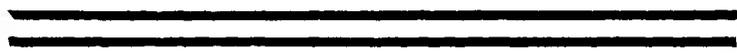
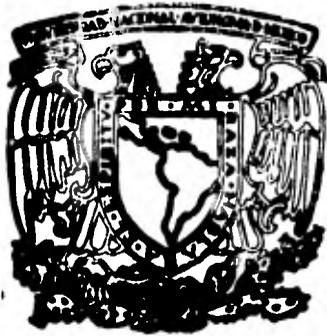


24-420

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



QUISTES ODONTOGENICOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

JOB JAVIER HERNANDEZ LUNA

MEXICO, D. F.

1982



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.

INTRODUCCION

I CONCEPTOS GENERALES

- A) DEFINICION
- B) ETIOLOGIA
- C) ASPECTO MACROSCOPICO
- D) ASPECTO MICROSCOPICO

II HISTORIA CLINICA

- A) HISTORIA DENTAL
- B) ESTUDIOS AUXILIARES

III DIAGNOSTICO

IV CLASIFICACION (O. M. S.)

- . QUISTES ODONTOGENICOS

V PRONOSTICO

VI TRATAMIENTO (QUIRURGICO)

- A) TECNICAS MAS USADAS
- B) PLAN DE REHABILITACION

VII CONCLUSIONES

VIII BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Los profesionales que se dedican a la salud tienen que poner especial interes en las tumoraciones del cuerpo humano, -- sean estas de carácter benigno o maligno, puesto que si las de carácter benigno se dejan a su desarrollo natural pueden ocasionar casi lesiones semejantes a las malignas.

La importancia del estudio de los Quistes Odontogénicos, los cuales son benignos, es establecer un diagnóstico precoz, así como un tratamiento temprano y, por lo tanto fácil curación y rehabilitación para el paciente. Estas lesiones además, afectan con regular frecuencia a un gran número de individuos. Estos quistes son detectados casualmente por el dentista general al efectuar el estudio radiográfico rutinario.

Por su característica asintomática en sus etapas tempranas no se hace aparente, y en muchos casos se descubre por las deformaciones que causa su desarrollo.

Una finalidad de este trabajo es el estimular a mis compañeros en el estudio de las tumoraciones más frecuentes de la cavidad oral como son los Quistes Odontogénicos, lo que contribuirá a realizar en forma más efectiva nuestra labor preventiva del desarrollo de estos, puesto que su aparición no es controlable.

Espero que los datos vertidos en el presente trabajo les resulten de utilidad.

I CONCEPTOS GENERALES

A) DEFINICION

Cuando un tema como el presenta provoca discrepancia en tre los que lo estudian, la importancia de la definición es tal - que tiene que ser clara por ser punto primordial del estudio de - la lesión.

Tendremos que escuchar las definiciones creadas por algunos autores, las cuales generalizan la definición de quiste, -- sin especificar su origen, señalando al estudio microscópico como el único diferenciador. Después de escucharlas centraremos criterios y nos adentraremos más plenamente en el tema.

Citaremos a continuación algunas de estas definiciones:

"Cavidad tapizada por epitelio dentro de tejidos blan-- dos o en hueso, profundamente o superficialmente".

THOMA ROBERT J. GORILIN

"Masas saculares revestidas de epitelio incluidas en ca vidades patológicas de los huesos".

STANLEY L. ROBBINS

"Saco o espacio anormal que contiene una substancia lí- quida o semilíquida limitada por un epitelio encerrado en una --- substancia de tejido conjuntivo".

EDWARD V. ZEGARELLI

"Saco encerrado provisto de membrana definida que con--

tiene material líquido o semilíquido que se desarrolla anormalmente en una de las cavidades saturadas o en el parénquima de un órgano".

HARRY ARCHER

Al revisar las definiciones antes citadas podemos establecer la definición que considero unifica criterios de las antes expuestas, amén de ser la más aceptable y completa.

Quiste Odontogénico:

"Cavidad que se presenta en tejidos blandos o duros --- (hueso) con contenido líquido o semilíquido, rodeado por una pared de tejido conectivo o cápsula y tiene revestimiento epitelial, considerado requisito indispensable para ser quiste, y que su origen se debe a degeneración de tejido dental y de ahí su nombre".

Esta definición fue creada y confirmada por el estudio microscópico.

B) ETIOLOGIA

El presente inciso nos hará comprender más a fondo nuestro tema, porque expone la patogénesis de los Quistes Odontogénicos, ya que es la principal diferencia con otras lesiones tumorales parecidas o más aún de otros quistes que no tiene origen dental.

Empezaremos por hacer una breve síntesis del origen embriológica de las estructuras de los dientes.

El sistema tegumentario comprende:

- El Mesénquima subyacente.- que de origen a las raices, dentina y la pulpa.

- El Ectodermo.- que genera el esmalte proveniente del llamado órgano del mismo nombre.

Se ha visto al revisar los estudios histológicos la gran preferencia por el órgano del esmalte, como principal originador de esta clase de quistes.

En base ha esto se han señalado gran número de teorías acerca del origen de estos quistes y mencionaremos algunas:

A) En jóvenes el potencial de crecimiento activo es un factor detectado como trauma moderado, provocando en el proceso - una hemorragia inicial con diseminación o desaparición de actividad evolutiva de crecimiento en la zona lesionada, luego por degeneración produce destrucción y encapsulamiento del proceso granu-

loma de células gigantes terminando en quiste.

B) Degeneración quística de estructuras dentales secundarias a traumatismo, con la indispensable inclusión de tejidos odontogénicos, sucediendo lo siguiente: hemorragia de vasos sanguíneos con atrapamiento de elementos formadores de los dientes que son exitados y dan origen a la lesión.

C) Resultado de una malformación del desarrollo del aparato dental o por atrapamiento de epitelio primitivo de este en el proceso formativo de los maxilares.

La explicación de la patogénesis que considero la más acertada es la siguiente:

"Ya dijimos que el esmalte es parte constituyente de la corona. Una extensión del epitelio del esmalte constituye la vaina de Hertwing que se deriva del apex del diente. Hay pequeños núcleos de células que acompañan los pequeños cortes de crecimiento de la vaina de Hertwing junto con el tejido conectivo de la membrana periodontal, tales nucleos han sido los restos de Malassez que pueden ser estimulados por acción irritativa local, pudiendo ser: sepsis del diente causal vecino, y llega a proliferar en granuloma epitelial bajo la licuefacción, necrosis y así formarse el límite del quiste por epitelio escamoso".

C) ASPECTO MACROSCOPICO

En las definiciones que enunciamos en el punto correspondiente se le llama "saco o bolsa" a el epitelio limitante que envuelve a la lesión, y se le llama así por su aspecto.

La neoformación cuando es posible extraerla en su totalidad tiene aspecto sacular; dicho saco varia en su grosor dependiendo de la clase de tejido que lo forma, por lo tanto depende de que tipo de quiste Odontogénico se trate.

Su coloración puede variar de un amarillo pajizo a un parduzco a veces presenta semi transparencia, que revela el carácter de su contenido, además de su grado de consistencia interior. El tamaño del quiste puede variar en muy poco los caracteres antes mencionados.

Un factor que puede motivar el rápido crecimiento del quiste es la infección, la cual se hace manifiesta por el olor ofensivo algunas veces, o por el dolor acompañante.

Su contenido como lo establece la definición puede ser líquido o semilíquido, el cual puede tender más a condensarse por presencia combinada del exudado purulento, provocando mayor consistencia al tacto, debido a la infección.

Existen algunos detalles que pueden verse facilmente en el contenido, como son: los cristales de colesterol que se hacen aun más aparentes aplicando al líquido luz intensa y directa manifestandose por brillo característico.

En algunas ocasiones sus características aparentes ya -
mencionadas, aunadas a las específicas de cada clase establecen -
su identidad.

Tan claramente como es el caso del Quiste Dentífero que
alberga parcialmente o totalmente las piezas dentales causales, -
íntimamente ligada la corona del diente con la pared de la lesión.

Concluyendo, el aspecto macroscópico del Quiste Odonto-
génico es:

"Neoformación que va del color amarillo claro a semio--
cre, de textura suave, consistencia fluctuante que envuelve su ma
terial proliferativo neoformador del mismo quiste que es la mate-
ria o matriz de su desarrollo".

D) ASPECTO MICROSCOPICO

El material utilizado para el estudio microscópico es el obtenido de los quistes extirpados y de los fragmentos obtenidos de las biopsias realizadas.

En este punto mencionaremos algunas características comunes en todos los quistes Odontogénicos y que haremos más específicas al desarrollar cada uno de la clasificación que nos ocupa.

Anotaremos que el ectodermo primitivo originador de los dientes y particularmente del esmalte, elemento presente en estos quistes estara siempre.

Otro factor presente es el grado de queratinización y calcificación que son datos importantes en los Quistes Odontogénicos.

La pared que limita el quiste es epitelio escamoso, con células gigantes, que por el desarrollo del mismo semeja en el organismo una infección, provocando reacción de defensa, en mayor o menor grado dependiendo del tamaño de la lesión, y aun aumenta más esta situación si el quiste se encuentra infectado. Siendo el recubrimiento interior epitelio escamoso estratificado.

Dependiendo del tipo de quiste, es el grosor en número de células de dicha pared, representando una hiperplasia epitelial con procesos de extensión de epitelio dentro del tejido conectivo fibroso que rodea la cápsula. Esta cápsula de tejido conectivo rodea el epitelio con mucha celularidad y abundantes va--

sos sanguíneos. En los que se encuentran dentro del espacio oseo, el hueso envolvente completa la representación quística.

Presentan epitelio cilíndrico y células fantasmas que pueden calcificarse. También se presenta la superficie del epitelio con ortoqueratinización u paraqueratinización.

Los espacios intercelulares se encuentran ocupados por acumulación de glucógeno através de todo el epitelio.

En el tejido conectivo hay presencia de células basales epiteliales, teniendo una bien formada y continua lámina basal, la cual esta agregada al epitelio.

Algunos de los datos mas evidentes es la localización de células cuboidales y las columnares que es una característica del epitelio externo del esmalte, que en mucho caracteriza los Quistes Odontogénicos; en algunas ocasiones se ve retrogresión del retículo radiado que son organos del esmalte.

En el líquido quístico hay una mínima cantidad de proteínas solubles a diferencia del suero normal del individuo.

En situaciones de infección se agrega el exudado purulento que presenta en algunas ocasiones células gigantes características de infección con aumento linfocitario.

Se altera la morfología comunmente descrita en los quistes cuando estan sujetos a estímulas patogénicos persistentes.

Requiere siempre un conocimiento general para poder adentrarse en lo específico, y de esta manera, queremos dar una in-

roducción a lo que veremos en cada detalle microscópico de los -
quistes descritos posteriormente.

II HISTORIA CLINICA

Se le considera requisito indispensable en cualquier --
tratamiento que se le pretenda realizar a nuestros pacientes, ---
pues con la realización de esta, tendremos conocimiento integral
del paciente y podremos llegar a conformar un buen diagnóstico.

Es común que la extensa recopilación de datos que con--
tiene la Historia Clínica lleve incluidos los datos dentales mas
importantes del paciente.

A mi manera de ver no solo en los casos de tumoraciones
como la presente se deba hacer la Historia Clínica y como Histo--
ria Dental agregar un odontograma con las acotaciones ya conoci--
das, sino conformar una Historia Dental tan extensa como la Clíni
ca.

La Historia Clínica comprende:

Interrogatorio, que nos proporcionara los siguientes da
tos (haremos las acotaciones necesarias en los siguientes incisos).

Antecedentes personales.

Antecedentes heredofamiliares.- algunos datos pueden --
complicar el tratamiento del paciente o favorecer su mal si no se
conocen.

Antecedentes personales patológicos.- sus enfermedades
o tratamientos de estas, médicas o quirúrgicas, que en algo con--
tribuyan o favorezcan la lesión.

Padecimiento actual.- como es de carácter tumoral, cuando es muy notorio, se hara el interrogatorio clásico de tumora---ción.

Localización, tiempo de evolución, repercusiones inme--diatas y síntomas y signos objetivos del paciente con respecto a la lesión.

Revisión interrogatoria de aparatos y sistemas.- se ---hará interrogatorio exhaustivo y específico que nos pueda indicar alguna repercusión provocada por el mal o aún en el mejor de los casos ayudar a descubrir en el paciente otro mal que tenga y que no manifiesta por interesarle más el presente.

Cabeza y cuello.- en este punto se hace importante no--tar la presencia de aumento de volumen de alguna zona de la cara porque asi se manifiesta nuestra lesión.

Aparato respiratorio.- problemas con las estructuras --afectadas, por encontrarse en íntima relación.

Aparato Cardiovascular.- todo lo importante en datos ge--nerales.

Aparato gastrointestinal.- todo lo que cumpla el inte--rrogatorio.

Genitourinario.- Todo el interrogatorio. Se hace notar que este aparato puede estar afectado por el Síndrome Nevo Baso--celular.

Sistema endócrino.- Todo el interrogatorio. Se puede --

hacer mención que algunas veces esta alterado el metabolismo del calcio por enfermedad de las paratohormonas, y que puede haber sequestros oseos que simulen en exámen radiológico, quistes.

Sistema neuromuscular.- todo el interrogatorio. También puede presentar manifestaciones del Síndrome Nevo Basocelular.

Sistema oseo.- Más abiertamente afectado por el Síndrome ya mencionado.

Muchos de los datos recopilados en el interrogatorio se corroborarán en la exploración física, así como se borrarán algunos y/o se descubrirán otros.

A) HISTORIA DENTAL

La Historia Dental recopilará casi en la misma forma da tos importantes y exclusivos de la boca que seguirán el siguiente orden:

Se realizará un Odontograma que abarcará las dos denti- ciones.

Los datos personales del paciente serán nuevamente reco- pilados.

La edad es un dato importante en la formación de la His- toria Dental del paciente, con ella sabremos el número de piezas dentales que debe tener y que tomaremos muy en cuenta, si es de - dentición mixta, por ser importante dato ligado a nuestras lesio- nes Odontogénicas y acotaremos el motivo de ausencia de alguna de ellas.

Antecedentes heredofamiliares.- de alguna lesión oral - o dental que sea de importancia y característico de padres a ---- hijos. Esto no es dato muy importante de las lesiones Quísticas - Odontogénicas, porque no están ligadas a este punto.

Antecedentes patológicos.- toda la información referen- te a las enfermedades padecidas por el sujeto en su cavidad oral y sentidos vecinos a esta, que pudieran ser sospechosos. La loca- lización anatómica normal de las zonas susceptibles de ser afecta- das.

Se anotarán en este inciso la causa y la pieza dental - faltante, así como, en el Odontograma, se anotará el estado actual de las piezas dentales y las estructuras vecinas: encías, carrillos, lengua, paladar, orofaringe, mucosas, amígdalas, etc.

Padecimiento actual.- se tiene conocimiento de este, -- desde la llegada del paciente cuando se trata de tumoración ya -- aparente por la asimetría comparativa que se marca. Se investigará nuevamente el tiempo de evolución, las manifestaciones, signos y síntomas. Se realizarán pruebas de vitalidad en las piezas causales o posiblemente afectadas por la tumoración para investigar que potencial sensitivo tienen.

Se verá repercusión en torno a la zona afectada y su relación afectante a estructuras vecinas para limitar parámetros -- que puedan condicionar su tratamiento.

Al igual que en la Historia Clínica se confirmaran todos los datos aportados por el interrogatorio en la auscultación subsecuente.

Como ya se mencionó, el contacto con la lesión se debe en muchos casos por la intervención del estudio radiológico, que en la mayoría de las Historias Clínicas se sitúa o sitúan al final por ser estudios auxiliares, pero en el caso de la mayoría de las lesiones dentales y aún, las tumorales orales juegan un papel tan importante que pueden situarse desde antes de la Historia Clínica o Dental.

B) ESTUDIOS AUXILIARES

1.- EXAMEN RADIOLOGICO

Al igual que en otras lesiones de estructuras dentales, el exámen radiológico es de gran ayuda e importancia en el diagnóstico de los Quistes Odontogénicos.

Para el cirujano dentista que tenga la suficiente experiencia, apoyado en este estudio, tendrá la mayor certeza de haberlo diagnosticado correctamente, esta ayuda es innegable y necesaria.

Es el exámen señalado como obligatorio en lesiones de carácter tumoral, al igual que estudio común y único auxiliar de carácter técnico con que cuenta el odontólogo en su consultorio.

Existe una definición específica desde el punto de vista radiológico de los Quistes Odontogénicos.

"Zona radiotransparente homogénea con bordes agudos --- bien definidos y curvados de zona hiperostótica que rodea de forma total la radiotransparencia, pudiendo ser de forma ovoide, elíptica, circular o lobular".

Es importante señalar que algunas de las características llegan a faltar en la imagen radiológica convencional, lo cual no es una negación de la lesión, pero que algunas veces es debido a la falta de la buena realización de la técnica, con la consiguiente falta de detalle agudo, existiendo otro estudio, la Xero-

radiografía, en el cual nosotros no tendremos duda al respecto - por las estupendas imágenes que nos proporciona.

Existen zonas anatómicas que debido a malas técnicas - llegan a aparentar imagen quística, ejemplo: la sobreposición de agujeros nasopalatinos, mentonianos y fosa canina. Por lo tanto es necesario conocer estos detalles anatómicos y no confundirlos con lesiones inexistentes.

Hay gran número de lesiones radiotransparentes con las cuales se llega a equivocar el diagnóstico, ejemplo: periodontitis apical, sinusitis, cicatriz apical, displasia, etc., lo cual sucede por ser estas imágenes frecuentes en zonas comunes de los quistes y por alguna semejanza radiológica.

Los estudios que realizamos comunmente en el consultorio son:

Serie apical.- al realizar alguna placa de esta serie, se llega a descubrir la imagen sospechosa, y hacemos después la serie completa tratandolas de colocar en sitio más específico para abarcar mas zona y delimitar el quiste descubierto y -- eliminar la posibilidad de presencia de otros y/o aún como ha sucedido en muchos casos descubrir otras lesiones. El único problema que presenta dicha serie es la mala continuación de estructuras al acomodarlas ordenadamente para interpretación.

Placas Oclusales.- se pueden realizar intraoralmente o extraoralmente. Intraoralmente, como es común hacerlo, nos dará a conocer la amplitud desde un punto de vista vestibulo-lingual.

Al hacer el estudio extraoralmente nos dará más amplio campo que el que proporciona el estudio periapical.

Los estudios que mencionaremos se realizan a nivel hospitalario comunmente o en bufete radiológico y que se utilizan - con la misma finalidad o por si faltan los ya mencionados, son:

Ortopantomagrafía.- estudio que se ha vuelto de gran - importancia para establecer la presencia o el diagnóstico de diferentes clases de lesiones como son los Quistes Odontogénicos. Se mostrará en una sola placa la totalidad de los maxilares, incluyendo estructuras como son:

Senos nasales, articulación temporomandibular, cuerpo, ángulo, rama y cóndilo de cada lado del maxilar inferior.

Uno de sus detalles más importantes es el aplanamiento de imágenes que recorta aún más la posibilidad de mala interpretación radiográfica y que limita en muchas ocasiones a este solo estudio radiográfico el número de placas.

Si por cualquier motivo no se pudiera utilizar el estudio orthopantomográfico se podrán realizar otros estudios radiográficos, de los cuales mencionaremos los siguientes:

Lateral.- elimina sobreposición de hueso malar o arco cigomático sobre raíces de los molares.

Lateral Oblicua.- revela si hay perforación del borde inferior de la mandíbula, valora los quistes en la rama, mostrando también el desplazamiento del canal dental y migración de los

dientes.

Anteroposterior.- exploración nítida de región de mandíbula, sínfisis cuerpo y rama.

Lateral de craneo.- localizar diente no erupcionado, - determinación de margen superior, invasión de antro, delineación de límites de seno maxilar.

Occipito mental.- revisión del antro

Tomografía.- en coronoides o region condilar y para de finir el contorno oblongado

El estudio radiográfico además de proporcionarnos todos los datos anteriores también nos proporcionarnos todos los - datos anteriores también nos proporciona pautas para el tratamiento, puesto que, a la vez que nos marca los límites de la lesión nos da pautas de la destrucción aparente y real a ser tomada en cuenta.

Ya tratada la lesión puede utilizarse como un medio -- efectivo de control de las mismas lesiones.

2.- XERORADIOGRAFIA

Estudio de gran utilidad para revelar detalles de gran exactitud en las imágenes y caracteres representativos radiográficos de los Quistes Odontogénicos, el cual nos liberará de las dudas del estudio roentgenográfico común.

Aunque su uso no es específico de las lesiones quísticas si es de gran utilidad en lesiones que requieren gran detalle como son precisamente las tumorales, además de ayudar en el diagnóstico de lesiones como: problemas estructurales de cuello, alteraciones oseas, exámenes de tejido blando, etc.

La finura de sus detalles revela características que no son precisas o no muy aparentes en la radiografía común por el material que se utiliza en uno a diferencia del otro.

La Xeroradiografía se ha hecho de singular importancia por sus siguientes características:

1.- Precisión de detalles, principal razón de su uso.

2.- Gran rango de densidades, diferenciación de planos o estructuras y dando un contraste que no tiene la radiografía común.

3.- Márgenes de exposición (único punto a considerar para su uso).

4.- Observación sin necesidad de visor especial.

De todas las características que se mencionaron, po---

dría suponerse que la que se refiere a sus márgenes de exposición puede ser un impedimento, para utilizarse en estos casos no hay -- tal, porque en el area de aparición de los quistes odontogénicos -- no hay necesidad de aplicar muy alto rango de exposición como en las lesiones encerradas en zonas de tejidos blandos para establecer la verdadera diferencia, plano por plano.

Además del incremento tan importante del uso en el estudio de lesiones tumorales de boca, aunque no presente la literatura estudios específicos de Xeroradiografía en lesiones quísticas, aunque menciona su uso para estos. El uso más común que de el se hacia en odontología, es el siguiente: fraturas, ortodoncia, cefalometría, etc.

Solo hay un impedimento para la realización rutinaria -- en centros hospitalarios, y que decir del consultorio dental, que es, el elevado costo de este estudio.

El diagnóstico clínico de los Quistes Odontogénicos, debe estar apoyado por el mayor número de estudios de que se pueda hechar mano y, en el caso de este estudio lo hara más preciso, favorecerá nuestro aprendizaje, y cimentara nuestra experiencia proporcionando mayor efectividad de tratamiento por mejor conocimiento de las lesiones.

3.- BIOPSIA POR ASPIRACION

Estudio de gran importancia al igual que el radiológico y Xeroradiográfico.

Su utilidad es de carácter total como confirmador y/o -diferenciador de la lesión, pues es el medio de tener material pa-
ra exámen microscópico y nos da a conocer claramente la clase de tumoración de que se trate y en el caso de los quistes, la clase de quiste que es.

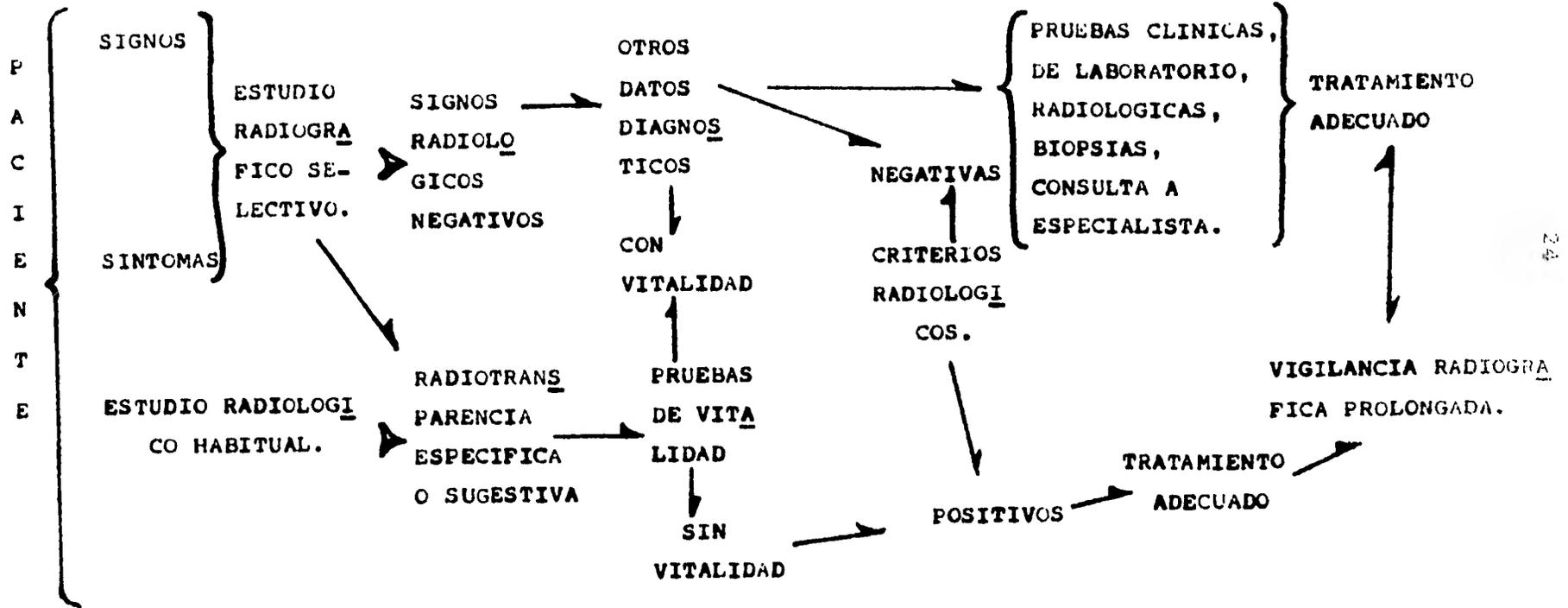
Para realizar dicho estudio, se usa de común un trocar del número 14 siempre y desde luego bajo anestesia local. Se aspi
ra dentro de la cavidad, al lograrse esto es signo inequívoco de ser quiste, pues cuando esto no sucede se tratará de una tumora-
ción diferente. Aunque suele presentarse que sea un quiste pero -
que por una infección crónica y de largo tiempo el exudado puru-
lento sea muy condensado e impida la fácil aspiración que es co-
mún de la lesión.

El líquido que se aspira en su mayoría es de color ama-
rillo pajizo en pequeñas variantes de tono tendiendo a obscurecer
ce. Al presentar olor ofensivo nos indica que esta infectado.

La biopsia por aspiración ha demostrado gran utilidad -
para establecer el diagnóstico entre lesión quística o sólida ---
siendo la técnica más adecuada de biopsia en estas lesiones quis-
ticas, técnicamente es fácil de realizar y sin trauma y además es

recomendado como medio seguro de diagnóstico.

CUADRO DIAGNOSTICO



III DIAGNOSTICO

Cuando se entra en contacto con lesiones de esta clase, como ya dijimos por el estudio radiográfico, tendremos que establecer apartir de este el diagnóstico, y aunque segun la definición seria fácil diagnosticarlo hay problemas para esto.

Existen varias lesiones con las cuales se puede confundir la lesión Quística Odontogénica, como ejemplo podemos citar: el granuloma de células gigantes que agregado a su aspecto normal hay presencia de inflamación localizada, llega a semejarse en mucho la imagen radiológica, la presencia del Síndrome de Displasia Fibrosa Monocítica o Policistótica que puede dar imagen también - semejante al Quiste Odontogénico.

Es más aun hay que diferenciar desde el punto de vista radiológico los otros quistes, los No Odontogénicos. Revisaremos la literatura para identificar forma, lugar, estructuras asociada, pieza causal y más datos que nos ayuden a diferenciar de los Odontogénicos.

Ya hicimos notar en lo referente al estudio radiográfico que hay también estructuras anatómicas que deformen el aspecto normal de las mismas, pueden suponer quistes y/o una mala técnica.

Una diferenciación importante es la relativa (en pos -- del diagnóstico) a los tumores malignos, y tiene puntos importantes que son:

1.- Las lesiones quísticas son caracterizadas por atrofia osea y tejido blando anormal de el margen de el defecto oseo. Además, el crecimiento expansivo de un quiste puede desplazar al hueso que lo rodea.

2.- Una lesión maligna puede ser sugerida probado una - area bien definida de destrucción y tejido blando anormal extendi do mas allá de el margen oseo, o si, la destrucción osea irregu-- lar con pequeñas islas de hueso remanente con la masa de tejido - blando esta presente. De cualquier modo esto puede ser imposible radiográficamente excluir osteitis o necrosis, siguiendo la irra-- diación.

3.- Lesión confinada a una cavidad paranasal no envol-- viendo el hueso adyacente.

En la examinación veremos la ficha dental del paciente, si hay falta de algun diente con el que se pueda relacionar la le sión, pues un diente perdido puede invitarnos a sospechar la exis tencia de Quiste Odontogénico.

En épocas tempranas de los Quistes Odontogénicos en que no tienen manifestaciones aparentes o síntomas y signos, al descu-- brirlos hay que hacer una relación de características en la lite-- ratura con las imágenes que tenemos enfrente.

Los Quistes Odontogénicos tiene principal preferencia - por la zona de los terceros molares, pieza dentales más sucepti-- bles a incluirse, dientes de dentición mixta, preferencia por la

zona de ángulo y rama de la mandíbula, relación a proceso de erupción de los dientes.

Estas lesiones raramente causan aflojamiento de dientes adyacentes a la zona a menos que el Quiste Odontogénico sea muy grande.

Aunque si bien invariablemente un Quiste Odontogénico - involucra el paquete neurovascular, y desvia esta estructura a -- una posición anormal, es poco usual encontrar anestesia de la zona del nervio afectado respectivo. Solo que se llegue a presentar una infección aguda ocurre un aumento sustancial de la presión de pus que se acumula en el saco, causará neuropraxia del nervio. -- Cuando la tensión es liberada por espontanea descarga de pus o durante el drenaje quirúrgico del quiste infectado, se normaliza la sensibilidad.

Como dato principal se puede acotar que la vitalidad de los dientes no es alterada por los Quistes Odontogénicos.

En la percusión de los dientes afectados puede denotarse sonido hueco.

Una examinación clásica en los grandes quistes Dentígero y Queratoquiste, sobre todo en ángulo y rama de la mandíbula, es que a la aplicación de presión firme ininterrumpida con el dedo de una mano sobre la lesión en el saco bucal y detectarlo mediante la recepción del impulso transmitido con el otro dedo colocado en el lado opuesto de la lesión, dato que es manifiesto cuan

do se han lesionado las dos tablas oseas.

La examinación y palpación que se refiere como característica de los otros quistes No Odontogénicos es el crepitar como cascarrón de huevo o pelota de pin-pon, no es clásico de la lesión Odontogénica Quística porque los quistes Odontogénicos solo se -- pueden deprimir estando excesivamente grandes a diferencia de los No Odontogénicos que de muy pequeños se puede realizar esto.

Cuando se toma equivocadamente un quiste Odontogénico - por otra lesión y sobre todo siendo de los más recidivantes, y se extrae la pieza que se cree afectada, y se rasga la bolsa quística y más en el caso de que este infectado la descarga de la pus - desde la cavidad, el paciente presenta molestia de alveolo seco - doloroso.

El dolor como principal dato de importancia para el paciente solo está agregado a los quistes Odontogénicos en el caso de infectados.

El diagnóstico en cada caso debe fundarse en una combinación de datos físicos, Historia Clínica, valoración radiográfica y solo hasta el final la biopsia.

PASOS A SEGUIR PARA EL DIAGNOSTICO.

- Realización completa de Historia Clínica
- Realización completa de Historia Dental
- Estudio radiográfico extenso, marcando límites de la lesión
- Revisión de estructuras anatómicas que equivoquen conclusiones por estudio radiográfico mal realizado.
- Revisión en la literatura de probables tumoraciones o lesiones de diferente índole que se asemejen.
- Pruebas de vitalidad
- Biopsia
- Consulta con especialista siempre y cuando el dentista general no este adiestrado en el tratamiento de estas lesiones.

IV CLASIFICACION

Las clasificaciones existentes de los quistes Odontogénicos al igual que las definiciones tienen complejidad dependiendo de las bases que toman para conformarlas los que las formulan. Algunas de estas toman como base: su lugar, origen, contenido, te jido originador, etc.

Algunas clasificaciones por no establecer claramente -- las bases que las fundamentan crean dificultad al estudiante. El problema radica en que a un mismo quiste se le atribuyen diferentes nombres, por aparecer en diferente lugar o porque cambia de -- un autor a otro al revisar diferente bibliografía, aunque tengan un mismo origen.

Se ha cambiado con el tiempo los fundamentos de las cla sificaciones hasta fundamentarse por el tejido originador.

Los Quistes Odontogénicos han tenido que recorrer un -- trecho largo para poder delimitarse expresamente por su origen y este camino ha sido largo, pues desde las primeras clasificacio-- nes en que su situación era considerada sin mucha especificidad. Señalaremos a continuación algunas clasificaciones más conocidas y se verán las alteraciones que han sufrido.

ROBINSON (1945)

QUISTES PERIODONTALES DENTALES

A) RADICULAR O TIPO APICAL DE RAICES DENTALES

B) TIPO LATERAL

C) TIPO RESIDUAL

D) QUISTE DENTIGERO

E) QUERATOQUISTE

THOMA ROBINSON BERNIER (1960)

QUISTES EPITELIALES ODONTOGENICOS ECTODERMALES

A) QUISTES FOLICULARES

1.- QUISTE PRIMORDIAL

2.- QUISTE DENTIGERO LATERALES CENTRALES

B) QUISTE PERIODONTAL APICAL LATERAL RADICULAR

C) QUISTE RADICULAR

1.- FOLICULAR

2.- PERIODONTAL

KRUGGER (1964)

A) PERIODONTAL

I APICAL

II LATERAL

III RESIDUAL

B) PRIMORDIAL

C) DENTIGERO

LUCAS (1970)

PERIODONTAL

- A) APICAL
- B) LATERAL
- C) RESIDUAL

DENTIGERO

QUERATOQUISTE ODONTOGENICO

FISURAL

NASOPALATINO

He querido únicamente desarrollar de cada una de las anteriores clasificaciones la parte que ha consideración de los autores es la parte Odontogénica de sus clasificaciones totales de quistes.

Se podrá notar la alteración en el número y en el nombre de los integrantes de cada una de las clasificaciones que es muy variada y desconcertante, notándose que hay dos nombres comunes en todas. El Quiste Dentígero que es inequívocamente el representante de esta clasificación Odontogénica y aparte, el Quiste Radicular que se le clasifica dentro del tipo inflamatorio, puesto que su matriz generadora no es el tejido Odontogénico.

Desde el punto de vista de su origen Odontogénico o no, ha sido la clasificación propuesta por la O. M. S. (Organización Mundial de la Salud) en Génova en 1971 a mi manera de ver la más acertada, además de que podremos anotar que no ha sufrido corrección, supresión o aumento en su configuración. Tal clasificación es la siguiente:

A) QUISTES DE DESARROLLO

I ODONTOGENICO

- 1.- DENTIGERO
- 2.- QUERATOQUISTE
- 3.- GINGIVAL
- 4.- ERUPCIONAL

II NO ODONTOGENICOS

- 1.- DEL CONDUCTO NASOPALATINO
- 2.- GLOBULOMAXILAR
- 3.- NASOLABIAL

B) INFLAMATORIOS

I RADICULAR

La clasificación precedente en lo que se refiere a su - origen Odontogénico es la base o columna vertebral de nuestro trabajo.

Presento en su totalidad dicha clasificación para que - se situe el lugar que ocupan los demás quistes que no tienen ori- gen dental para evitar confusiones.

QUISTE DENTÍGERO

El Quiste Dentígero es aquel que representa más específicamente a la clasificación Odontogénica de la cual nos ocupamos. Sus caracteres implícitos en su aspecto radiográfico y macroscópico manifiestan las estructuras dentales que son originadoras de esta clase de quiste y que no es necesario el exámen microscópico como en los otros quistes de la misma clasificación para establecer el diagnóstico.

La definición establece que un quiste Dentígero es: la formación conjuntivo-epitelial en cuyo interior se encuentra la corona completamente desarrollada de un diente que ha quedado retenido en algún maxilar ya que se originó de la alteración del epitelio adamantino reducido, ya completa la amelogénesis. Tanto estructuralmente como radiográficamente se presenta la corona dentaria rodeada por la bolsa quística, algunas veces aunque es raro, la misma corona del diente causal forma parte de la pared quística y no el centro en la definición clásica.

El aspecto radiológico de un quiste dentígero como radiotransparencia limitada por borde esclerótico característico se diferencia de los otros quistes Odontogénicos por la presencia de la estructura coronal del diente causal en el centro de esta imagen.

Clínicamente, al igual que todos los Quistes Odontogéni

cos no se manifiesta por signos y síntomas en estadios primarios que son los esenciales para prevenir su desarrollo. Solamente --- cuando se manifiestan en desarrollo comparativo por deformación - y por coincidencia se le toma estudio radiológico se descubre su característica distintiva.

La patogénesis se debe a problemas mecánicos en la erupción como el aspecto normal del caso del diente y órgano del esmalte como resultado de la irritación, no esperó el proceso normal de involución pero la formación quística ocurre en el epitelio concerniente al proceso de formación del diente. Esta apoyada la teoría por estar usualmente solo la corona, incluida en el --- quiste. Causada por irritación de efecto negado de erupción del diente.

Pudiendo ser de:

- Diente de serie normal
- Diente supernumerario

La Histopatología tiene como característica que la unión del límite del epitelio del quiste y diente es usualmente la unión amelo-cemental, así que sólo la corona se proyecta dentro de la - cavidad. El recubrimiento es usualmente de tipo escamoso estratificado, con variedad de grosor en diferentes quistes y también en diferentes de los quistes mismos variando en severidad por la can tidad o profundidad de la células.

Considerable hiperplasia epitelial con proceso de exten sión de epitelio dentro del tejido conectivo fibroso que rodea la

cápsula, puede ser vista en quistes pequeños e inmaduros. Una cápsula de tejido conectivo rodeado de epitelio con mucha celularidad y riego sanguíneo.

Con el crecimiento de la lesión el recubrimiento puede ser más regular con menos inclinación del proceso dentro del tejido conectivo que lo rodea. La cápsula puede ser más fibrosa con más colágena, y poca celularidad con considerable reducción en el número de células inflamatorias y vasos sanguíneos.

Se hace presente en muchos casos en el tejido fibroso - aparecen signos de infección secundaria acompañando en etapas muy avanzadas del quiste.

Al presentarse en la mandíbula son cubiertos por células grandes o teniendo folículos linfoides o células epiteliales bajo el recubrimiento en el quiste. Los restos proliferados de *Mallassez* son responsables ocasionalmente por un incorrecto diagnóstico de ameloblastoma.

Su crecimiento esta supeditado a varios factores:

1.- La continua licuefacción de las células centrales - provocando un incremento de tensión de el líquido contenido y el incremento en tamaño condicionado a la presión ininterrumpida.

2.- Complicado con la ósmosis y difusión, líquido compuesto de productos celulares degenerados con más alta presión osmótica que el fluido del tejido normal, y que más tarde sea este límite como una membrana semipermeable. Siendo agregación a la --

distensión de la pared interna y así aumenta el tamaño del quiste.

3.- El incremento hidrostático y presión osmótica registrada dentro del quiste dentífero y en general de los Odontogénicos siendo de 65 a 70cm³.

Una subclasificación dentro de este tipo de quistes es la formulada por su situación y forma:

1.- Tipo Central.- el más común surgiendo el quiste del organo del esmalte y más o menos simetricamente envuelto.

2.- Tipo Lateral: se desarrolla en el lugar del diente y puede ser debido al órgano del esmalte, y crezca en un lado del diente. No es comun.

3.- Tipo Multiple.- Por severa destrucción de la lámina dental o debido a severos grupos de restos celulares que padecen formación quística, ocurre en posterior conexión con severos gérmenes dentarios.

Una complicación del quiste Dentífero es la fístula oro-antral que cuando se presenta se debe a infección secundaria al desarrollo de la lesión siendo exclusiva del maxilar superior y verdaderamente rara. Esta se acompaña generalmente de obstrucción nasal y ataques de tos progresiva e inflamación y sabor desagradable de boca con desviación de pared nasal.

La aparición o etiopatogénesis de este quiste esta íntimamente ligada a la retención de piezas dentales en cualquiera de las dos denticiones y no es característico de sexo en especial, - aunque la mayoría de los casos citados como de estudio o ejemplo

hayan sido hombres. En muy raros casos se presenta en pacientes - más allá de la tercera década de la vida.

Las piezas más afectadas por la lesión en orden de frecuencia son: terceros molares inferiores, caninos superiores, terceros molares superiores, premolares inferiores, premolares superiores y más extrañamente los incisivos. Se hace notar que también los supernumerarios no erupcionados pueden ser causales.

Se considera este quiste como el de más rápido crecimiento siendo indiferentes su predilección por cualquiera de las dos tablas oseas, presentándose complicación en el maxilar inferior con la decisión de tratamiento. También tienen alto grado de infección cuando han alcanzado gran tamaño.

El laboratorio revela en exámen sanguíneo ligera linfocitosis muchas veces con cuenta normal de leucocitos.

Estas clases de quistes son solitarios, a diferencia de los demás de esta clasificación que pueden presentarse en forma - multiple.

La posible asociación que se hace de este quiste con el síndrome Nevoide Basocelular Multiple, o con la disostosis cleido craneal o tipo raro de amelogénesis imperfecta es muy común pero, buscando a fondo los signos característicos tanto del síndrome -- mencionado como de quiste Dentígero se puede establecer la diferencia.

QUISTE DE ERUPCION

En la clasificación de la O.M.S. de los quistes Odontogénicos, un quiste de Erupción se define como el que asienta sobre la corona de un diente en erupción y cuya pared esta formada por un epitelio escamoso estratificado no queratinizado con acumulación de líquido hístico o sangre.

Unico quiste que no impide la erupción de la pieza dental, y al erupcionar esta, aparece en el borde del proceso y en el tiempo que pasa de su aparición en cavidad osea junto al diente, hasta el momento de su erupción y afortunadamente este crecimiento no es tan grande.

Aspecto de cúpula o inchazon azulada en el alveolo encima de la pieza dental, la cual es de caracter fluctuante.

Esta lesión es ocasionalmente bilateral aunque es raro y aparece en el gingibo, muy comunmente unido a caninos y molares deciduos.

De caracteres similares al Quiste Dentígero. Su presencia es resultado de cambio en remanente epiteliales residuales - que anteceden a la etapa final de erupción y no asociado a cambios radiográficos:

- 1.- Implantación traumática del epitelio.
- 2.- Cambio quístico en el desarrollo y proliferación del epitelio superficial.

Remanentes de lámina dental, órgano del esmalte o isletas superficiales derivados del epitelio superficial.

Se cree que hay escasés de dicho Quiste de Erupción - por poca publicación de estos, pero no indica que la lesión sea poco frecuente, como ha demostrado un amplio estudio, en el que se llegó a la conclusión de que este trastorno aparece en el -- 11% de los niños durante la erupción de los incisivos y en el - 30% durante la de los caninos y 59% de los premolares y molares de ambas denticiones.

El Quiste de Erupción se da habitualmente en los niños coincidiendo casi siempre con la primera dentición y es mas frecuente en las niñas que los niños.

Puede presentarse en erupciones tardias, y como ya -- mencionamos, en denticiones mixtas.

Este quiste puede ser duro a la palpación aunque con mayor frecuencia fluctuante.

Detalle característico es que no impide la erupción del diente.

Es el único quiste de la clasificación Odontogénica - que no tiene recidivas.

QUERATOCUISTE

Es el único quiste que no tiene relación directa con una pieza dental. Puede estar presente junto al diente que se asocia, pero no incluidos como una sola entidad.

Se origina en directo de la lámina dental o restos de ella no conteniendo elementos calcificados como sucede con los otros quistes Odontogénicos.

Compuesto de líquido fluctuante con extendido crecimiento debido a restos de extracción. Caracterizado por la producción de queratina.

Aumentan de tamaño por un proceso de multiplicación de células epiteliales.

Radiológicamente limitados por estrecha estructura radiopaca pudiendo ser uniloculares o multiloculares casi siempre caracterizado por una forma de pera.

La examinación histológica revelo severos detalles: La superficie paraqueratinizada del epitelio presento numerosas proyecciones en el aspecto laminal de la superficie epitelial de las células, similares proyecciones fueron también presentes en el ancho de espacio intercelular de células epiteliales adyacentes. Prominentes espacios y acumulación intercelular de glucógeno fue notado en todo el epitelio.

La capa celular epitelial basal exhibió una regular co

locación de células y relativamente plano el tejido conectivo in-
termedio Agregado al epitelio estuvo una bien formada y continua
lámina basal.

En primera instancia el tejido capsular subyacente a--
la lámina basal exhibió características de edema y/o separación-
(desgarre).

Fibras colágenas fueron notadas en esta zona de el te-
jido cerradas a la lámina basal.

Numerosas fibras y grupo de fibras identificadas como-
elásticas, fueron también identificadas y evidentes.

Aunque las fibras colágenas fueron observadas no es --
objetivo imponer por lo concerniente a su cantidad y distribu- -
ción hacer de esto un modelo. De cualquier manera la distribución
subjetiva de las fibras colágenas fue que parecieron ser menos--
en el tejido capsular profundo. En areas en que el epitelio fue-
observado ser completamente separado de la cápsula, la separa- -
ción invariablemente ocurrió debajo de la lámina basal, así que,
esta estructura quedo agregada a el epitelio.

En su crecimiento desplaza dientes por presión expan--
diendo hueso. Alcanza gran tamaño antes de detectarlo ya que la
expansión osea es una complicación posterior, casi en general --
complicación de ambas láminas oseas.

Permanece sin actividad hasta que sea estimulado por inflamación y así prolifera.

Su formación es en épocas tempranas de la vida pero -- se descubre después de mucho tiempo.

La incidencia de los Queratoquistes depende de la procedencia del material informativo, de aquellos informes que incluyen todos los tipos de quistes maxilares varía del 2.6% al 3%. Presentan localizaciones características como: región canina de ambos maxilares la región de los terceros molares del maxilar, y más aparentemente en las ramas de este.

La recidiva de estos quistes es muy grande la cual varía del 33% al 62% de los quistes Odontogénicos. Esta tendencia a la recidiva indica que el epitelio queratinizado tiene potencial de crecimiento más intenso que el epitelio quístico de los otros quistes odontogénicos y de todos los quistes en general.

Es importante señalar que en muchas ocasiones se han originado Ameloblastomas de los quistes de esta clase, lo cual resalta la importancia de la enucleación quirúrgica efectiva y su estudio histológico.

Muchas veces se le ha relacionado al Queratoquiste con el Síndrome de Nevo Basocelular, pero esta misma entidad tiene características muy particulares que ayudan a diferenciarla, estas características son:

1.- Anomalías cutaneas como: Carcinoma basocelular, - otros quistes y tumores dérmicos benignos, disqueratosis palmar- y plantar y calcinosis dérmicas.

2.- Anomalías dentales y oseas.- Queratoquistes multi- ples, prognatismo leve, anomalías de costilla (bífida) y verte- - brales, y braquimetacarpalismo: algunos agregados más.

3.- Anormalidades oftálmicas: hipertelorismo con puen- te nasal ancho, ectopia cántica, ceguera congénita y estrabismo- interno.

4.- Anomalías neurológicas.- Retardo mental, agenecia- del cuerpo calloso, calcificación dural, hidrocefalia congénita.

5.- Anormalidades sexuales.- Hipogonadismo en varones- y tumores ováricos en mujeres.

QUISTE GINGIVAL

La clasificación de la O.M.S. de los quistes Odontogénicos define al quiste Gingival como el que surge a partir de los restos de la lámina dental, revestido de epitelio escamoso estratificado y llenos de capas concéntricas de queratina.

Nódulo indoloro gris azulado en encía, aspecto y consistencia de mucocele y no aparece en el estudio radiográfico -- por ser superficial.

Los quistes Gingivales no son tan raros como se pensaba hasta ahora, como demuestra el número creciente de casos publicados.

Hay que distinguir entre el quiste Periodontal externo que se origina en la membrana periodontal, y el quiste Gingival que asienta en la encía fija gingival libre o tejidos próximos.

Estos quistes se encuentran con mayor frecuencia en la zona comprendida entre el incisivo lateral y el primer premolar de las superficies bucales de los maxilares y sobre todo del maxilar inferior.

Este quiste puede presentarse a cualquier edad y no es preferente de un sexo en especial.

Es muy raro que estos quistes Gingivales crezcan más allá de 1 cm. de diámetro.

Algunas veces aparece este quiste en forma de cúpula y

disfrazada su presencia en la papila.

La etiología de esta lesión sugiere como posibles fuentes de formación:

1.- Tejido glandular heterotópico

2.- Alteraciones degenerativas en un brote epitelial - proliferante.

3.- Restos de la lámina dental, del órgano del esmalte o islas epiteliales del ligamento periodontal.

4.- Implantación traumática del epitelio

De estas posibilidades, solo las dos últimas serían válidas y sobre esta base, habría dos formas reconocidas de Quiste Gingival:

1) El que se origina por degeneración quística de la lámina dental o en las glándulas o restos de Serres,

2) El que se origina por la implantación traumática de epitelio superficial, y que, por lo tanto, no sería un quiste -- Odontogénico verdadero.

Los nódulos de Epstein o de Bohn son considerados quistes Gingivales por tener el mismo origen en la lámina dental.

Estas lesiones se aprecian clínicamente como pequeñas tumefacciones circunscritas y blancas del reborde alveolar por la presión interna.

Son verdaderos quistes con revestimiento epitelial y -- luz comunmente ocupada por queratina descamada, y a menudo, células inflamatorias.

V PRONOSTICO

Los Quistes Odontogénicos por ser lesiones benignas en forma general tienen un buen pronóstico.

Hay que tener en cuenta que no sólo el pronóstico es -- desde el punto de vista de malignidad o benignidad, sino que, precisamente por su presencia asintomática suelen presentar lesiones de difícil resolución o rehabilitación por su crecimiento excesivo.

El aspecto hay que tomar en cuenta es el de su recidiva, puesto que si agregamos al crecimiento excesivo de estas lesiones una mal realización del tratamiento dejando restos que lo volverán a generar y que por mecanismos no bien conocidos será aún más rápido y posiblemente sera de caracter mutilante en una segunda instancia, el tratamiento siguiente.

El Quiste Dentífero y el Queratoquiste tienen complicaciones potenciales por mal tratamiento que puede complicar su pronóstico como son:

- 1.- Formación de ameloblastoma
- 2.- Formación de carcinoma epidermoide
- 3.- Formación de carcinoma mucoepidermoide.

El Quiste Gingival tiene un mejor pronóstico que el de los anteriores, pero si la extirpación de esta lesión se realiza en un paciente con problemas graves parodontales, el cierre no --

exacto de la incisión realizada, puede ser un foco infeccioso y más aún si tiene otros problemas el paciente.

El Quiste de Erupción al igual que el gingival puede - presentar el mismo problema.

Tal vez en nosotros estrive el mejorar el pronóstico - de dichas lesiones, pues al descubrirlas y diagnosticarlas tempranamente, y tener un buen adiestramiento quirúrgico de su tratamiento no provocaremos recidivas que a mi gusto seria una hiatrogenia no buscada.

VI TRATAMIENTO

El tratamiento indicado en las lesiones Quísticas Odon-
togénicas es estrictamente Quirúrgico, porque además no existe --
ninguna otra forma de extirpar dichas lesiones.

El tratamiento puede y debe de ser realizado por el ---
odontólogo general y no remitir el tratamiento a un especialista,
pues al igual que se tiene que obtener el adiestramiento, para --
cualquier otro tratamiento más sencillo es necesario el correspon-
diente para tratar estas lesiones.

En algunos de estos casos cuando el paciente es remiti-
do a especialista se retarda el tratamiento por factores distin-
tos como pueden ser:

Decidia del mismo paciente.

Problemas de carácter económico por aumentar el costo -
con el especialista.

Desconfianza de los pacientes y algunos otros diversos.

Estos provocan en muchos de los casos la complicación -
de las lesiones.

En problemas de carácter tumoral y sobre todo en el ca-
so de los Quistes Dentífero y Queratoquiste de gran tamaño se pue-
de relacionar tratamiento, con quirófano, pero la mayoría de es--
tos quistes cuando no esté condicionado el estado general del pa-
ciente o un tiempo demasiado prolongado operatorio. La técnica de

tratamiento no implica lugar especial, más allá del consultorio dental.

La anestesia que se requiere para realizar el acto quirúrgico no es especial sino, sólo la necesaria para la región --- afectada.

Tendremos que mencionar que solo hay que guardar las reglas primordiales de:

- Asepsia y antisepsia
- Manejo atraumático
- Control Hemorrágico
- Colgajo adecuado obteniendo relajación suficiente.
- Evitar inserciones musculares y grandes vasos
- Suturas correctas y readaptación de los tejidos blandos.
- Incisión nítida siempre sana mejor y con menos dolor posoperatorio.

A) TECNICAS MAS USADAS

Las técnicas mas usadas en el tratamiento quirúrgico - son las siguientes:

- 1.- Enucleación de todo el quiste.
- 2.- Marsupialización o Metodo de Partsch

El criterio que condiciona la utilización de una u otra técnica son los siguientes:

- 1.- El tamaño del quiste.
- 2.- Su condición recidivante.

I ENUCLEACION.

Cuando la enucleación es el método de elección, el acceso al quiste se realiza por medio de incisión generalmente mucoperiostica, el hueso suprayacente tiene que quitarse con cinceles, alveolotomos, fresas para hueso, y muchas veces cuando es muy delgado puede quitarse facilmente con una pinza hemostática. Se le--vanta el hueso adherente para exponer la lesión quística.

Al remover el hueso hasta dejar en el borde oseó una capa no friable se ve la parte anterior quística. Es recomendable - utilizar un instrumento que tenga un borde romo, el cual hará contacto con la pared quística para evitar su ruptura, logrando así retirarlo en su totalidad.

Se llega a realizar a veces un raspado en la cavidad --osea para provocar la formación de coágulo.

Después de la remoción del quiste y el provocamiento de coágulo, se regresa el colgajo a su posición original y se sutura.

Este procedimiento está indicado en los quistes pequeños de los más complicados como son el Dentífero y Queratoquiste, y único en el tratamiento de los quistes Gingival y de Erupción.

II MARSUPIALIZACION

Esta técnica es comúnmente utilizada en los quistes --- grandes de Dentífero y Queratoquiste. En esencia la técnica es la misma en lo tocante a el acceso (por previa incisión) al quiste, pero de preferencia en esta ocasión no debe hacerse un colgajo si no una incisión recta o curva según se pueda y a continuación retirar el quiste con instrumentos romos de mayor tamaño de que se pueda echar mano y quitaremos toda la lesión, dejaremos una vía de acceso a la cavidad resultante que por esto semeja una bolsa y de ahí el nombre de esta técnica. La vía da acceso o boca de esa bolsa nos permitirá realizar lavados de la cavidad o controlar -- los materiales que se van a utilizar como relleno de la cavidad -- para provocar la regeneración ósea. Estas sustancias pueden ser -- removidas o cambiadas hasta el momento en que no se note ya la regeneración o esta sea lo suficientemente buena para no necesitar de esta clase de taponamiento.

Las sustancias más comúnmente utilizadas para estos son:

Apósitos como gasa, productos reabsorbibles de celulosa como Gelfoam y Surgicel, astillas de hueso, yeso paris estéril, -

etc.

El trabajo de estos apósitos es estimular la aposición de hueso para que se complete el espacio oseó ocupado por el quiste.

Los cambios de los apósitos se deben de realizar por -- control radiográfico.

COMPLICACIONES POSOPERATORIAS

El edema es normal y fisiológico después de realizar -- procedimientos de esta clase. Las dos técnicas son traumáticas y además el tiempo prolongado que se tenga en tracción los tejidos impide la buena irrigación lingática, uniéndose a la inflamación produce edema y tumefacción.

La posibilidad de infección puede ser mínima usando antibióticos y una buena técnica quirúrgica aséptica. Cualquier infección aguda que se presente en estas lesiones debe dominarse -- perfectamente, deben elegirse cuidadosamente los antibióticos.

Es aconsejada la terapéutica antibiótica local con sulfonamida.

El tratamiento de estas lesiones se complica mucho cuando el paciente ha perdido el borde inferior y superior mandibular provocando una fractura patológica, procediéndose a realizar un -- tratamiento de carácter mutilante o aún más complicado con más -- tiempo y realizado indiscutiblemente en quirófano.

B) REHABILITACION

La facilidad o complicación de los métodos restaurativos de estas lesiones depende de la destrucción de estructuras, sus márgenes y la complicación anatómica funcional con estructuras vecinas.

Cuando los Quistes Odontogénicos son pequeños el proceso restaurativo de la zona es rápido y así su solución funcional es rápida.

La situación se complica en los quistes de gran tamaño porque en el caso de que el quiste pueda provocar destrucción del soporte óseo de otras piezas dentales o adyacentes, y no se llega a regenerar todo este soporte, teniendo que extirpar los dientes afectados. Llegando a diseñar las prótesis dentales necesarias en estos casos.

En los casos de fracturas patológicas, el problema es mayor porque se tiene que hacer uso de implantes de diferentes materiales, que en muchos de los casos, no funcionan como se espera habiendo rechazo y complicaciones infecciosas. Los problemas de esta clase van seguidos de mutilación del maxilar inferior en la mayoría de los casos, y en el maxilar superior complicaciones con senos nasales, que por esta condición retarda aún más, la rehabilitación.

Algunas veces en los casos de los quistes Gingival y-- de Erupción, el tratamiento provoca problemas parodontales por - condiciones inherentes en el paciente y que su rehabilitación -- tendrá que basarse en un arreglo parodontal general o de la zona tratada.

Como estos quistes empiezan a sanar, en el caso de los pequeños en 20 o 30 días podremos empezar a realizar las próte-- sis necesarias ya pudiendo realizar impresiones para estas.

Cuando se tiene diagnosticada la lesión y establecido el tratamiento, en ese preciso momento se tienen que hacer los - planes de rehabilitación tomando en cuenta las probables compli- caciones que se presenten, así como las necesidades del paciente, tanto desde el punto de vista social, económico y funcional. Pe- ro siempre se realizará el mas adecuado al criterio clínico para que este sea efectivo.

VII CONCLUSIONES

Los Quistes Odontogénicos son neoformaciones que tiene origen dental, que no tienen control preventivo y solo el diagnóstico temprano por su descubrimiento pueden ahorrarle al paciente que los padece alteraciones que en algún momento pueden conducirle a incapacidades de la zona afectada por dichos quistes.

Sus clasificaciones son variables pero la más centrada de todas es la expuesta por la O.M.S. en la cual nos basamos. En esta Organización Mundial de la Salud se da a conocer todas las características de estos quistes.

No tiene preferencia por ningún sexo o edad a pesar de las gráficas casuísticas que conformen sus definiciones o caracteres.

El estudio radiográfico es nuestra conexión con ellos

El tratamiento es puramente quirúrgico y lo importante de esto es que el Cirujano Dentista General se capacite ampliamente en el tratamiento de estas lesiones con el fin de no remitir nunca más pacientes con estas lesiones a un especialista, y ya realizando él, esta clase de operaciones no tener problemas y no tener problemas de recidiva.

El pronóstico de estas lesiones es alagador pero hay que tener muy en cuenta la recidiva de ellos.

La rehabilitación de estas lesiones depende de la pron
titud con que se pueda descubrirlos.

Puesto que el estudio radiográfico nos los muestra, de-
bemos establecer de rutina en plan exploratorio general de la bo
ca el empleo de este método tan efectivo que al mismo tiempo que
nos lo indica nos sirve como seguro vigilante de la buena evolu-
ción de nuestro tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bennie B. Gilmore, Kenneth D. Mc Clatchey; "CALCIFICACION DE LOS QUISTES DEL MAXILAR", Arch. Otolaryngol Vol. 105 may 1979.
- 2.- D. F. Wilson and A. S. Ross; "ULTRAESTRUCTURA DEL KERATO QUISTE ODONTOGENICO", Oral Surg. Jun 1978 Vol. 45 Num. 6
- 3.- Edward V. Zegarelli; "DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL", -- Salvat Editores S. A. 1979.
- 4.- Gustav O. Kruger; "TRATADO DE CIRUGIA BUCAL", Edit. Inte ramericana 1979.
- 5.- Harry Archer; "ATLAS DE TECNICAS QUIRURGICAS" Tomo I, -- Edit. Mundi (Buenos Aires) 1979.
- 6.- Joseph T. Fay; "QUERATOQUISTE ODONTOGENICO BILOCULAR", - Oral Surg. abril 1978.
- 7.- Lauren V. Ackerman; "PATOLOGIA QUIRURGICA", The C. V. -- Mosby Company 1978.
- 8.- Nortje Faman and Joobert; "APARIENCIA XERORADIOGRAFICA - DE QUISTE DE LA MANDIBULA", Oral. Surg. marzo 1978.
- 9.- R. Badrawy, F. Safwat, M. H. Eissa and A. Basyoud (Cairo); "QUISTES DENTIGEROS DEL MAXILAR", Oral Surg. abril 1979.
- 10.- Robert J. Gorlin, Henry M. Goldman; "THOMA PATOLOGIA --- ORAL", Salvat Editores, S. A. 1977.
- 11.- Roser, SM and Dave J.S.; "INFILTRACION DE QUERATOQUISTE ODONTOGENICO", Journal of Oral Medicine enero marzo 1978
V₃ #1.

- 12.- Sharan Apd. S. K. Choudhary; "QUISTE DENTIGERO CON FISTULA ORO ANTRAL", The Journal of Laryngology and Otology - abril 1979 Vol. 93, p. 399-402
- 13.- Thun C. J. P.; "ATLAS DE XERORADIOGRAFIA", Europharma, - S. A. de C. V.
- 14.- U. Erasmie And M. Heverling; "DIFERENCIACION RADIOLOGICA ENTRE QUISTES Y TUMORES MALIGNOS DEL MAXILAR", Acta Radiológica 1978 fasciculo 4 julio.
- 15.- W. A. D. Anderson John M. Kissa; "PATHOLOGY VOL. II", -- The C. V. Mosby Company 1979.
- 16.- Walter F. Coolson MD. FRC. Path.; "Surgicla Pathology -- Vol. 1" J.B. Lippincott Company Philadelphia Toronto --- 1978.
- 17.- William G. Shafer; "TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL", Edit. - Interamericana 1978.