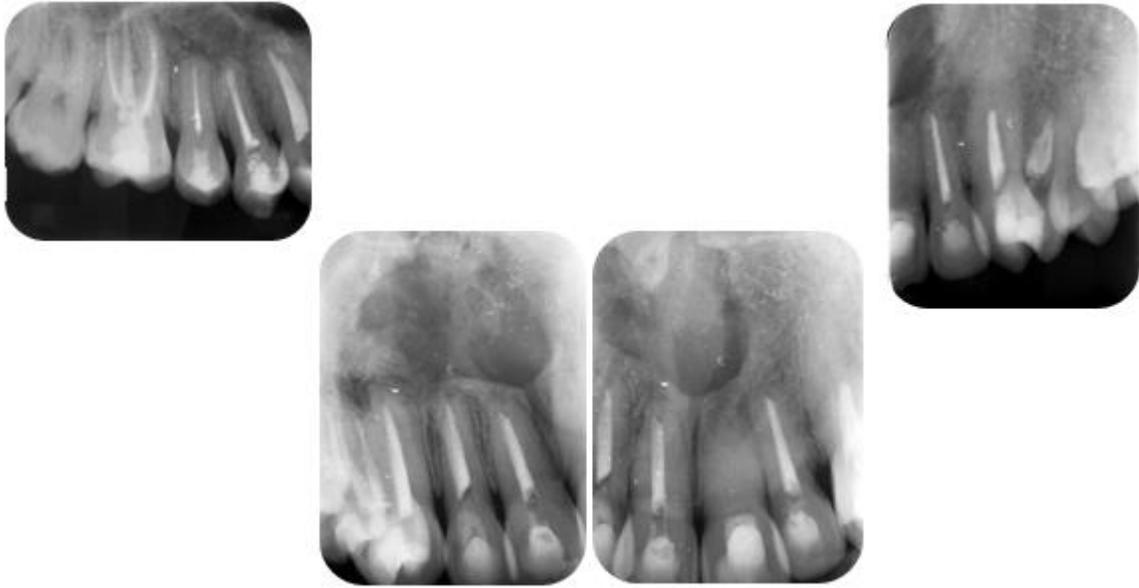


Ilustración 53 Serie radiográfica periapical que muestra zona mixta en la zona de la lesión, demuestra deposición de tejido óseo. Fuente propia.



Ilustración 54 Radiografía oclusal que muestra zonas irregulares radioopacas, cierre claro de la lesión. Fuente propia.

6 DISCUSIÓN.

El quiste nasopalatino puede afectar un amplio rango de edad, pero la mayoría de los casos ocurre entre la cuarta y sexta década de la vida, con predilección masculina, el paciente del presente caso clínico tenía 30 años de edad al momento del diagnóstico del quiste nasopalatino.⁷²

Se ha propuesto en la literatura mundial, que cualquier estimulación de restos de células epiteliales dentro del conducto nasopalatino inducidas por irritación, traumatismos locales o infecciones puede ser un estímulo que condicione la formación y proliferación de lesiones quísticas (Shylaja); en este sentido, en la historia clínica realizada al paciente, éste hace referencia a un antecedente traumático en la región maxilar, con 10 años de evolución, sin embargo no fue posible poder definir la magnitud y severidad de dicho traumatismo para condicionar la formación de la presente lesión.

En la literatura científica, se hace referencia al tamaño promedio en los que se manifiesta la lesión, con un promedio de 2.37 ± 1.69 cm; la lesión que se reporta en este caso coincide con los parámetros reportados en la literatura.⁷³

La pared del quiste puede contener una reacción inflamatoria crónica que consiste en linfocitos y células plasmáticas, siendo también útiles para su diagnóstico la presencia de fascículos neurovasculares, glándulas mucosas, tejido adiposo y la presencia de cristales de colesterol, este caso no mostro presencia de fascículos neurovasculares, tejido adiposo ni presencia de cristales de colesterol. Según la literatura la cercanía con la cavidad nasal o bucal, repercutirá en el tipo epitelial que se pueda encontrar, dadas las características clínicas de esta lesión la extensión de la misma y su proximidad con cavidades neumáticas como el seno permitio la metaplasia glandular en algunas áreas del quiste.⁷³

La cápsula fibrosa puede presentar un infiltrado inflamatorio, mononuclear o mixto⁷³ El caso que se reporta se observa un infiltrado inflamatorio predominantemente crónico.

El tejido epitelial que predominaba en el caso es un epitelio escamoso estratificado no queratinizado, con base en lo reportado en la literatura menciona que el predominio de este epitelio se da en un 64.3% de los casos.⁷³

La tomografía computarizada Cone Beam produce imágenes tridimensionales de alta resolución de las estructuras orales, que pueden detectar lesiones óseas en una etapa temprana y ofrecer las máximas garantías para establecer un diagnóstico tentativo⁷⁶ por lo que su uso en este caso permitió conocer las dimensiones y estructuras involucradas.

Según Nair, la etiología de las enfermedades endodóncicas puede involucrar factores microbianos, como infección intraradicular y extraradicular por bacterias u hongos y factores no microbianos, endógenos (quistes verdaderos) o exógenos (cuerpos extraños).⁷⁷ Al tratarse este caso de un quiste verdadero la indicación quirúrgica de un ambiente antiséptico logrado con los tratamientos de conductos radiculares fomenta los medios indicados para el éxito del procedimiento quirúrgico, teniendo en cuenta entre más extensas sean las dimensiones del quiste, más frecuentes serán las complicaciones postoperatorias, como infecciones, abscesos, fístulas o parestesias.⁷⁸

Según la literatura los quistes del conducto nasopalatino pueden dar como resultado la reabsorción de estructuras óseas y ápices de los dientes e incluso expandirse a las regiones anatómicas vecinas como el espacio nasal como en el caso reportado.⁷⁹

7 CONCLUSIÓN.

El diagnóstico y plan de tratamiento de los quistes nasopalatinos debe llevarse a cabo de manera interdisciplinaria con las áreas de Círugía Oral y Maxilofacial, Endodoncia y Patología, haciendo uso de todas las herramientas de diagnóstico a nuestro alcance: ortopantomografía, radiografías periapicales así como la tomografía computarizada Cone Beam que ofrece un panorama completo de la dimensión de la lesión y estructuras anatómicas que afecta o compromete. Se debe de realizar un seguimiento estrecho de la lesión por medio de estudios de imagen a mediano y largo plazo.

La historia clínica completa, así como las características clínicas de la lesión en la inspección intra y extra oral establecerá los criterios para definir los diagnósticos diferenciales más cercanos que junto con los resultados histopatológicos determinara el diagnóstico final.

8 AGRADECIMIENTOS ESPECIALES:

A Raúl Silva Padilla y Georgina Paola Reyes Hernández quienes realizaron algunos de los tratamientos de conductos radiculares del caso clínico.

9 BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Velayos José et al, Anatomía de la cabeza: para odontólogos, Editorial Medica Panamericana, 4ta Edición, 2007, España, pp 31-33
- 2.- Nilton Alves, Paulo L, Anatomía aplicada a la odontología, Editorial Santos, 2da Edición, Brasil, 2009, pp 3-57.
- 3.- Gómez de Ferraris M, Histología y Embriología Bucodental, Editorial Panamericana, 2da Edición, 2002, España, pp 85-109
- 4.-James K Avery et al, Principios de histología y embriología bucal con orientación clínica, Editorial Elsevier, 3ra Edición, 2007, pp 63-80
- 5.- Carlos Canalda et al, Endodoncia, Técnicas clínicas y bases científicas, Elsevier Masson, 2014, pp. 4-5
- 6.-Lewis R. Eversole et al, Contemporary Oral and Maxillofacial Pathology, Editorial Mosby, 2da Edición, California, 2004 pp 45-69.
- 7.-Reyes Velázquez et al, Quiste del conducto nasopalatino: Reporte de un caso. Medicina Oral. 2006;VIII(N. 4):168
- 8.-García Monleón L et al,. Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. 1st ed. España; 2009. Pp 90
- 9.- Liceaga Escalera et al, Quiste nasopalatino de tamaño inusual. Revisión bibliográfica y presentación de un caso, Revista ADM 2013;70(3):154-158.
- 10.- WHO: World Health Organization (Internet), USA, ICD-10 Version: 2016, actualizado enero 2017, (citado mayo 2018) Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/K09>.
- 11.-Mervy Shear and Paul M. Speight, Cyst of the Oral and Maxillofacial Regions, Editorial Blackwell Munksgaard, Gran Bretaña, 4ta Edición, 2007 pp 1-156.
- 12.- Bernardi, Lisiane et al, Radicular Cyst: An Update of the Biological Factors Related to Lining Epithelium, Journal of Endodontics 2015, Volume 41 , Issue 12 , 1951 - 1961
- 13.-Main DM. The enlargement of the epithelial jaw cysts. OdontRev 1970;21:29-4
- 14.- Killey H.C., Kay L.W. and Seward G.R. Benign Cystic Lesions of the Jaws, their Diagnosis and Treatment, 3er Edición, 1977, Edinburgh and London: Churchill Livingstone.
- 15.-Sperandio FF et al, Noninvasive treatment choice for an aged down síndrome patient presenting a residual periapical cyst, J Contemp Dent Pract, 2014, Mar 1; 15(2):254-7

- 16- K. El-Magboul et al, Mandibular infected buccal cyst or paradental cyst: report of a case, BR. Dent J., 175 (1993), pp. 330-332
- 17.- G.V Packota et al, Paradental cyst on mandibular first molars in children. Report of five cases, Dentomaxillofac. Radiol., 19(1990), pp. 126-132
- 18.- G. A. Thurnwald et al, The mandibular infected buccal cyst, a reappraisal, Ann. R Australas. Coll. Dent. Surg., 12(1994), pp. 255-263
- 19.- J. Wolf, J. Hietanen, The mandibular infected buccal cyst (paradental cyst) A radiographic and histological study, Br. J. Oral Maxillofac. Surg., 28(1990), pp. 322-325
- 20.- Ackermann G., Cohen M. and Altini M, The paradental cyst: a clinicopathologic study of 50 cases. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology . 1987 64, 308–312
- 21.- E. C Stafne, Bone cavities situated near the angle of the mandible, J Am Dent Assoc, 29, 1942, pp. 1969-1972
- 22.- Xavier J., Assumpció M, Report on a Stafne Defect in a Man From Medieval Age Case report, Journal of Oral and Maxillo Surg, 65, 2007, pp. 556-559
- 23.- C. Quesada- Gomez, E. Valmaseda- Castellon, L. Berini- Aytes, et al. Stafne bone cavity: a retrospective study of 11 cases, Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 11, 2006, pp E277-E280
- 24.- H. P Philipsen, Takata, P. A. Reichart, et al, Lingual and buccal mandibular bone depressions: a review based on 583 cases from a world-wide literature survey, including 69 new cases from Japan, Dentomaxillofac Radiol, 31, 2002, pp. 281-290
- 25- Thomas Schneider, Heinz Theo Lübbers, Stafne bone cavities: systematic algorithm for diagnosis derived from retrospective data over a 5-year period, Br J Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 52, Issue 4, April 2014, pp 369-374
- 26.- E. Aiji, N. Fujiwara, O. Tabata, et al, Stafne's bone cavity. Classification based on outline and content determined by computed tomography, Oral Surg Oral Med Pathol, 76, 1993, pp. 375-380.
- 27.- K. Minowa, N. Inoue, T. Sawamura, et al, Evaluation of static bone cavities with CT and MRI, Dentomaxillofac Radiol, 32, 2003, pp 2-7
- 28.- Amaral WJ, Jacob DS, Aberrant salivary gland defect in the mandible: report of a case. Oral Surg 14, 1961, pp 748-752
- 29.- Richard EL, Ziskind J, Aberrant salivary gland tissue in mandible, Oral Surg 10, 1957, pp. 1086-1090

- 30.- Christopher P, Philipp S et al, Enlargement of a Stafne cyst as an indication for surgical treatment – A case report, *Journal of Cranio- Maxillo-Facial Surg*, 41, 2013, pp. 270-273
- 31- C. Lucas, T. Blum, Do all cysts of the jaws originate from the dental system, *J Am Dent Assoc*, 16, 1929, pp. 659-661
- 32.- M.A Rushton, Solitary bone cysts in the mandible, *Br Dent J*, 81, 1946, p 37
- 33.- F. Carmichael, A.J Malcolm, R. A. Ord, Aneurysmal bone cyst of the zygomatic bone, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 68, 1989, pp. 558-562
- 34.- M. A. Copete, A. Kawamata et al , Solitary bone cyst of the jaws: radiographic review of 44 cases, *Oral Surg Med Oral Radiol Endodontol*, 85, 1998, pp. 221-225
- 35.- N. D. Kumar, J. E Sherubin et al, Solitary bone cyst, *Indian J Dent Rest*, 22, 2011, p 172
- 36.- K. Forssell, H. Forssell et al, Simple bone cyst: review of the literatura and analysis of 23 cases , *Int J Oral Maxillofac Surg*, 17 , 1988, pp. 21-24
- 37.- Gabriela Wong- R, Erick Carrillo, et al, Quiste óseo solitario mandibular. Reporte de un caso y revisión de la literatura, *Revista Odontológica Mexicana*, 20, 2016pp. 114-122
- 38.- Y. Suei, A. Taguchi et al, Simple bone cyst of the jaws: evaluation of treatment outcome by review of 132 cases, *J Oral MAXillofac Surg*, 65, 2007, pp. 918-923
- 39.- G. Omami, R. Mathew et al, Enormous aneurysmal bone cyst of the mandible: case report and radiologic-pathologic correlation, *Oral Surg Oral Med Oral pathol Oral Radiol*, 114, 2012, pp. 75-79
- 40.- Schajowicz F, *Histological typing of bone tumors*, World Health Organization International Histological Classification of tumors, Springer Verlag, 1993, Berlin.
- 41.- Motamedi M. H., Yazdi E, Aneurysmal bone cyst of the jaws: analysis of 11 cases, *J Oral Maxillofac Surg*, 1994, 52, pp. 471-475.
- 42.- Marín Fernandez G, García Medina B, et al, Aneurysmal bone cyst of the mandible affecting the articular condyle: a case report, *Clin Case Rep*, 2016, 4(12), pp. 1175-1180.
- 43.- Rapidis A. D., Villianotou D et al, Large lytic lesión of the ascending ramus, the condyle and the infratemporal región, *J. Oral Maxillofac Surg*, 2004, 62, pp. 996-1001.
- 44.- Perroti V, Rubini C, et al, Solid aneurysmal bone cyst of the mandible, *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2004, 68, pp. 1339-1344.

- 45.- Shafer William, Levy Barnet, Tratado de patología bucal, Nueva editorial Interamericana, 1986 p. 262
- 46.-Main D.M.G.The enlargement of epithelial jaw cysts,Odontologisk Revy 21, 1970, pp 29–49.
- 47.- Aman Moda, Gingival Cyst of Newborn, Int J Clin Pediatr Dent, 2011, 4 (1) pp. 83-84.
- 48.- Anderson P, Clarissa R et al, Odontogenic Cyst: Analysis of 680 Cases in Brazil, Heand Neck Pathol, 2008, 2(3) pp. 150-156.
- 49.- Bernes L. Evenson J. W, et al (eds), World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and Genetics of head and neck Tumors, IARC Press: Lyon 2005 ISBN 92 832 2417 5 pp. 306-307.
- 50.- Eyre J, Zakrezewska JM, The consercative management of large odontogenic keratocysts, Br J Oral Maxillofac Surg, 1985, 23 pp. 195-203.
- 51.- Dammer R, Niederdellmann H et al, Conservative or radical treatment of keratocyst: A retrospective review, 1997, Br J Oral Maxillofac Surg 1997, 35 pp. 46-48
- 52.- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE, Odontogenic cyst and tumors. In Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE editors: Oral & Maxillofacial Pathology, 3rd edition, St. Louis: Saunders Elsevier, 2009, pp. 678-740.
- 53.- Hervé S, Conessa C, Chollet O, Poncet J. Quistes del maxilar. 20th ed. Enciclopedia Médico-Quirúrgica. París: Elsevier; 2004. p. 4-6.
- 54.- Peterson LW, Vyst of bone and soft tissues of the oral cavity and contagious structures, Textbook of Oral Surgery, 2da Edición, St Louis, Mosby, 1964, pp. 263-290
- 55.- Ellis E III, Surgical managemetn of oral pathologic lesions, Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery, 4ta Edición, St. Louis, Mosby, 2003, pp. 479-502
- 56.- Abaza NA et al, Cyst of the oral and Maxillofacial Region in Oral and Maillofacial Surgery, 2nd edition, Vol. 2, St Lous, Saunders, 2009, pp. 418-65
- 57.- Bodner L et al, Eruption cysts: a clinical report of 24 new cases. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry* 28, 2004, pp. 183–185.
- 59.- Formoso et al, Lateral periodontal cysts: A retrospective study of 11 cases, Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 2008, 13, pp. 33-317
- 60.- Kerezoudis et al The lateral periodontal cyst; Aetiology, clinical significance and diagnosis, Endod Dent Traumatol 2000, 16, pp 144-150.

- 61.-Shear M, Pindborg JJ. Microscopic features of the lateral periodontal cyst. Scand J Dent Res 1975;83: 103-110
- 62.-Cohen et al, The lateral periodontal cyst, Journal of periodontology, 1984, 55, p. 230-234.
- 63.- Ichiro Ogura et al, Glandular odontogenic cyst: a report of four cases, Oral Science International, 14, 2, 2017, pp. 43-49.
- 64- Christopher T et al Treatment of a Mandibular Glandular Odontogenic Cyst with Peripheral Osteotomy Bone Allograft, and Implant Reconstruction: A case report, The Int Journ of Periodont and Restorati Dentistry, 2017, pp. 210-216.
- 65.-Kaplan, et al, Glandular odontogenic cyst: A challenge in diagnosis and treatment. Oral –dis, 2008, 14 pp. 575-581
- 66.- Nixdorf D. R. et al, Clinical presentation and differential diagnosis of nasolabial cyst, J Can Dent Assoc, 69, 2003, pp. 146-149
- 67.- Felix J.A.D.P et al, Cisto nasolabial bilateral: relato de dois casos e revisao da literatura, Rev Bras Otorrinolaringol, 69, 2003, pp. 279-282.
- 68.-Heng-Wai et al, Nasolabial cyst: Clinical features, diagnosis, and treatment, British Jour of Oral and Maxillofac Surg 45, 2007, pp. 293-297.
- 69.- Miloro M et al, Peterson´s principles of oral and maxillofacial surgery, 2nd Hamilton, BC, Decker; 2004, pp. 608-609.
- 70.- M. Cicciú et al, Rare bilateral nasopalatine duct cyst: a case report, Open Dent J, 4, 2010, pp. 8-12.
- 71.- Grossman et al, Demographic profile of odontogenic and selected nonodontogenic cyst in a Brazilian population, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 106,2007, pp. e35-e41.
- 72.- Ninaka et al, Nonodontogenic cyst of the oral and maxillofacial region: demographic profile in a Brazilian population over a 40-years period, Eur Arch Otolaryngol, 2011, pp. 917-922.
- 73.- Silva Barros et al, Características clínicas e histopatológicas del quiste del conducto nasopalatino: estudio retrospectivo de 47 años y revisión de los conceptos actuales, Rev Maxilofacial Surgery, 6, 2018, pp 264-268.
- 74.- Tsuneki et al, Histopatogénesis inflamatoria del quiste del conducto nasopalatino: estudio clinicopatológico de 41 casos, Oral Dis, 19, 2013, pp 415-424
- 75.- Jones y Dillon, Quistes noodontogénicos de las madíbulas y tratameinto en la población pediátrica, Oral Maxillofac Surg Clin North Am, 28, 2016, pp 31-44.

76.- C. Estrela et al, Precisión de la tomografía computarizada de haz cónico, la radiografía panorámica y periapical para la detección de periodontitis apical, J Endod, 34, 2008, pp 273-279

77.- Nair P.N.R, On the causes of persistent apical periodontitis: a review, International Endodontic Journal, 39, 2006, pp. 249-281.

78.- Suter V. G et al, The nasopalatine duct cyst: an analysis of the relation of clinical symptoms, cyst dimensions and involvement of neighboring anatomical structures using limited cone beam computed tomography, J Oral Maxillofac Surg, 2011.

79.- Valerie C. A et al Expansive nasopalatine duct cyst with nasal involvement mimicking apical lesions of endodontic origin: a report of two cases, Journal of endodontics, 37, 9, 2011, pp 1320-1326