

Registros
(55)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DONADO POR D. G. B. - B. C.

QUISTES DE LOS MAXILARES Y ESTRUCTURAS
ANEXAS DE ORIGEN ODONTOGENICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:
José Adán Lara Frago

MEXICO, D. F.

1979

14915



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO.

	PAG.
INTRODUCCION._	1
CAPITULO II._GENERALIDADES (definición)	3
CAPITULO III._CLASIFICACION.	7
CAPITULO IV._QUISTES ODONTOGENICOS.(FOLUCUPARES)	9
CAPITULO V._QUISTES RADICULARES.	17
CAPITULO VI._QUISTES FISURALES.	26
CAPITULO VII._QUISTES DE RETENCION	37
CAPITULO VIII._QUISTES DISONTOGENICOS.	50
CAPITULO IX._TIPOS DE TRATAMIENTOS QUIRURGICOS PARA LA REMOCION DE QUISTES.	58
CONCLUSIONES._	63
BIBLIOGRAFIA._	65

INTRODUCCION.

Durante los ultimos años la odontología ha ido adquiriendo un papel importante en la profesión médica, al ir adquiriendo mayores responsabilidades, en cuanto a una mejor atención del paciente.

Como consecuencia de este progreso, por decirlo así, el odontólogo no nada mas debe cumplir funciones de reparación y protección, sino que debe incluir además, conocimientos básicos de la patología bucal, ya que ciertas enfermedades generales tienen manifestaciones primarias en la cavidad oral. Este es de gran importancia ya que en un momento dado, este le pueda permitir diagnosticar determinada lesión, que en ocasiones puede ser mortal, como es el caso del cáncer bucal, cuyo diagnostico y tratamiento precoz seran definitivos para su curación.

Esto implica indudablemente una seria responsabilidad del odontólogo hacia el paciente y su profesión, por lo que ha de estar capacitado para examinar al paciente, valorar los diversos hallazgos bucales y parabucales, realizar conclusiones diagnosticas y efectuar el tratamiento indicado.

De acuerdo a lo anterior el presente trabajo trata sobre una parte de la patología que afecta la cara, el cuello y entidades vecinas, específicamente enfermedades quísticas y pseudoquísticas.

Los quistes se derivan a partir del epitelio, asociado con el desarrollo y formación del aparato dental, produciendose es-

tos en alguna fase del patrón normal de la odontogénesis. Estos quistes presentan ciertas características comunes, aunque cada tipo mantiene caracteres propios, por lo que se deberá realizar un buen diagnóstico, mediante una relación de datos clínicos, físicos, radiográficos e histológicos para la identificación de determinada lesión.

La importancia de los quistes estriba en el hecho de que pueden ser una amenaza potencial sino son tratados oportunamente.

A continuación se exponen ciertos aspectos que tienen un fin, ayudar a diagnosticar y tratar a las diferentes variedades de enfermedades quísticas,

CAPITULO 11

GENERALIDADES.

Se considera que los quistes son tumores en el sentido amplio de la palabra, definiendose un quiste verdadero como una cavidad o espacio anormal el cual contiene una sustancia liquida o pastosa, rodeada por una membrana formada de epitelio.

En sí, un quiste comprende un proceso o formación anormal, con un comportamiento mas o menos semejante en sus distintas variedades.

Puede presentarse, ya sea, en tejidos blandos, dentro de hueso o ubicarse sobre una superficie ósea, produciendo una depresión.

En general evolucionan en forma asintomatica, excepto cuando se ulceran o infectan, no perdiendo los dientes cercanos a la zona su vitalidad.

Crecen lenta o rapidamente, pero siempre van en aumento, rechazando los tejidos cercanos. Su crecimiento es debido a la presión oncótica del componente intraquistico.

Es comun que no presenten manifestaciones clinicas, pero se puede dar el caso de ser muy grande, en cuyo caso, puede provocar abombamiento del hueso cortical, seguido de un aumento de volumen de la porción afectada, con la consiguiente asimetría o malformación facial.

Es dificil que un quiste que este en tejidos duros, infiltre en los tejidos blandos, ya que esta protegido por las láminas

-corticales.

El descubrimiento de algun tipo de quiste, en la mayoria de los casos es por un examen radiográfico sistematico. En este examen se observa el hueso obscuro, es imagen quística (zona radiolúcida) circunscrita por un halo (sombra radiopaca delgada) que corresponde a la membrana quística.

Los componentes histologicos del quiste estaran en relación con el tejido que los origina, tales como el epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar respiratorio y elementos del liquido intraquistico, cristales de colesterol, restos celulares, queratina, suero, plasma, células epiteliales descamativas, leucocitos, etc., y en casos mas complejos como el dermoide se encuentran glándulas sebáceas, sudoríparas y folículos pilosos.

Los datos clinicos y radiograficos de los quistes son bastante similares en comparación con otras entidades patológicas, como son el tumor central de células gigantes, los ameloblastomas, el mieloma múltiple, el mixofibroma, etc., por lo que se deberá realizar un diagnostico diferencial, en el cual el histopatologo, determinara el tipo de lesión de que se trate.

Es importante mencionar que los quistes son benignos y de hecho no producen fisoclasia, mientras que las lesiones antes citadas si lo hacen.

El tratamiento tiene como fin, retirar completamente el quiste y eliminar la causa, por ejemplo, los tratamientos de conductos en los quistes periapicales, extracción de dientes incluidos en los quistes dentigeros.

Existe otro tipo de tratamiento mas largo, con el cual se busca disminuir paulatinamente el tamaño del quiste, llamado marsupialización.

DIAGNOSTICO.

Es de vital importancia el realizar un buen diagnostico, tanto en Medicina como en Odontología, para prevenir en un momento dado el avance de ciertas lesiones malignas o detectar enfermedades generales.

Con respecto a los quistes el diagnosticarlos oportunamente, es de gran importancia, debido a su capacidad de destrucción tanto de tejido óseo como blando y mas aún cuando no dan sintomatología que delataran su evidencia.

Para realizar un buen diagnostico se deben de relacionar estudios cronológicos, valoraciones criticas recogidas después de un interrogatorio (historia clínica) la exploración física del paciente, estudios radiográficos e histológicos, los cuales en ocasiones serán definitivos.

En el diagnostico clinico de los quistes se puede presentar una asimetría facial, causada por un crecimiento muy marcado. El hueso se vuelve delgado, como una cáscara de huevo, de modo que al presionar se puede sentir una sensación de crepitación.

Ciertos quistes se pueden infectar, produciendo signos y síntomas de inflamación, elevación de la temperatura y leucosi-

-tosis.

En el diagnóstico radiográfico se podrá determinar la localización y extensión del quiste. Se observará como una radiolucidez del hueso, rodeada por una línea blanca que corresponde a la lámina dura, esta suele encontrarse alrededor del quiste y es debida a la esclerosis del hueso, como respuesta a la presión por la expansión del quiste.

Ha de realizarse un diagnóstico diferencial, ya que existen cierto número de lesiones que presentan imágenes semejentes a los quistes, como son los ameloblastomas, tumores de células gigantes, el mixoma o mixofibroma, etc..

Los tumores benignos tienen tendencia a erosionar o destruir las raíces dentales, mientras que los quistes tienden más bien a desplazar dichas raíces.

Los tumores malignos, ya sean primarios o metastásicos no presentan en la radiografía la lusura y el aspecto redondeado de la lámina dura del quiste.

Ante cualquier tipo de radiolucencia o quiste se deberá realizar un examen histológico para tener mayor seguridad en el diagnóstico final, recordando que si un tejido amerita ser extirpado, amerita también ser estudiado al microscopio.

CAPITULO 111

CLASIFICACION.

Existen diversas clasificaciones con respecto a los quistes de los maxilares y tejidos vecinos, todas son consideradas válidas, ya que no existe una clasificación estandar, sin embargo, existe una que parece ser la mas aceptada desde el punto de vista didactico, efectuada por Irving Meyer y Gerald Sekler.

La clasificación es la siguiente;

1) QUISTES ODONTOGENICOS.

a) Foliculares.

-Primordial.

-Dentígero.

-Multilocular.

b) Radiculares.

-Lateral (Periodontal o gingival)

-Periapical.

-Residual.

11) QUISTES NO ODONTOGENICOS.

a) Fisurales.

-Medial (maxilar y mandibular).

-Globulomaxilar.

-Nasosiveolar.

-Nasopalatino.

b) De retención.

-Mucosa.

-Mucosales.

c) Seudoquistes (no epiteliales).

-Quiste traumático.

-Cavidad ósea ideopática.

-Quiste óseo aneurismático.

111) QUISTES DISONTOGÉNICOS.

-Dermoide.

-Epidermoide.

-De la hendidura braquial.

-Del conducto tirogloso.

-Higroma quístico.

CAPITULO IV

QUISTES ODONTOGENICOS.

Los quistes odontogenicos son considerados del desarrollo, que se originan a partir del epitelio que participa en la formación del aparato dental.

Existen dos tipos que son; los quistes foliculares, que estan en relación con las coronas de los dientes y los quistes radiculares que estan en relación con las raíces de los dientes.

QUISTES FOLICULARES.

Los quistes foliculares son originados de un germen dentario, que en vez de formar un diente, origina un quiste o puede formar nada mas la corona, degenerando el epitelio restante.

A saber existen tres variedades de estos quistes que son; el primordial, el dentifero y el multilocular.

QUISTE PRIMORDIAL.

Este tipo de quiste es uno de los menos comunes, se considera como una anomalia precoz del desarrollo. Se forma por la degeneración y licuefacción del retículo estrellado, dando lugar a un espacio quístico, limitado por el epitelio interno y externo del órgano del esmalte, que sufre un cambio y se transforma en epitelio escamoso estratificado antes de que se forme esmalte o dentina calcificados, por lo tanto este quiste proviene de un germen dentario, que en vez de formar un diente, degenera o aborta, convirtiéndose en dicho quiste.

También puede originarse de un órgano dental supernumerario, de manera que puede presentarse en todos los dientes,

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

El quiste primordial varía mucho de tamaño y posee potencial para expandir hueso y desplazar los dientes adyacentes por presión.

La mandíbula es la que más comúnmente es afectada que el maxilar, ubicándose a nivel de terceros molares, generalmente estos no están presentes, extendiéndose a la rama ascendente. Suele presentarse durante la segunda o tercera década de la vida. La lesión no es dolorosa, salvo que se infecte en forma secundaria, encontrándose los dientes de la zona con vitalidad y al parecer no hay predilección por el sexo.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.

Se observa en la radiografía como una lesión radiolúcida

redonda u oval, bien delimitada, que puede tener una pared o borde esclerótico, encontrándose unilocular o multilocular. Su ubicación puede ser debajo o entre las raíces de los dientes o cerca de la cresta del reborde, en lugar de un diente ausente en forma congénita, en particular de un tercer molar superior o inferior.

Su tamaño es variable, rara vez alcanza los dos centímetros de diámetro -- dependiendo de su tamaño, podrá o no desplazar los dientes o provocar asimetría facial.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

Microscópicamente se compone de fascículos paralelos de fibras colágenas, cuya densidad es variable. Su superficie interna está revestida de epitelio escamoso estratificado, que puede o no presentar paraqueratina u ortoqueratina.

Es posible encontrar células inflamatorias crónicas como linfocitos y plasmocitos mezclados con leucocitos polimorfonucleares.

TRATAMIENTO.

El quiste primordiel ha de ser enucleado quirúrgicamente, con un curetado a fondo del hueso, aunque es común que residive.

QUISTE DENTICHO.

Suele encontrarse mas comunmente, originandose por una alteración del epitelio reducido del esmalte, despues de haberse formado parcialmente la corona dental, encontrandose una acumulacion de liquido entre este epitelio y la corona dental, o puede derivar de la degeneración quística de los restos de la lámina dental.

En si podemos decir que se forma en los sacos foliculares que rodean las coronas de los dientes en desarrollo.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El quiste dentifero suele estar asociado con la corona de un diente retenido, con un supernumerario o con anomalias dentales (como los odontomas).

En general, esta lesión se presenta como un agrandamiento que puede provocar desplazamiento de los dientes cercanos, expansión de hueso con asimetría facial, resorción de piezas adyacentes y dolor.

Se ubica a nivel de terceros molares retenidos, superiores o inferiores y en la zona de caninos que a menudo se encuentran retenidos.

El revestimiento epitelial tiene gran capacidad potencial de transformarse en una lesión maligna (disqueratósica) como lo es el ameloblastoma.

Este quiste esta asociado con dientes primarios o permanentes en erupción. En infantes es llamado "quiste de brote" o de

erupción y son el resultado de la dilatación del espacio folicular normal, causada por acumulación de sangre sobre la corona del diente, presentando un color azulado.

Por lo común no se requiere tratamiento, ya que las lesiones se abren con la erupción de los dientes y si fuere necesario se hará una incisión. No se conoce la causa del origen de este quiste.

Por lo regular es más común en hombres que en mujeres, manifestándose entre la segunda o tercera década de la vida.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.

En la radiografía se observa una imagen radiolúcida, bien demarcada de forma redonda u oval, rodeando a la corona de un diente no erupcionado. Generalmente el quiste parece estar unido a dicha corona, en la porción de esmalte y cemento.

Es posible encontrar esta lesión en forma unilocular o multilocular, de tamaño variable.

Se deberá tener cuidado en no confundir un quiste verdadero con el espacio folicular normal, ya que las dos entidades son similares radiográficamente.

ASPECTO HISTOLÓGICO.

El quiste dentífero este compuesto de una delgada pared de tejido conectivo, revestido de una escasa capa de epitelio escamoso que tapiza la luz. La superficie del epitelio a menudo esta cubierta por una capa acanalada de paraqueratina u ortoqueratina.

La infiltración en el tejido conectivo de células inflamato-

Rias es común debido a la infección secundaria.

Muchas veces se encuentran pequeños nidos de epitelio sobre las paredes del quiste dentado, lo cual es una fuente potencial que originará un ameloblastoma.

TRATAMIENTO.

Si el quiste es pequeño se podrá realizar la enucleación en su totalidad, pero si es grande, será tratado por medio de la marsupialización. Esta lesión deberá ser controlada posteriormente por su alta capacidad de volver a aparecer.

Las posibles complicaciones de este quiste son:

-Formación de un carcinoma epidermoide o mucocpidermoide, este es un tumor maligno de glándulas salivales, derivado del revestimiento del quiste dentífero.

Formación de un ameloblastoma derivado del epitelio, del revestimiento o de restos del epitelio odontogéno de la pared quística.

QUISTE MULTILOCULAR.

Este tipo quístico no es muy común, suele ser debido a que un gérmen dentario degenera y origina varios quistes.

Individualmente se parecen al quiste primordial en cuanto a su localización y aspecto radiográfico.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Esta lesión presenta un agrandamiento del hueso afectado, siendo afectada con mas frecuencia la zona molar mandibular, tendiendo a migrar los dientes afectados.

Estos quistes multiloculares son hereditarios y en ciertos

Casos se encuentran asociados con una anomalía del desarrollo llamada síndrome de nevo basocelular, en el cual se encuentran carcinomas celulares, quistes sebáceos de piel y múltiples deformidades esqueléticas.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.

Radiográficamente se observa una imagen parecida a pompas de jabón, que representa el aspecto multiquístico.

ASPECTO HISTOLÓGICO.

Su aspecto microscópico revela gran cantidad de quistes primordiales, unidos por epitelio escamoso estratificado, el cual puede contener queratina, y sus paredes de tejido conectivo en ocasiones presentan células inflamatorias.

TRATAMIENTO.

Estos quistes han de ser enucleados quirúrgicamente con cuidado, efectuándose posteriormente un raspaje de la lesión.

CAPITULO V

QUISTES RADICULARES.

Los quistes radiculares se originan a partir de la proliferación de los restos epiteliales de Malassez.

Existen tres variedades que son; el gingival, el periapical y el residual.

ETIOLOGIA.

Los quistes radiculares son el resultado de procesos inflamatorios en los restos de la capa radicular de Hertwig (restos epiteliales de Malassez) de la membrana parodontal.

La formación de un quiste radicular puede deberse a que exista el proceso carioso en un diente, en el cual la pulpa dental esta involucrada. Las bacterias que penetran en la cámara pulpar provocan una respuesta inflamatoria que llega hasta la zona del ápice del diente.

Este puede originar un absceso o un granuloma dental, que puede contener varios restos epiteliales, que son remanentes de la vaina de Hertwig, mismos que con frecuencia permanecen inactivos, pero dada la reacción inflamatoria, pueden ser estimulados por la intensidad de esta reacción y crecen.

Una vez que han proliferado las células epiteliales, se forma una malla dentro del granuloma con degeneración y licuación, tanto del epitelio como del tejido conectivo central, lo que produce la cavidad quística.

Hay exudación a partir del tejido conectivo inflamado, provocando un agrandamiento en la parte central y las células epi-

-teliales siguen proliferando debido a la irritación continua de los productos químicos de la inflamación y del contenido de la cavidad.

Con esto se forma un revestimiento epitelial dentro de una cápsula periférica. La cápsula de tejido conectivo puede presentar inflamación crónica mas o menos intensa, causando a menudo degeneración y ulceración del revestimiento epitelial. El quiste crece por expansión, produciendo una atrofia por presión del hueso subyacente, que forma una línea de hueso condensado alrededor del quiste, llamado lámina dura, semejante al hueso que tapiza los alveolos dentarios. Dentro del quiste se encuentran células epiteliales degeneradas, cristales de colesterol, sangre, pigmento hemático y pus.

QUISTE RADICULAR PERIAPICAL.

Es el que con mayor frecuencia se encuentra dentro de los quistes odontogénicos.

Se considera que es debido a un proceso infeccioso por vía pulpar a consecuencia de la caries.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Se localiza en el ápice de un diente erupcionado, suele ser asintomático y el diente asociado con el quiste está desvitalizado, presentando por lo regular caries dental.

Este quiste si es grande y presenta infección, provoca agrandamiento de hueso. A la palpación hay sensación de crepitación quística, lo que indica una delgada capa de hueso cortical, que parece cáscara.

El revestimiento epitelial de estos quistes es derivado por los restos epiteliales de Malassez del ligamento parodontal y al contrario de los quistes foliculares no tienden a transformarse en ameloblastomas.

Es mas frecuente en el maxilar que en la mandíbula, a nivel de la región anterior, presentándose por lo general en la tercera década de la vida, y no hay predilección por el sexo.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.

En este examen se observa una radiolucencia delimitada mas o menos clara en la zona apical del diente afectado y una discontinuidad de la membrana periapical y de la lámina dura que son características del granuloma y del absceso apical.

Su tamaño es variable al igual que su forma, siendo un poco

mas grande que un granuloma. Radiograficamente no se puede diferenciar entre un granuloma dentario, un absceso apical y un quiste radicular.

Puede ser considerado un quiste radicular si el tamaño de la radiolucencia es mayor de doscientos milímetros cuadrados.

ASPECTO HISTOLOGICO.

Al microscopio se apresia una cavidad que contiene restos necróticos, carentes de estructura o sustancia eosinófila homogénea.

En ocasiones habra células gigantes de cuerpo extraño, corpúsculos de Russell, cristales de colesterol, grandes macrófagos pálidos (células espumosas o de pseudoxantoma) y pigmentos sanguíneos.

El quiste se encuentra revestido de epitelio escamoso estratificado, rodeado por tejido conectivo de variable densidad, el cual en la mayoría de los casos presenta infiltración de plasmocitos, linfocitos y edema.

TRATAMIENTO.

Se habrá de realizar, si es posible un tratamiento conservador, obturando el conducto radicular y un raspaje local apical, y en ultimo caso, extracción del diente afectado y raspaje apical.

QUISTE PERIODONTAL LATERAL.

Es una lesión poco frecuente, se produce a lo largo de la superficie lateral de la raíz y no en la punta, debido, ya sea a un canal accesorio o fistula o como resultado de un absceso

lateral, originado en el surco gingival.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Este quiste se localiza dentro del hueso, a nivel de caninos y premolares inferiores (en oposición con la pared dental) no estando comunicado con la cavidad bucal.

Curso en forma asintomática y los dientes de la zona conservan su vitalidad. Esta es una diferencia que distingue a este quiste del radicular periapical.

Por lo común se presenta en personas adultas, sin predilección por el sexo.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.

En la radiografía se puede observar una zona radiolúcida en la parte lateral de la raíz, por lo regular es pequeña y bien circunscrita este tipo de lesión.

ASPECTO HISTOLÓGICO.

En sí, este quiste se encuentra dentro de un saco hueco. Está revestido por una capa de epitelio escamoso estratificado rodeado por una cápsula de tejido conectivo.

TRATAMIENTO.

Se ha de realizar por medio de la enucleación quirúrgica, conservando, de ser posible, el diente afectado, no es frecuente que resida.

Algunos autores clasifican o simplemente mencionan otras variedades de quistes, considerándolos como gingivales pero que entran en la clasificación de los quistes radiculares, estos son; "quiste de la lámina dental del recién nacido" y el "quiste gingival del adulto.

Los primeros son nódulos múltiples del reborde alveolar, originados por la lámina dental. Se observen como tumefacciones blancas del reborde alveolar del recién nacido, ubicadas en la hendidura palatina media o cerca de esta.

Son asintomáticos y no parecen molestar.

En la radiografía por lo regular no se pueden observar.

Son considerados verdaderos quistes por presentar un delgado revestimiento epitelial, conteniendo queratina descamada y en algunos casos células inflamatorias.

No se efectúa ningún tratamiento, ya que se deshacen al erupcionar los dientes.

Con respecto a los quistes gingivales del adulto, estos se localizan dentro del tejido gingival, sin afectar el hueso, a nivel de la encía, tanto libre como insertada, presentandose como una hinchazón pequeña, bien circunscrita e indolora, parecida al mucoselo.

Por lo regular aparece en adultos mayores de 40 años.

Al igual que los quistes de la lámina dental no se observan en la radiografía.

Histologicamente se encuentra una cavidad tapizada de epitelio escamoso delgado, conteniendo un líquido.

La lesión puede presentar infiltración celular inflamatoria, estando libre en el tejido conectivo de la encía.

Es posible la formación de queratina.

La lesión ha de ser extirpada quirúrgicamente en forma local.

QUISTE RESIDUAL.

Este tipo de quiste es debido a que un diente, afectado por un quiste radicular se extrae y no se remueve dicho quiste, permaneciendo en el maxilar, en otras palabras podríamos decir que se ha olvidado inadvertidamente al realizar la extracción de un diente, o también puede representar la degeneración quística de un granuloma que no ha sido eliminado en el momento de la extracción.

Como el quiste periapical, es asintomático, siendo mas frecuente en el maxilar que en la mandíbula y en la mayor parte de los pacientes se encuentran en la cuarta década de la vida. Este quiste residual es semejante al quiste primordial, sin embargo el quiste folicular tiene capacidad ameloblastica. Histologicamente ambos tipos quísticos son iguales y la única diferencia es la presencia de alteraciones de naturaleza ameloblastica.

También se mencionan en la literatura otros tipos de quistes como son el "Queratoquiste odontógeno" y el "Quiste odontogénico queratinizante y calcificado".

QUISTE ODONTOGENO.

Fue descrito por Pindborg y Hansen y se considera como una variedad de los quistes;

-Primordial.

Quiste periodontal lateral.

-Síndrome de quiste odontógeno nevo basocelular y costilla bífida.

-quistes dentigeros.

-quistes idiopáticos.

-Y puede ser también del quiste periodontal apical o radicular.

Por lo regular no presenta manifestaciones clínicas, lo común en este quiste es el dolor, expansión de hueso y la hinchazón del tejido blando.

En el examen radiográfico se observa una imagen radiolúcida unilocular o multilocular, que en ocasiones presenta un delgado borde esclerótico óseo.

Al microscopio se encuentran algunas características de los quistes antes mencionados, como son el epitelio, del tipo escamoso estratificado, comunmente con paraqueratosis y en ciertos casos presenta ortoqueratosis.

Su luz contiene un líquido poco espeso o cremoso de color rojizo y en algunos casos se encuentre queratina, colesterol o cuerpos hialinos en partes inflamadas.

Su tratamiento es la enucleación total, aunque esto es un poco difícil.

Una característica importante de este quiste es que por naturaleza tiende a residivar.

El síndrome del quiste odontogénico neovascular y costilla bifida se considerará una afección hereditaria, transmitida por un gen dominante autosómico y de presentación variable.

Se pueden presentar;

-Anomalías dentales u óseas, como deformación de dientes, prognatismo mandibular.

-Anomalías cutáneas.

-Anomalías oftalmológicas.

-Anomalías neurológicas e incluso retardo mental.

-Í anomalías sexuales.

Este síndrome del quiste odontogénico suele frecuentemente residuar e incluso puede dar lugar a un ameloblastoma, por lo que el tratamiento consistirá en la enucleación quirúrgica.

QUISTE ODONTOGENICO QUERATINIZANTE Y CALSIFICANTE.

Este quiste fue descrito por Gorlin y es considerado como una lesión formada en parte, por ciertas características de un quiste y por características de una neoplasia, ya que en ocasiones un odontoma forma parte de esta lesión.

Por lo común se presenta en la mandíbula y en las zonas centrales de hueso, en donde se observa, desde el punto de vista radiográfico, como una imagen radiolúcida, conteniendo porciones radiopacas calcificadas variables.

Al microscopio se observa un revestimiento epitelial, compuesto por células columnares y cuboides. En su interior se encuentran células y tejidos esparcidos irregularmente, con células eosinófilas pálidas que llegan a unirse a las células epiteliales "fantasmas" que al parecer se queratizan y pueden llegar a proliferar llenando la cavidad cística.

Su tratamiento consistirá en la enucleación total debido a que suele expandirse con cierta rapidez.

CAPITULO VI

**QUISTES DE DESARROLLO
NO ODONTOGENICOS.**

FISURALES.

Se denomina fisurales porque se manifiestan en la zona de unión de los diferentes huesos y procesos embrionarios.

Estos quistes fisurales son;

- El medial, maxilar y mandibular.
- El globulomaxilar.
- El nasopalveolar.
- El nasopalatino.

QUISTE MEDIAL MANDIBULAR.

Es bastante raro, se presenta en la línea media de la mandíbula, con respecto a su origen no es muy claro.

Varios autores consideran a este quiste como una anomalía del desarrollo, originada por la proliferación de los restos epiteliales atrapados en la fisura mandibular media durante la fusión de los arcos mandibulares bilaterales.

Otra posibilidad es que sea debido a un quiste primordial, originado de un órgano del esmalte supernumerario en el segmento anterior de la mandíbula.

También se cree que sea un quiste periodontal lateral que se forme en la línea media.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Por lo regular es asintomático, descubriéndose por medio de un examen radiográfico de rutina, pocas veces producen expansión de las láminas óseas corticales.

Estos quistes provocan divergencia de los incisivos centrales y una superposición de los ángulos mesioincisales de las coronas, manteniendo su vitalidad los dientes de la zona.

Por lo común no hay dolor a menos que se infecten en forma secundaria.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.

Se presenta como una imagen radiolúcida unilocular, bien delimitada, de forma oval, redonda o irregular y es posible que se presente en forma multilocular.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

Microscópicamente esta compuesto por epitelio escamoso estratificado delgado, con pliegues y prolongaciones que tapiza una luz central y en casos raros se presenta epitelio columnar cilíndrico pseudoestratificado.

TRATAMIENTO.

Este puede ser la enucleación quirúrgica, tratando de conservar si es posible, los dientes cercanos.

QUISTE MEDIAL MAXILAR.

Este quiste es bastante similar al quiste medial mandibular, siendo más frecuente el medial maxilar.

Se ubica en la línea media del maxilar, creciendo a expensas de los residuos epiteliales que han quedado atrapados.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Curso en forma asintomática, en ocasiones puede haber un ligero desplazamiento de los incisivos centrales por la fuerza expansiva del quiste.

Casi no provoca asimetría facial y los dientes cercanos son vitales. Su localización principal es la línea media del maxilar, casi siempre es simétrico.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.

En la radiografía se presenta como una masa redonda, ovalada o elíptica radiotransparente, situada en cualquier parte de la línea media del paladar.

El examen radiográfico y la vitalidad normal de los dientes serán definitivos para su diagnóstico.

ASPECTO HISTOLÓGICO.

El quiste se observa recubierto por epitelio escamoso estratificado, rodeado por una cápsula de tejido fibroso, presentando cuando hay infección secundaria, un infiltrado inflamatorio.

TRATAMIENTO.

Comprende la extirpación quirúrgica del quiste, evitando lesionar los dientes de la zona.

QUISTE GLOBULOMAXILAR.

Se encuentra dentro de hueso, en la unión de la porción globular de la apófisis nasal media y la apófisis maxilar. La figura globulomaxilar que se encuentra por lo regular entre el incisivo lateral y el canino superiores.

Se ha observado que este se forma en la sutura ósea, entre el premaxilar y el maxilar, en la sutura incisiva y no precisamente en el reborde y paladar fisurados.

Basado en esto Farenzy propuso el término de premaxilar maxilar que es más exacto con respecto a su origen.

El porque el epitelio atrapado prolifera no es conocido.

Christ menciona que este quiste globulomaxilar debe ser eliminado de la categoría de quiste fisural bucofacial, ya que es más probable que tenga un origen odontogénico, pues sus características clínicas y radiográficas son parecidas al quiste dentífero, al quiste periodontal lateral o el quiste primordial.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Por lo regular este quiste no da datos clínicos, incluso casi todos los casos conocidos se han descubierto por medio de un

estudio radiográfico sistémico.

Este quiste no afecta la vitalidad de la pulpa ni los dientes vecinos, es asintomático y solamente cuando se infecta hay molestias y dolor.

No es muy frecuente, suele aparecer a la edad de 30 años y al parecer no hay preferencia por el sexo, pero pudiera presentarse más en hombres que en mujeres.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.

Es posible observar una zona radiolúcida periforme invertida (forma de pera) entre las raíces del incisivo central y el canino, produciendo la divergencia de los mismos.

El cuello de la pera se encuentra en las partes coronarias de los dientes.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

Microscópicamente este quiste está tapizado por epitelio escamoso estratificado o columnar cilíndrico.

El resto de la pared comprende tejido conectivo fibroso, que por lo regular presenta infiltrado celular inflamatorio.

TRATAMIENTO.

Consiste en la enucleación quirúrgica, preservando los dientes de la zona si es posible. En algunas ocasiones los dientes pueden perder vitalidad, siendo necesario el tratamiento de conductos o bien la extracción.

QUISTE NASOALVEOLAR.

(quiste nasolabial)

Este quiste se encuentra comprendido entre los quistes de

tejidos blandos, por lo que no se encuentra dentro del hueso, pero se le incluye en este grupo, por ser de origen fisural. Es raro que se presente y si se infecta puede afectar al hueso.

Este tipo de quiste crece debido a los residuos del epitelio, de la unión de las apófisis globular, nasal lateral y maxilar.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Suele localizarse cerca de la inserción del ala de la nariz en la parte enteroinferior del conducto nasolacrimal, en el maxilar, produciendo en ocasiones una hinchazón, tanto en el piso de la nariz como en el pliegue mucovestibular, en ocasiones puede haber obstrucción nasal y dolor.

Es importante señalar que no son lesiones centrales y por ello no son visibles en la radiografía, y en caso de observarse será una imagen en forma de corazón a nivel de centrales y laterales.

Se presenta con mas frecuencia en mujeres de mas de 40 años y en individuos de raza negra.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El quiste nasolacrimal se encuentra tapizado de epitelio columnar pseudoestratificado, el cual puede ser cilado, con células caliciformes o de epitelio escamoso estratificado.

TRATAMIENTO.

El tratamiento consiste en la enucleación quirúrgica, debiendo tener cuidado de no perforar ni aplastar la lesión.

QUISTE NASOPALATINO.

(Quiste maxilar anterior medio, quiste del conducto incisivo).

Es el mas común de los quistes fisurales, encontrándose en el conducto incisivo o cerca de el.

Comprende dos tipos;

1) El quiste del conducto incisivo y

2) El quiste de la papila palatina.

Estos dos tipos de quistes son originados por la proliferación de restos epiteliales del conducto nasopalatino.

Embriológicamente se compone de un cordón de células epiteliales que se encuentran dentro del conducto incisivo, el cual comunica las cavidades nasal y bucal, formándose una vez que los procesos palatinos se fusionan con el premaxilar, dejando dos vías de comunicación, una a cada lado del tabique nasal. A medida que estos conductos pares y los canales se acercan a la cavidad bucal, se fusionan y salen a través de una abertura común en el hueso palatino, por detrás de la papila palatina.

De acuerdo a esto el quiste del canal incisivo se halla situado dentro del hueso mientras que el quiste de la papila palatina se encuentra comprendido dentro de los tejidos blandos, presentándose en el orificio del canal.

Estos quistes son debidos a estados inflamatorios, traumatismos, infección bacteriana, bloqueo mucoso del conducto, etc..

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Muchos de los quistes nasopalatinos dan muy pocas características clinicas y pueden pasar desapercibidos, hasta que se diagnostican por medios radiograficos.

Suelen ser asintomáticos, estando la tónica mucosa normal y los dientes de la zona son vitales, aunque en ocasiones se infectan, produciendo dolor e inflamación, abriéndose por una pequeña fistula en la papila palatina o cerca de ella.

El quiste del canal incisivo puede producir un agrandamiento en la parte lingual del hueso, en la región de incisivos centrales superiores y en ocasiones el paciente percibe un liquido que dreña del canal.

Los quistes de la papila palatina producen una hinchazón centro de la papila palatina, generado por los nidos epiteliales del agujero incisivo y no de los que se encuentran en el hueso, son blandos y fluctuantes, presentando tonalidad azulosa.

Debido a que se presentan en los tejidos blandos, por lo tanto son vulnerables a los traumas, rompiéndose facilmente, dando lugar a formaciones de fistulas pequeñas por las que dreña un liquido salado.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Estos quistes suelen ser encontrados en exámenes sistemicos radiográficos, observandose como una zona radiolúcida redonda, oval o acorazonada (en este caso da esta imagen debido a que se interpone la espina nasal) por lo regular simétrica y bien circunscrita.

Esta imagen se localiza en la línea media, entre las raíces de los incisivos centrales superiores o sobre ellas, siendo posible que provoque su divergencia.

El quiste de la papila palatina por lo regular no muestra ninguna imagen por no encontrarse dentro del hueso.

En relación con el quiste alveolar mediano, los quistes nasopalatinos se sitúan más por encima y detrás de las raíces. Se debe tener cuidado en no confundir simultáneamente entre un quiste pequeño y el agujero incisivo, por presentar características similares,

ASPECTO HISTOLOGICO.

Los quistes nasopalatinos están tapizados por epitelio escamoso estratificado, este es el más común que se presente, ya que la mayoría de estos quistes se originan en la parte inferior del conducto.

También se puede encontrar epitelio columnar ciliado pseudoestratificado o epitelio cuboide o incluso cualquier combinación de los anteriores.

Se encuentran también acúmulos de glándulas mucosas, varios vasos y nervios grandes y con frecuencia infiltrado celular inflamatorio, en la pared de tejido conectivo del quiste.

En los quistes de la papila palatina suele encontrarse formación de cartilago e incluso fragmentos musculares.

Es importante tener precaución para no confundir estos quistes nasopalatinos con el quiste periodontal de un diente, para no efectuar extracciones innecesarias de dientes sanos.

TRATAMIENTO.

No se han comunicado casos en que estos quistes nasopalatinos experimenten transformaciones malignas del epitelio, por lo que la extirpación quirúrgica completa con sutura interdental será suficiente.

CAPITULO VII.

QUISTES DE RETENCION.

Son originados por la acumulaci3n de la secreci3n de las gl3ndulas salivales dentro del conducto salival, esto es en la r3nula. En el mucoselo el origen es traum3tico sobre el conducto, faltando la c3psula de tejido epitelial.

RANULA.

Este tipo de lesión es bastante similar al quiste por retención, se presenta característicamente en el piso de la boca y se considera como un verdadero quiste por retención. Esta en relación con los conductos de Wharton, que comprende la glándula submaxilar, o el conducto de Bartholin, que comprende la glándula sublingual mayor.

Su etiología y patogenia es igual al del mucocelo, aunque algunos autores mencionen que también puede ser debida a una obstrucción del conducto, como puede ser un cálculo salival, alguna sustancia orgánica blanda o por formación de un aneurisma en el conducto.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

En comparación con el quiste de retención es una lesión poco común y es mas grande, debido a que afecta a glándulas mas grandes. Su aspecto clínico es variable, dependiendo de la profundidad y el tamaño. Por lo regular la ránula es superficial, de 1 a 3 cm. de diámetro, presentandose como una masa blanda, redonda, de color azulado o rojizo, de superficie lisa que hace protusión en el lado afectado del piso de la boca.

Si es muy profunda, los tejidos situados por encima de ella dan un aspecto translúcido, de color rosado normal, siendo tumoraciones redondas de consistencia semisólida.

Suele ocurrir que aumente de tamaño antes o durante las comidas y disminuir inmediatamente después de las mismas.

Es recomendable realizar un examen radiográfico para saber

si se encuentran cálculos salivales que en ocasiones son los responsables de la obstrucción del conducto.

También es posible que se localice, en la zona supranicoides, sumergido como una hernia, a través del músculo milioideo.

ASPECTO HISTOLOGICO.

Presenta las mismas características del mucoselo, excepto que este presenta un marcado revestimiento epitelial, es por esto que es considerada como un quiste verdadero.

TRATAMIENTO.

Este consiste en la marsupialización del quiste por escisión de su techo, eliminando su contenido mucoso por aspiración y suturando los bordes del quiste a la mucosa del suelo de la boca.

Si es muy pequeña se puede conseguir la enucleación del quiste, pero si es grande rara vez se elimina completa.

Comunmente la rínula no residiva, pero si es posible.

En este caso puede ser porque entre las ligaduras de la primera operación se puede obstruir algún conducto, lo cual provoca el desarrollo de una nueva lesión.

FENOMENO DE RETENCION MUCOSA.

MUCOSELE.

Por lo regular el mucoselo es una lesión común y por no tener la cápsula de tejido epitelial se considera un pseudoquiste.

Este quiste es debido al seccionamiento o ruptura traumática

de un conducto excretor de una glándula salival, con acumulación posterior de saliva en los tejidos.

Este reaccionamiento traumático puede ser producido por el mordisqueo de los labios o carrillos o ser provocado por el cirujano dentista al pellizcar con las pinzas para extracciones.

También es posible que se presente una obstrucción parcial provocada por un pequeño trozo de cálculo intraductal, o por formación de una cicatriz conectiva alrededor del conducto, después de una lesión traumática.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

El mucoselo se presenta en las regiones donde se encuentran las glándulas salivales accesorias de la mucosa bucal, siendo más frecuente en el labio inferior, aunque también se presenta en los carrillos, lengua (en las glándulas próximas a la punta de la lengua llamadas glándulas de Blandin-Muhn) en el piso de la boca y paladar.

Clinicamente estas lesiones presentan un aspecto variable, dependiendo de su profundidad.

Si la lesión es superficial se presenta como una vesícula elevada, translúcida y azulada. A menudo se abren descargando una sustancia mucóide viscosa, después de lo cual se colapsan. Cuando la lesión es profunda se presenta una hinchazón, provocada por el espesor del tejido que lo cubre, siendo el color y el aspecto superficial normales y a la palpación habrá fácil desplazamiento.

En unos días el mucoselo crece a determinado tamaño y puede durar varios meses si no es tratado, con un pequeño ciclo, por llamarlo así, de ruptura, descarga de líquido y aparente regeneración.

Esta lesión no presenta predilección sexual, presentandose desde el nacimiento hasta la vejez.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

La mayor parte de los quistes de retención presentan una cavidad circunscrita en el tejido conectivo y submucoso, lo cual produce una elevación de la mucosa con adelgazamiento del epitelio.

Esta cavidad se compone de un revestimiento de tejido conectivo fibroso y fibroblastos, y no presenta un revestimiento epitelial, por lo que no es un quiste verdadero.

Es posible que la pared de tejido conectivo sea tejido de granulación, el cual presenta infiltración de leucositos polimorfonucleares, plasmocitos y linfocitos.

En la luz del quiste se encuentra un coágulo eosinófilo compuesto por células, principalmente leucositos y fagocitos mononucleares.

Los acinos glandulares salivales cercanos al quiste y los del conducto afectado pueden presentar inflamación intersticial o sialadenitis, dilatación de conductos con acumulación de moco.

TRATAMIENTO.

Este consiste en la extirpación del quiste y para evitar su

recidiva se habrá de eliminar los acinos glandulares salivales correspondientes.

SEUDOQUISTES(NO EPITELIALES)

Son considerados como "quistes centrales(dentro de hueso) sin estar encapsulados por epitelio, debido al comportamiento similar, tanto clinica como radiograficamente, de los verdaderos quistes.

Se mencionan tres variedades;

- Quiste traumático.
- Cavidad ósea ideopática.
- Quiste óseo aneurismático.

QUISTE ÓSEO TRAUMÁTICO.

(Quiste óseo solitario)

Los ortopedas utilizan el término de quiste óseo solitario para designar las enfermedades pseudoquisticas del esqueleto. Este quiste suele encontrarse en la tibia, en el fémur, en el húmero y en los huesos planos.

En realidad estas lesiones no son verdaderos quistes, ya que no poseen revestimiento epitelial ni pared quística. Es más aceptable el término de cavidad que el de quiste, debido a que de hecho, son espacios, los cuales contienen restos o hemorragias.

La causa a la que es debido este quiste no se conoce, sin embargo se mencionan varias teorías. La más aceptada es la propuesta por Howe y es la teoría del origen en la hemorragia intramedular consecutiva a la lesión traumática.

Este tipo de hemorragia se genera por organización del coágulo, la reparación con la consiguiente formación de tejido conectivo y hueso nuevo.

De acuerdo a esto, según la teoría traumática, una vez que se ha lesionado una zona de hueso esponjoso, que contiene médula hematopoyética, encerrada en una capa densa de hueso cortical, la organización del coágulo no se organiza, y por alguna causa desconocida, se presenta la degeneración del coágulo, produciéndose en el interior del hueso una cavidad vacía.

En el transcurso de este padecimiento, una vez que ha habido degeneración del coágulo de la médula ósea, las trabéculas

Óseas de la zona lesionada se necrosan, quedando seguramente tejido medular vital que inicie la resorción de trabéculas. La lesión puede aumentar de tamaño, debido a la expansión constante de un edema infiltrante progresivo sobre la base del drenaje venoso.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Por lo regular el quiste óseo traumático, se descubre por medio del exámen radiográfico de rutina, ya que cursa en forma asintomática y es raro que presente dolor.

Su localización mas frecuente es en la porción posterior de la mandíbula, entre el canino y la rama ascendente, encontrándose también en la región anterior, a nivel de los incisivos centrales, ya que las personas jóvenes, en esta zona presentan médula nematopoyética.

En ocasiones puede producir un agrandamiento de la mandíbula provocando asimetría facial.

Los dientes de la porción afectada poseen vitalidad, por lo que no es necesaria su extracción. Suele presentarse en personas jóvenes, durante la segunda década de la vida, siendo mas frecuente en hombres que en mujeres.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.

Se observa una zona radiolúcida, de contorno muy marcado y de tamaño variable, es posible que presente un borde esclerótico, segun sea el tiempo que presente la lesión.

Si la radiolucidez abarca las raíces de los dientes, la cavidad presenta un aspecto lobulado o festoneado, dado por la

extención de las raíces.

Por lo regular los dientes no se desplazan y la lámina dura puede estar o no.

Características histológicas.

Al microscopio se observa una delgada película o capa de tejido conectivo que tapiza la cavidad y a veces no es posible comprobar la presencia de esta capa.

TRATAMIENTO.

Puesto que el quiste óseo traumático no es posible diagnosticarlo, se tendrá que realizar la exploración quirúrgica.

Al realizar la incisión de la cavidad se encuentran restos de coágulo sanguíneo necrótico, una pequeña porción de color pajizo o nada, o en ocasiones el dentario inferior esta colgando por decirlo así.

Se aconseja que al abrir la cavidad sea enucleado el revestimiento, restableciendo la salida de sangre hacia la lesión. El coágulo sanguíneo resultante pronto se organiza y asegure que la cavidad se reparará por ella misma, por formación de hueso nuevo.

CAVIDAD ÓSEA IDEOPÁTICA.

(Cavidad ósea mandibulolingual)

La cavidad ósea ideopática se parece al quiste en su aspecto clínico y radiográfico, ya que en sí no es un verdadero quiste por carecer de revestimiento epitelial.

Lo se sabe exactamente a que sea debida, aunque se menciona que sea el resultado de un defecto de inclusión de una por-

-ción de alguna glándula (sublingual o submaxilar) ocasionada durante el desarrollo de la mandíbula.

También se menciona un origen traumático, el cual provoca un hemorragia intramedular, aunada con la resorción de hueso.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Es común que esta cavidad se presente en la mandíbula, entre el ángulo mandibular y el primer molar.

Es una lesión asintomática y no tiende a expandirse, conservando los dientes de la zona su vitalidad y posición.

La mayor parte de estas lesiones no presentan signos y síntomas clínicos importantes, por lo que se descubren solamente por un examen radiográfico habitual.

Al efectuar la exploración se descubre un defecto de la tabla cortical normal y una cavidad mandibular, conteniendo una porción de la glándula sublingual o submaxilar o contener tejido conectivo.

Esta lesión suele presentarse regularmente durante la infancia y al parecer no hay preferencia por el sexo.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.

En la radiografía se observa como un quiste verdadero, observándose una zona radiolúcida bien limitada, por lo general ubicada debajo del conducto dentario inferior. Su forma puede ser redonda, ovalada o elíptica y en ciertos casos multilobulada.

Esta lesión no requiere tratamiento, pero ha de diferenciarse de los quistes verdaderos, por medio del cuadro radiográfico

descrito y por la ausencia de signos y síntomas clínicos.

QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO.

Al igual que los anteriores no es un verdadero quiste, sino que mas bien es una cavidad que no esta revestida de epitelio. La naturaleza de esta lesión no esta muy clara pero existen varias explicaciones. La mas reciente y aceptada es la realizada por Blessecker y colaboradores en la que se menciona que los quistes óseos aneurismáticos, presentan inicialmente una lesión benigna concomitante, de acuerdo a esto la lesión ósea primaria forma una fistula ósea arteriovenosa, creando por medio de fuerzas hemodinámicas, la lesión ósea secundaria que es el quiste óseo aneurismático.

Otra explicación menciona que es consecuencia de un traumatismo, que provoca la ruptura de un vaso sanguíneo, provocando hemorragia intramedular y resorción de hueso, lo cual da lugar a una cavidad llena de sangre. La regeneración de esta lesión da lugar a la formación de tejido de granulación, similar al del granuloma central reparativo de células gigantes. En base a esto, si existe comunicación circulatoria con el vaso lesionado, resulta un quiste óseo aneurismático y si no, se considera un granuloma de reparación.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Este quiste se localiza en los maxilares, principalmente en la mandíbula, siendo mas frecuente en otros huesos del esqueleto. Las lesiones son sencibles y dolorosas durante el movimiento. Mediante un examen radiográfico sistémico se podrán descubrir

estas lesiones, ya que no suelen presentar características clínicas importantes. En algunos casos es común la hinchazón de la zona ósea afectada.

Por lo regular esta lesión se da en personas jóvenes, menores de 20 años, sin predominancia de sexo, aunque también es posible observarla en adultos.

Al efectuar la exploración se observa una cavidad ósea llena de tejido, semejante a una esponja empapada de sangre, con grandes poros que corresponden a los espacios cavernosos de la lesión.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.

Característicamente se observa una imagen radiolúcida excéntrica brumosa, que contiene irregulares trabéculas óseas, dando un aspecto de pompas de jabón o panel. La cortical ósea suele estar destruida con la consiguiente reacción periosteal.

CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS.

Este quiste se parece al granuloma de reparación de células gigantes. Se compone de un estroma de tejido conectivo fibroso, muchos espacios cavernosos llenos de sangre, los cuales pueden presentar trombosis.

En el extremo conectivo se encuentran fibroblastos, así como células gigantes multinucleares.

TRATAMIENTO.

Este quiste ha de ser extirpado quirúrgicamente o ser cureteado, con esto se consigue la reparación de la cavidad y el tejido óseo.

• CAPITULO VIII

QUISTES DISONTOGENICOS.

Estos tipos de quistes considerados como del desarrollo son originados por atrapamiento epitelial durante la fusión de los tejidos blandos faciales y los del cuello durante la vida fetal.

Estos son;

-Dermoide

-Epidermoide.

-De la hendidura braquial.

-Del conducto tirogloso.

-Quiste quístico.

QUISTE DERMOIDE Y EPIDERMOIDE.

El quiste dermoide es una variante del quiste epidermoide, presentando las mismas características, y únicamente se diferencian de su aspecto microscópico, debido a esto se describen juntos.

El quiste dermoide se presenta principalmente en el sistema genital, específicamente en los ovarios y en ocasiones en los testículos, pero también se pueden desarrollar en cualquier parte de fusión del cuerpo, a partir de células germinativas primordiales indiferenciadas.

En realidad el quiste epidermoide es considerado como un teratoma quístico derivado del epitelio germinal embrionario y en algunos casos se encuentran estructuras de otras capas germinativas.

Se menciona que estos quistes derivan del enclavamiento de restos epiteliales en la línea media durante el cierre de los arcos branquiales hioideo y mandibular.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El quiste dermoide suele localizarse en el paladar, ángulo de la mandíbula, glándulas salivales y principalmente en el piso de la boca.

Si la lesión se presenta entre el músculo geniohioideo y la mucosa en el piso de la boca, se presenta típicamente como una masa o tumoración redonda y de color rosado, que suele causar la elevación de la lengua, dando como resultado dificultades en la alimentación y fonación.

Si se localiza a mayor profundidad provocará un abultamiento en la zona submentoniana. Se puede percibir al palparlo como una masa fluctuante, esto dependerá del contenido del quiste. En raras ocasiones se infectan y pueden formar trayectos fistulosos que se abren en la boca o piel, y es posible que pueden tener transformaciones malignas.

Existen varias lesiones que presentan similitud clínica con el quiste dermoide como son la rínula, el quiste del conducto tirogloso, higroma quístico, quiste de la hendidura braquial, etc.. La mayoría de estos quistes se presentan en adultos jóvenes sin preferencia sexual.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

El quiste dermoide variará sus elementos de acuerdo a la complejidad de la lesión, así se encuentran quistes que presenten una pared conectiva, tapizada en la superficie interna, por una delgada capa de epitelio escamoso estratificado que a menudo se encuentra queratinizado, presentando en la luz del quiste material caseoso y queratina.

En otros casos se encuentran glándulas sebáceas, folículos pilosos y alguna glándula sudorípara.

En ocasiones se encuentran lesiones compuestas de un revestimiento de epitelio escamoso estratificado, generalmente bien queratinizado y una pared de tejido fibroso, o sea, que son menos complejos, en este tipo de caso el término de quiste epidermoide es más adecuado para describir esta lesión. Lo antes mencionado es la única diferencia entre el quiste dermoide y

epidermoide.

ANATOMÍA.

El tratamiento tanto del quiste epidermoide como dermoide consiste en la enucleación quirúrgica y por lo común no tiende a residuar.

QUISTE DE LA HENDIDURA BRAQUIAL.

A este quiste también se le conoce como linfoepitelial cervical benigno. Escogeremos el término de quiste linfoepitelial cervical benigno por ser el que describe mejor su posición.

Este tipo de quiste se presenta a un costado del cuello y se creía que era originado a partir de los restos de los arcos branquiales o sacos faringéos, sin embargo se han realizado pruebas recientes por Bhaskar y Bernier, las cuales mencionan que este quiste no tiene que ver con los arcos branquiales, sino que más bien son originados por la transformación quística del epitelio atrapado en los nódulos linfáticos cervicales. No se sabe de donde provenga dicho epitelio, pero es probable que sea de las glándulas salivales, esta puede ser otra posibilidad embriológica.

Por la razón antes mencionada Bhaskar y Bernier sugirieron los términos de nódulos linfáticos quísticos benignos o quistes linfoepiteliales benignos para describir de una manera más precisa este tipo de quiste.

En sí el quiste linfoepitelial cervical benigno no es un quista-

-te fisural verdadero, aunque si es originado durante el desarrollo, por ello se considera dentro de esta clasificación.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Este tipo de lesión se observa como una masa prominente de crecimiento lento, asintomática y su tamaño dependerá según el tiempo de evolución de la lesión.

A la palpación se percibe una consistencia blanda y fructuante, presentándose por lo común cerca del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo.

Suele localizarse en el cuello y en algunos casos se presenta también en la zona submaxilar, ángulo de la mandíbula, zona parotídea.

La mayor parte de estos quistes hacen su aparición en adultos jóvenes y en ocasiones suelen presentarse desde la niñez, teniendo una duración que puede ser de semanas o años, y al parecer no hay predilección sexual.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

Este tipo de quiste se compone de epitelio escamoso estratificado o también puede contener epitelio columnar estratificado, en su pared se encuentra tejido linfóide en forma típica del nódulo linfático y en algunos casos puede haber cierta cantidad de tejido conectivo, también es factible que esta lesión contenga un líquido acuoso claro o un material mucoso gelatinoso espeso.

TRATAMIENTO

El tratamiento de este tipo de quiste comprende una cuidadosa

-sa escisión quirúrgica, si nada más aspiran o drenas tienden a residivar y en raras ocasiones sufren transformaciones malignas.

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO.

Es considerado como un quiste del desarrollo, poco frecuente, cuya ubicación es en cualquier punto del conducto tirogloso, siendo este un conducto embrionario, recubierto de epitelio, el cual va desde el agujero ciego de la lengua hasta la glándula tiroidea, cerca del hueso hioides.

La causa de su formación de este quiste es desconocida, pero se cree que puede ser provocada por la infección del tejido linfóide en la zona donde se ubican los restos del conducto tirogloso, por el drenaje que proviene de una infección de los órganos superiores respiratorios.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Este quiste se presenta como una masa quística, móvil y muchas veces sensible a la presión, ubicada con frecuencia en la línea media. Su tamaño es variable y su crecimiento lento.

Si su ubicación es por la lengua o su musculatura, se observará como una masa en la línea media, que provoca gran molestia e incluso disfagia, acompañada de ligera asfixia, ronquera y dificultades en la fonación.

En pocos casos se llega a formar una fístula en el quiste, que va hacia la región anterior del cuello, cerca del hueso hioides en la línea media, presentándose un exudado seroso o la fístula puede quedar cubierta por unas costras de color pajizo, que son

repetidamente eliminadas, formándose otras nuevas, las cuales . si se le pide al paciente que saque la lengua, estas se estiran. Es posible encontrarlo también en el agujero ciego, en el piso de la boca o mas abajo y cerca del cartilago tiroideo. La mayor parte de estas lesiones suelen darse en personas jóvenes principalmente o a cualquier edad, y no hay predilección sexual.

ASPECTO HISTOLOGICO.

Al microscopio el conducto o fistula tiroglosa se encuentra tapizado por epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado o tipo intermedio de transición, ya que en sí deriva del piso faríngeo embrionario.

Al haber un aumento de la presión intraquística, las células tienden a aplanarse. En las paredes de tejido conectivo del quiste pueden encontrarse pequeñas zonas de tejido linfóide, tejido tiroideo y glándulas mucosas.

TRATAMIENTO.

En este quiste se ha de realizar la excisión quirúrgica radical, que es relativamente, para evitar que resida.

HIGIENA QUÍSTICO.

(Linfangioma quístico)

Esta lesión se considera como una malformación congénita del sistema linfático, su etiología no esta bien determinada, pero se cree que los quistes se generan por secuestros de tejido linfático embrionario.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Se presenta principalmente en el cuello, como una hinchazón grande, difusa y profunda, que puede abarcar entidades tales como el suelo bucal, llegando a provocar a veces dificultad al respirar o al deglutir.

Por lo común tienden a aparecer al nacer o durante los primeros años de vida.

En ocasiones suelen presentarse dentro de la porción anterior del mediastino o estan asociados con el linfangioma de la lengua (macrogllosia congénita).

Aspecto microscopico.

Se encuentran numerosos espacios quísticos que contienen linfa, revestidos por un endotelio delgado, cuyas paredes se componen de tejido conjuntivo fibroso colágeno, músculo liso y grandes vasos y nervios. También se observan algunos linfocitos e incluso algun ganglio linfático.

TRATAMIENTO.

Se ha de realizar la extirpación quirúrgica, la cual es un poco difícil, ya que la lesión no se encuentra encapsulada.

CAPITULO IX

TIPOS DE TRATAMIENTOS QUIRURGICOS PARA LA REMOSION DE QUISTES.

Una vez revisado el comportamiento de los diferentes quistes de los maxilares y tejidos vecinos, pasaremos a las técnicas que se utilizan en el tratamiento de dichos quistes.

Para estos quistes el mejor tratamiento que se ha venido efectuando durante los últimos años, es sin lugar a duda, el tratamiento quirúrgico, ya que como se ha visto es el que proporciona mejores resultados.

Para obtener un buen éxito operatorio es conveniente formar antes de la intervención que se va a realizar.

En este plan es recomendable tomar en cuenta ciertos aspectos que ayudarán a un mejor desarrollo de la intervención, como son; la mejor vía de acceso que se tenga a la cavidad, y la técnica anestésica a utilizar en determinado quiste.

El acceso que se debe seguir en los quistes maxilares es el vestibular y en ocasiones se podrá combinar con el de la vía alveolar, este es preferible utilizarlo, si es necesario, en la mandíbula por lo limitado de esta. Se recomienda este acceso porque es menos peligroso y mas cómodo.

Con respecto a la anestesia esta deberá abarcar un poco mas de la lesión para prevenir cualquier problema.

En el maxilar superior en la parte anterior, la técnica utilizada es la infraorbitaria, reforzada por el paladar.

En la parte media y posterior se utiliza la anestesia local,

si el quiste es pequeño, y si es grande se utilizará la anestesia regional, a nivel de los nervios dentarios posteriores, reforzada con la anestesia local.

En el maxilar inferior se empleará la anestesia regional, reforzada por vía intraoral (bloqueo del nervio bucal) y anestesia del plexo superficial por vía extraoral, con esto se podrán intervenir hasta quistes grandes.

Los quistes que se presentan en la parte del mentón podrán ser intervenidos con anestesia local.

Por otra parte el tratamiento quirúrgico en sí, consiste principalmente en eliminar el quiste, extirpándolo del interior del maxilar o conservando parte de la estructura quística, para posteriormente eliminarlo.

La técnica a efectuar es conocida como el método de Pertsch, la cual fue descrita por Dupuy, Hesth y Pertsch.

Este método de Pertsch comprende otros dos métodos, conocidos como el método conservador de Pertsch y el método radical de Pertsch.

METODO CONSERVADOR DE PARTSCH (MARZUPIALIZACION).

Este método está indicado en quistes medianos y grandes, preferentemente ubicados en el maxilar superior y cuya enucleación de la bolsa quística, provocaría ciertos trastornos, tales como hemorragias, fracturas, comunicación a seno maxilar, y en los dientes se lesionarían las pulpas dentales de dientes vecinos, a la vez que pueden estar comprometidas otras entidades cercanas y al extirpar completamente la bolsa quística queda-

-rian muy débiles, por lo que es recomendable dejar nada más la bolsa quística para reforzar dichas entidades.

Esta técnica comprende los siguientes tiempos quirúrgicos:

-Inciisión.

-Desprendimiento del colgajo.

-Orteotomía.

-Tratamiento de la bolsa quística.

-Tratamiento del diente causante.

-Tratamiento de la cavidad y dientes vecinos.

-Tratamiento postoperatorio.

La ventaja de esta técnica es que ayuda a proteger, en parte, por medio de la bolsa quística, órganos o entidades vecinas, como pueden ser el piso de las fosas nasales, seno maxilar, el antro y otras. También permite tener una buena visión de la cavidad, evita la infección del tejido óseo y de los dientes al ser conservada dicha bolsa quística.

Por otro lado, presenta un inconveniente que es el dejar el epitelio quístico, el cual puede tener transformaciones adenomatosas o tumorales, a la vez que no siempre puede ser respetada la integridad de la membrana quística. Por lo tanto esta técnica deberá ser utilizada en los casos que presenten ciertas complicaciones con respecto a la bolsa quística, lo cual dependerá del criterio del cirujano.

MÉTODO RADICAL DE PARTSCH.

El método de elección ante un quiste es el método radical por ser el de mayores y mejores resultados obtenidos.

Este método está indicado preferentemente en los quistes que presenten un diámetro alrededor de los 3 centímetros.

En sí, el método comprende la enucleación completa de la bolsa quística, quedando la cavidad vacía y cuya regeneración se logra por 2 medios, conocidos como:

- 1) Método de Partsch II con sutura y
- 2) Método de Partsch II sin sutura.

En el primero la regeneración se lleva a cabo por el relleno de sangre de la cavidad y de la organización del coágulo.

En el segundo la cavidad es rellena con distintos materiales. El método a seguir ante determinado tipo de quiste dependerá principalmente de que este o no infectado, así, en caso de que presente infección se realizará el método sin sutura, y si se presenta esteril se realizará el método con sutura.

Esto se determinará al efectuar la operación, al observar el estado de la bolsa y su contenido.

METODO DE PARTSCH CON SUTURA.

Este método consta de los siguientes tiempos operatorios;

- Insición.
- Desprendimiento del tejido gingival.
- Preparación ósea.
- Enucleación de la bolsa quística.
- Tratamiento de cavidades vecinas.
- Tratamiento del diente causante.
- Tratamiento de la cavidad ósea.
- Sutura.

-Tratamiento postoperatorio:

METODO DE PARTSCH YSIN SUTURA.

Este método consta de los mismos tiempos operatorios que el método con sutura, cambiando nada mas el tratamiento de la cavidad ósea y el postoperatorio.

En sí, en este método, a diferencia del anterior, no se cierra la cavidad por medio de sutura, sino que se coloca un material de relleno, que puede ser gasa yodoformada, la cual ayuda a evitar hemorragias y la contaminación de la cavidad ósea.

El cambio de la gasa yodoformada (previos lavados) ha de realizarse durante determinado tiempo, hasta que la cavidad no presente sangrado.

Este postoperatorio, es el inconveniente de este método, ya que en cada cambio de gasa puede haber hemorragia y dolor, sobre todo en los quistes grandes, aparte de que es mas prolongado este método por los mismos cambios del material de relleno. Por otro lado, el inconveniente del método de Pertsch, ya sea con o sin sutura, es el coágulo, que puede infectarse y supurar, ocasionando con esto, complicaciones en el tratamiento.

CONCLUSIONES.

No existe una clasificación ideal, por decirlo así, sobre quistes, aunque todas las existentes son aceptables ya que describen de una u otra manera las características de dichos quistes.

-En sí los quistes son tumores en el sentido amplio del término, pero se les denomina quistes por el hecho de presentar un revestimiento epitelial, requisito indispensable para algunos autores para considerarlos como quistes.

-Para diagnosticar cualquier tipo de quiste se deberá realizar un estudio clínico, un estudio radiográfico y fundamentalmente un estudio histológico.

-Los quistes odontogénicos más frecuentemente observados son el dentígero y el radicular.

-Algunos autores consideran el granuloma como el precursor del quiste radicular.

-Generalmente los quistes son descubiertos por casualidad en exámenes radiográficos sistemáticos.

-Una vez descubiertos los quistes deben ser tratados a la mayor brevedad posible, ya que al no dar sintomatología e ir creciendo, van destruyendo paulatinamente tejido óseo.

-En el examen radiográfico, generalmente el quiste se presentara como un imagen radiolúcida de diferentes tamaños y formas, las cuales pueden ser periformes, de corazón, elípticas, y ovaladas o redondas principalmente.

-Se deberá tener cuidado en no confundir un quiste con otras

entidades anatómicas normales u otro tipo de lesiones malignas.

-La terapia a seguir ante cualquier quiste deberá comprender la extirpación de todo el quiste, de ser posible, para evitar su residiva o transformación maligna, aunque existen quistes que por naturaleza tienden a presentar esta transformación.

-Los quistes son considerados lesiones benignas siempre y cuando no estén fistulizados o infectados.

-El cirujano debe tener la capacidad de diagnosticar cualquier tipo de quiste.

BIBLIOGRAFIA.

- William G. Shefer
TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.
Nueva Editorial Interamericana,
1977.
- Robert J. Gorlin
Henry M. Goldman.
TOMA PATOLOGIA ORAL.
1975.
- S.N. Bhaskar.
PATOLOGIA BUCAL.
Editorial El Ateneo.
1975.
- G.A. Ries Centeno
CIRUGIA BUCAL.
Editorial El Ateneo.
1975.
- Edward V. Zegarelli.
DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL
Salvat Editores S.A.
1974.
- Walter G. Guralnick.
TRATADO DE CIRUGIA ORAL.
Salvat Editores S.A.
1971.
- Stanley L. Robbins
TRATADO DE PATOLOGIA.
Nueva Editorial Interameri
cana. 1971
- W. Harry Archer.
CIRUGIA BUCAL
Tomo 1
Editorial Mundi S.A.
1968.

-Richard W. Tieske.
Orion H. Stuteville.
Joseph C. Anandra.

FISIOPATOLOGIA BUCAL.
Editorial Interamericana S.A.

-REVISTA P.O. NUMERO 21 VOLUMEN IV. 1978.