



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Quistes de los Maxilares  
piso de la Boca y Cuello.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N

Elvira Montserrat Paloma Mirabal Aldero  
Luis Enrique Assad Eguiarte

ASESOR

C. D. Marcelo Sato Sato

México, D. F.

1983.

A large, stylized handwritten signature in black ink, likely belonging to the advisor, Marcelo Sato Sato, is written over the year 1983.



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.

## INDICE

### INTRODUCCION.

<u>CAPITULO I.</u> Anatomía Cervico Facial . . . . .	1
SUBCAPITULO I. Huesos de Cabeza y Cuello . . . . .	1
SUBCAPITULO II. Musculos de Cabeza y Cuello . . . . .	3
SUBCAPITULO III. Ganglios Linfaticos de Cabeza y Cuello . . . . .	17
SUBCAPITULO IV. Arterias de Cabeza y Cuello . . . . .	21
<u>CAPITULO II.</u> Definición, Aspectos Generales y Diagnóstico Diferencial . . . . .	25
<u>CAPITULO III.</u> Historia Clínica . . . . .	31
<u>CAPITULO VI.</u> Clasificación; Teniendo Cuatro Divisiones . . . . .	41
SUBCAPITULO I. Quistes Odontogénicos. . . . .	41
<u>SUBTEMA 1.-</u> Quiste Dentífero . . . . .	42
<u>SUBTEMA 2.-</u> Quiste de Erupción . . . . .	48
<u>SUBTEMA 3.-</u> Quiste Gingival y Palatino del Recién Nacido . . . . .	49
<u>SUBTEMA 4.-</u> Quiste Periodontal Lateral y Gingival .	52
<u>SUBTEMA 5.-</u> Quiste Radicular . . . . .	58
<u>SUBTEMA 6.-</u> Quiste Odontogenico Queratinizante y Calcificante . . . . .	61

<u>SUBTEMA 7.-</u>	Carcinoma Odontogenico de Células Escamosas . . . . .	63
<u>SUBTEMA 8.-</u>	Dientes en los Teratomas Ováricos y Otros Teratomas Quísticos . . . . .	66
<u>SUBTEMA 9.-</u>	Queratoquistes Odontogénicos . . . . .	68
<u>SUBTEMA 10.-</u>	Quiste Primordial . . . . .	71
<u>SUBTEMA 11.-</u>	Queratoquistes Múltiples de los Maxilares y Carcinomas Basocelu lares Nevoides Cutáneos Múltiples y Anomalías Esqueléticas . . . . .	73
 SUBCAPITULO II. Quistes no Odontogénicos y		
	Fisurales . . . . .	76
<u>SUBTEMA 1.-</u>	Quiste Globulomaxilar . . . . .	77
<u>SUBTEMA 2.-</u>	Quiste Nasoalveolar . . . . .	79
<u>SUBTEMA 3.-</u>	Quiste Nasopalatino . . . . .	81
<u>SUBTEMA 4.-</u>	Quiste Mandibular Mediano . . . . .	84
<u>SUBTEMA 5.-</u>	Quiste Lingual Anterior . . . . .	86
<u>SUBTEMA 6.-</u>	Quiste Dermoide y Epidermoide . . . . .	87
 SUBCAPITULO III. Quistes del Cuello, Piso de		
	la Boca y Glándulas Salivales . . . . .	90

<u>SUBTEMA 1.-</u>	Quiste del Conducto Tirogloso . . . . .	91
<u>SUBTEMA 2.-</u>	Quistes Linfoepitelial. . . . .	94
<u>SUBTEMA 3.-</u>	Quistes Bucales con Epitelio Gás- trico o Intestinal. . . . .	96
<u>SUBTEMA 4.-</u>	Quiste de las Glándulas Salivales . . .	98
<u>SUBTEMA 5.-</u>	Mucocele y Ranula . . . . .	98
 SUBCAPITULO IV. Seudoquistes de los Maxilares . . .		103
<u>SUBTEMA 1.-</u>	Quiste Oseo Aneurismático . . . . .	103
<u>SUBTEMA 2.-</u>	Quiste Oseo Estático. . . . .	106
<u>SUBTEMA 3.-</u>	Quiste Oseo Traumático . . . . .	108
 CONCLUSIONES . . . . .		113
BIBLIOGRAFIA . . . . .		116

## INTRODUCCION

La elección de este tema, es debido a la gran importancia que tiene en la Odontología y al papel tan importante que guarda con respecto a la población en general, ya que por diferentes causas, cualquier persona puede llegar a ser afectada por algún quiste.

Esto lo podemos afirmar, ya que durante los años que estuvimos estudiando en nuestra facultad y durante la realización del servicio social pudimos observar diferentes tipos de quistes, que inmediatamente deben de ser analizados en particular con la aplicación de los conceptos y preceptos que han sido establecidos por diferentes autores, debido a sus investigaciones que les aportaron, la ayuda necesaria para poder emitir un buen tratamiento a cada una de estas lesiones cuando esten presentes.

La mal aplicación o falta de medios para extirpar la lesión va a ser la causa recidiva de la lesión, con consecuencias que pueden llegar a ser mucho más graves de lo que se cree, con la consecuente molestia para nuestro paciente.

Esta Tesis ha sido elaborada con el objeto de recabar los métodos y características que han descrito diferentes autores con respecto a los quistes y la clasificación que se ha hecho de ellos.

Esperamos que esta breve síntesis de estas lesiones, nos sirva para poder unificar criterios de diferentes autores y así poder enfrentarnos a cualquiera de estas lesiones y poder aplicar una de tantas de las técnicas elegibles para poder lograr un total restablecimiento de la salud del paciente.

Primeramente abordaremos el tema mediante un breve estudio de la anatomía cervico - facial, con el propósito de poder ubicarnos y poder así comprender las lesiones en sí, después veremos una breve síntesis de cómo - elaborar una historia clínica y de ahí estudiaremos los diferentes tipos de quistes que hay y su clasificación.

## CAPITULO I

### ANATOMIA CERVICO FACIAL

#### SUBCAPITULO 1. HUESOS DE CABEZA Y CUELLO.

##### GENERALIDADES SOBRE EL SISTEMA ESQUELETICO.

El sistema esquelético está compuesto por todos los huesos del cuerpo humano, una vez que se han establecido sus relaciones.

El sistema esquelético es la armazón del cuerpo y - de cada una de sus partes. Los músculos y las facias re visten el sistema esquelético y tienen relación vital - con sus funciones. Las articulaciones reúnen partes del sistema esquelético y les permiten que se muevan unas so bre otras.

El esqueleto proporciona rigidez, sostén, protección, e inserción para músculos, y actúa como palanca. Los - huesos también contribuyen a la formación de las células sanguíneas y al almacenamiento de sales minerales.

## CLASIFICACION DEL SISTEMA ESQUELETICO.

El esqueleto, en forma funcional, se divide en esqueleto apendicular y esqueleto axil, para su descripción morfológica.

### Esqueleto Apendicular.

El esqueleto apendicular consiste en los huesos de las extremidades además de los huesos intermedios de la cintura que las une al esqueleto axil.

### Esqueleto Axil.

El esqueleto axil está constituido por los huesos que establecen el eje longitudinal corporal, protege los órganos vitales y ofrece inserción o sostén para las estructuras de cabeza, cuello y tronco.

La columna vertebral, compuesta de vértebras individuales y los discos intervertebrales entre ellas, es el pilar central del esqueleto axil.

El cráneo, se encuentra equilibrado sobre la columna vertebral, encierra y protege el cerebro; la mayor

parte de sus huesos están firmemente adaptados para formar la bóveda craneal y la cara. Los huesos separados del cráneo son: el maxilar inferior, que forma el esqueleto de la mandíbula, el hueso hioides y los huesillos del oído.

## SUBCAPITULO II. MUSCULOS DE CABEZA Y CUELLO.

La cabeza está equilibrada en la punta del esqueleto axial en la posición erecta anatómica. Está sujeta en esa posición equilibrada en parte por su propia presión que ejerce en la articulación occipitoatloidea y en parte por la acción coordinada de los músculos que llegan de todas direcciones a la base del cráneo.

La movilidad del segmento cervical de la columna vertebral amplía enormemente el arco de movimiento de la cabeza. Se observa que muchos de los músculos que dan movimiento al cuello también mueven la cabeza ya sea por inserciones directas en el cráneo o porque al inclinar el cuello en varias direcciones la cabeza se mueve junto a él.

A) Músculos que mueven solamente la cabeza.

La cabeza sola puede ser movida sin movimientos asociados del cuello. Varios músculos cortos, pequeños, debajo de la base del cráneo se agrupan como - músculos suboccipitales. También se encuentran otros músculos que tienen trayectos más independientes para mover la cabeza.

B) Músculos Suboccipitales.

Se encuentran agrupados en formación circular inmediatamente por debajo de la base del cráneo. Tienen un trayecto corto, desde las inserciones en el atlas o del axis hasta el hueso occipital. La función de estos músculos principalmente es la de la - de hacer que los movimientos de la cabeza, cortos, rápidos y casi automáticos, sigan a los de los ojos.

MUSCULOS SUBOCCIPITALES

MUSCULO	RECTO ANTERIOR MENOR DE LA CABEZA	RECTO LATERAL DE LA CABEZA	OBLICUO MENOR O SUPERIOR DE LA CABEZA	RECTO POSTERIOR MENOR DE LA CABEZA	RECTO POSTERIOR MAYOR DE LA CABEZA	OBLICUO MAYOR O INFERIOR DE LA CABEZA
LOCALIZACION EN LA BASE DEL CRANEO	ANTERIOR	EXTERNO	POSTERIOR	POSTERIOR	POSTERIOR	POSTERIOR
ORIGEN	MASA LATERAL DEL ATLAS	APOFISIS TRANSVERSA DEL ATLAS	APOFISIS TRANSVERSA DEL ATLAS	TUBEROSIDAD POSTERIOR EN EL ARCO POSTERIOR DEL ATLAS	ESPINA DEL AXIS	ESPINA DEL AXIS
DIRECCION DE LAS FIBRAS	SUPERIOR E INTERNA	SUPERIOR Y EXTERNA	SUPERIOR E INTERNA	SUPERIOR	SUPERIOR Y EXTERNA	EXTERNA LIGERAMENTE SUPERIOR
INSERCION	HUESO OCCIPITAL, POR ADELANTE DEL HUESO OCCIPITAL	HUESO OCCIPITAL POR AFUERA DEL CONDILO OCCIPITAL	EXTREMO EXTERNO DE LA LINEA CURVA OCCIPITAL INFERIOR	EXTREMO INTERNO DE LA LINEA CURVA OCCIPITAL INFERIOR	LINEA CURVA OCCIPITAL INFERIOR, ENTRE EL OBLICUO MENOR Y EL RECTO POSTERIOR MENOR	APOFISIS TRANSVERSA DEL ATLAS
MOVIMIENTO PRODUCIDO EN LA CABEZA	FLEXION ( LA DOBLA HACIA ADELANTE )	FLEXION LATERAL HACIA SU MISMO LADO	EXTENSION ( LA DOBLA HACIA ATRAS )	EXTENSION	EXTENSION, FLEXION LATERAL Y ROTACION HACIA SU MISMO LADO	EXTENSION, FLEXION LATERAL Y ROTACION HACIA SU MISMO LADO

C) **Músculo Esternocleidomastoideo.**

Es un músculo largo, acintado que cruza el cuello oblicuamente desde su origen en la cara anterior del mango del esternón y el tercio interno de la clavícula para ascender a insertarse en la apófisis mastoidea del cráneo.

La acción de este músculo, es la de tirar del cráneo hacia abajo en el mismo lado y al mismo tiempo, la cara es girada hacia el lado opuesto.

Cuando volteamos la cabeza a la derecha, podemos seguir los bordes rígidos del músculo izquierdo, ascendiendo oblicuamente a su inserción.

D) **Músculos Asociados.**

Hay una larga serie de músculos profundos relacionados en gran parte con la columna vertebral, que producen movimientos del esqueleto axial.

El más superior de estos músculos profundos se extiende entre las vértebras cervicales y el cráneo. Cuando estos músculos actúan, otros músculos están produ

ciendo movimientos del cuello o de toda la espalda.

E) **Músculo Anterior.**

El recto anterior mayor de la cabeza, es un músculo delgado que se origina en las apófisis transversas de las vértebras cervicales tercera a sexta. Asciende siguiendo el frente y los lados de las vértebras cervicales superiores para insertarse en la base - del cráneo por delante del recto anterior menor de la cabeza.

Su acción, semejante a la de los otros músculos suboccipitales, es efectuar flexión de la cabeza.

F) **Músculos Posteriores.**

Están localizados posteriormente y siguiendo la columna vertebral se encuentran las porciones superiores de los músculos profundos de la cabeza.

G) **Músculos que mueven el cuello.**

El cuello es movido por músculos que se localizan - por delante y por atrás de los cuerpos de las vértebras cervicales. Estos músculos tienen sus insercioo

nes inferiores en el esqueleto axial, por debajo del cuello.

#### H) Músculos Escalenos.

Tres músculos delgados que descienden lateralmente y en forma oblicua desde sus inserciones en la cara anterior de las apófisis transversas de las vértebras cervicales hasta la primera o segunda costilla. Los músculos escalenos tienen relación anteroposterior - uno con el otro y por lo tanto se llaman escalenos - anterior, medio y posterior.

#### MUSCULOS ESCALENOS

ORIGEN	MUSCULO	INSERCIÓN
TERCERA A SEXTA APOFISIS TRANSVERSA CERVICALES.	ESCALENO ANTERIOR	TUBERCULO DEL ESCALENO DE LISFRANC EN LA PRIMERA - COSTILLA.
TODAS LAS APOFISIS TRANSVERSA CERVICALES.	ESCALENO MEDIO	EN LA PRIMERA COSTILLA - POR ATRAS DEL SURCO DE LA SUBCLAVIA.
CUARTA A SEXTA APOFISIS TRANSVERSA CERVICALES.	ESCALENO POSTERIOR	SEGUNDA COSTILLA.

La acción de los músculos escalenos, es la de elevar la primera y segunda costillas y por lo tanto, sostener el orificio torácico superior.

I) **Músculo Transverso del Cuello.**

Es un músculo aplanado, que se origina en los cuerpos de la primera a la tercera vértebras dorsales. - Es en principio un músculo flexor.

J) **Músculos Asociados.**

Las largas masas musculares posteriores de los músculos profundos de la espalda tienen inserciones en la parte posterior del cuello. Las porciones cervicales de los músculos transverso del cuello, semiespinoso de la nuca y esplenio del cuello, actúan con los músculos de la espalda para controlar la flexión del cuello y regresar el cuello y la cabeza flexionados a la posición erecta.

K) **Músculos hioideos.**

Este músculo no se articula con el resto del esqueleto, está localizado en el cuello, entre el maxilar inferior y la laringe. Es un hueso frágil, en forma

de "U", suspendido de las apófisis estiloides de la base del cráneo por los ligamentos estilohioides.

Los músculos que se insertan en el hueso hioides se llaman suprahioides e infrahioides por su relación de posición en el hueso.

L) Músculos que fijan el hueso hioides.

Los músculos infrahioides ascienden desde el esqueleto axial y la cintura escapular para fijar el hueso como su inserción inferior.

M) Músculos que controlan el piso de boca.

Los músculos suprahioides dan forma al piso de la boca. Todos tienen su inserción inferior en el hueso hioides y por lo tanto, depende de la contracción de los músculos infrahioides, los cuales proporcionan una acción de fijación en el hueso hioides.

## MUSCULOS QUE FIJAN AL HUESO HIOIDES

MUSCULO	ESTERNOCLEIDOHIOIDEO	OMOHIOIDEO	ESTERNOTIROIDEO	TIROHIOIDEO
FORMA	ACINTADA	DOS VIENTRES UNIDOS POR TENDON.	ACINTADA, DEBAJO DEL ESTERNOCLEIDOHIOIDEO	ACINTADA
ORIGEN	PARTE POSTERIOR DEL MANGO DEL ESTERNON.	VIENTRE INF: DEL BORDE SUP. DEL - OMOPLATO. VIENTRE SUP: DEL TENDON CENTRAL.	PARTE POSTERIOR DEL MANGO DEL ESTERNON.	CARTILAGO TIROIDES EN LA LARINGE.
DIRECCION DE LAS FIBRAS.	SUPERIOR EN EL CUELLO.	ANTERIOR Y SUP: DEBAJO DEL ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO PARA TERMINAR EN TENDON.	SUPERIOR HACIA LA LARINGE.	CONTINUA EL PLANO DEL ESTERNOTIROIDEO SUPERIOR, HACIA LA LARINGE.
INSERCIÓN	BORDE INFERIOR DEL CUERPO DEL HIOIDES.	INFERIOR: EN EL TENDON CENTRAL. SUPERIOR: BORDE INFERIOR DEL CUERPO DEL HUESO HIOIDES.	CARTILAGO TIROIDES EN LA LARINGE.	ASTA MAYOR DEL HUESO HIOIDES.
ACCION	TODOS LOS MUSCULOS SE FIJAN AL HUESO HIOIDES TIRANDO DE EL HACIA ABAJO.			

MUSCULOS QUE CONTROLAN EL PISO DE LA BOCA

MUSCULO	DIGASTRICO	ESTILOHIOIDEO	MILOHIOIDEO	GENIHIOIDEO	
ORIGEN	VIENTRE POST: EN LA RANURA DIGASTRICA DEL TEMPORAL.	VIENTRE ANTE: EN LA FOSITA DIGASTRICA DEL MAXILAR INF. CERCA DE LA SIN- FISIS.	APOFISIS ESTILOIDES	EN LA LINEA MILO- HIOIDEA DE LA CA- RA INTERNA DEL MAXILAR INFERIOR.	APOFISIS GENIAL INFERIOR DE LA SINFISIS DEL MAXILAR INFERIOR
FORMA	DE USO, DOS VIENTRES UNIDOS POR UN TENDON.		CILINDRICA, DELGADA.	APLANADA	DELGADA
DIRECCION DE LAS FI- BRAS.	ANTERIOR E INF: HACIA EL HUESO HIOIDES.	POST. E INFE.: DEBAJO DEL PI- SO DE LA BOCA.	SIGUIENDO EL BORDE POST. DI- GASTRICO, DIVI- DIENDOSE PARA DAR PASO A SU TENDON.	UNA HOJA DE FI- BRAS FORMA EL PI- SO DE LA BOCA AL CRUZAR PARA UNIR SE A SU HOMOLOGO DEL OTRO LADO.	POSTERIOR POR - ARRIBA DEL MUSCU- LO MILOHIOIDEO.
INSERCIÓN	DOS VIENTRES SE UNEN EN UN TENDON CENTRAL QUE SE INSERTA POR MEDIO DE UN ASA APONEUROTICA EN EL CUER- PO Y EL ASTA MAYOR DEL HUESO HIOI- DES.		EN EL HUESO - HIOIDES; EN LA UNION DEL CUER- PO Y EL ASTA - MAYOR	EN UN RAPE MEDIO EN EL PISO DE LA BOCA, FORMADO AL UNIRSE LOS DOS - HOMOLOGOS DEL - OTRO LADO	EN LA PARTE AN- TERIOR DEL CUER- PO DEL HUESO -- HIOIDES.

MUSCULOS QUE CONTROLAN EL PISO DE LA BOCA

(Continuación)

MUSCULO	DIGASTRICO	ESTILOHIOIDEO	MILOHIOIDEO	GENIHIOIDEO
ACCION	TIRA HACIA ABAJO Y ATRAS DE LA BARBILLA AL ABRIR LA BOCA.	TIRA HACIA ARRIBA Y ATRAS DEL HUESO HIODES, PERO RESISTIDO POR LOS MUSCULOS INFRAHIOIDEOS; EL EFECTO TOTAL ES LA ELONGACION DEL PISO DE LA BOCA.	FORMA EL PISO DE LA BOCA. ELEVA EL PISO AL DEGLUTIR Y SOSTIENE LA LENGUA.	TIRA HACIA ADELANTE DEL HUESO HIODES ACORTANDO EL PISO DE LA BOCA.

Músculos de la masticación.

Son los músculos que actúan sobre la articulación - temporomandibular para efectuar la oclusión.

Los músculos masticatorios son extraordinariamente - fuertes: producen la fuerza motriz para aproximar enérgicamente los maxilares, apretar los dientes y moler los alimentos. Estos músculos afectan protusión y retracción del maxilar inferior y lo mueven a los lados.

MUSCULOS DE LA MASTICACION

MUSCULO	MASETERO		TEMPORAL	PTERIGOIDEO INTERNO	PTERIGOIDEO EXTERNO	
FORMA	ROMBOIDE		DE ABANICO	CUADRADA	TIENE DOS VIENTRES	
ARCO CIGOMATICO						
ORIGEN	PARTE SUPERF. EN LOS DOS TERCIOS ANTE- RIORES DEL BOR DE INFERIOR.	PARTE PROF. EN LA CARA INTERNA.	EN LA LINEA TEMPORAL IN- FERIOR, LIMI- TANDO LA FOSA TEMPORAL.	SUPERFICIE IN- TERNA DE LA - APOFISIS PTERI- GOIDES DE LA - BASE DEL CRA-- NEO.	V. SUPERIOR. DEL ALA MA- YOR DEL HUE- SO ESFENOI- DES.	V. INFERIOR. DE LA SUPER- FICIE EXTER- NA DE LA APO- FISIS PTERI- GOIDES.
DIRECCION DE LAS FIBRAS.	INFERIOR Y POS TERIOR.	INFERIOR, VERTICAL- MENTE.	CONVERGEN SI- GUIENDO EL - SUELO DE LA - FOSA TEMPORAL PARA PASAR - POR DEBAJO - DEL ARCO CIGO- MATICO.	INFERIOR Y POS TERIOR, SIGUIEN DO LA CARA IN- TERNA DE LA RA- MA DEL MAXILAR INFERIOR.	INFERIOR, A TRAVES DE LA FO- SA INFRATEMPORAL; LOS VIENT- RES CONVERGEN.	
INSERCION	CARA EXTERNA DE LA RAMA DEL MAXILAR INFERIOR.		APOFISIS CORO- NOIDES DEL - MAXILAR INFE- RIOR.	CARA INTERNA - DEL ANGULO DEL MAXILAR INFE-- RIOR.	PARTE ANTERIOR DEL CUELLO - DEL MAXILAR INFERIOR; CAPSU- LA Y MENISCO DE LA ARTICULA- CION TEMPOROMAXILAR.	

· MUSCULOS DE LA MASTICACION  
(Continuación)

MUSCULO	MASETERO	TEMPORAL	PTERIGOIDEO INTERNO	PTERIGOIDEO EXTERNO
ACCION	TIRA HACIA ARRIBA DEL MAXI <u>L</u> AR INFERIOR.	TIRA HACIA - ARRIBA DEL - MAXILAR IN- FERIOR; LAS FIBRAS POSTE- RIORES LO RE <u>T</u> RAEN.	TIRA HACIA ARRI- BA DEL MAXILAR INFERIOR; HACE PROTUSION DEL - MAXILAR INFERIOR CON EL MUSCULO EXTERNO.	HACE PROTUSION DEL MAXILAR INFERIOR; AYUDA EN EL MOVI- MIENTO LATERAL DEL MAXILAR INFERIOR.

### SUBCAPITULO III. GANGLIOS LINFATICOS DE LA CABEZA Y DEL CUELLO.

#### A) GANGLIOS LINFATICOS DE LA CABEZA.

Existen diferentes grupos de ganglios linfáticos, -  
los cuales son los siguientes:

##### 1.- Ganglios del Grupo Suboccipital.

Está constituido por dos o tres ganglios a cada lado,  
situados abajo de la línea curva occipital superior.

##### 2.- Ganglios del Grupo Mastoideo.

Comprende dos o cuatro ganglios, colocados en la ca-  
ra externa de la apófisis mastoides sobre la inser-  
ción del esternocleidomastoideo.

##### 3.- Ganglios del Grupo Parotideo.

Consta de varios ganglios, unos superficiales y otros  
profundos, dispuestos uno o dos por delante del tra-  
gus, llamados ganglios preauriculares.

##### 4.- Ganglios del Grupo Submaxilar.

Están situados por dentro del borde inferior del .--

maxilar inferior, son subaponeuroticos y corresponden a la cara externa de la glándula submaxilar; uno de ellos, más voluminoso, el cual está en contacto con la arteria facial, se llama Ganglio de Stahr.

5.- Ganglios del Grupo Suprahioideo o Submentoniano.

Se hallan colocados en la cara anterior del milohioideo, entre los dos vientres anteriores del digástrico.

6.- Ganglios del Grupo Retrofaringeo.

Están situados por detrás de la faringe y por delante de los músculos prevertebrales, reciben también el nombre de Ganglios de Gillete.

B) RAMOS AFERENTES Y EFERENTES DE ESTOS GANGLIOS.

1.- Los Suboccipitales.- Reciben la línea de la parte occipital del cuero cabelludo.

2.- Los Mastoideos.- De la porción parietal del mismo, del pabellón de la oreja y del conducto auditivo externo.

- 3.- Los Parotídeos.- Del cuero cabelludo de la frente, de la raíz de la nariz, del oído externo, de la caja del tímpano, de las fosas nasales y de la parotídea.
- 4.- Los Submaxilares.- De la cara, de las encías, del labio superior e inferior y bordes de la lengua.
- 5.- Los Suprahioideos.- La reciben del labio inferior, parte media del mentón, encía incisiva inferior, piso de la boca y cara inferior de la lengua.
- 6.- Finalmente, la linfa que llega a los ganglios retrofaríngeos, procede de la renofaringe, de la trompa de eustaquio, de la caja del tímpano y de las fosas nasales.

Los ramos eferentes de todos estos ganglios, van a desembocar a la cadena carotídea.

### C) GANGLIOS LINFÁTICOS DEL CUELLO.

#### CADENAS CAROTÍDEAS

Las cadenas de ganglios carotídeos son tres: Cadena Yugular Interna, Cadena del Nervio Espinal y Cadena Cervical Transversa.

### 1.- Cadena Yugular Interna.

Comprende ganglios externos situados en la cara externa de la yugular interna, desde el vientre posterior del digástrico hasta el vientre intermedio del omohioideo; el ganglio más inferior se halla colocado por dentro del nervio frenico y por delante del músculo escaleno anterior.

Los ganglios anteriores están separados en un grupo superior situado en el espacio entre el vientre posterior del digástrico y el tronco tirolinguofacial; un grupo inferior, compuesto de uno o dos ganglios situados abajo del omohioideo.

### 2.- Cadena del Nervio Espinal.

Va de la parte superior del esternocleidomastoideo hasta la cara profunda del trapecio, y está formada por ocho o diez ganglios que se alojan por fuera de la rama externa del nervio espinal.

### 3.- Cadena de la Arteria Cervical Transversa.

Comienza al nivel de la cadena del nervio espinal y se extiende hasta el confluente venoso de la yugu--

lar interna y la subclavia; comprende esta cadena -  
de dos a diez ganglios.

#### SUBCAPITULO IV. ARTERIAS DE CABEZA Y DEL CUELLO.

El riego sanguíneo de cabeza y cuello lo dan las ra  
mas de las arterias subclavias y carótidas.

##### RAMAS DE LA SUBCLAVIA PARA CABEZA Y EL CUELLO.

La arteria subclavia, a cada lado, cruza la base -  
del cuello por delante del vértice pulmonar; las ramas -  
de la arteria subclavia para cabeza y cuello son la arte  
ria vertebral y los troncos tirocervical y cervicointer-  
costal.

##### 1.- Arteria Vertebral.

Esta arteria asciende profundamente a través de la-  
base del cuello para entrar en el agujero de la apó  
fisis transversa de la sexta vértebra cervical.

Su trayecto superior la lleva atravezando sucesiva-  
mente los agujeros transversos cervicales hacia --  
arriba hasta que toma dirección interna sobre el -

atlas y entra al cráneo por el agujero occipital.

## 2.- Tronco Tirocervical.

El tronco tirocervical es un corto tallo arterial - que asciende sólo una corta distancia en el cuello - antes de dividirse en sus ramas principales: arterias tiroidea inferior, cervical transversa y supraescapular.

- A) Arteria Tiroidea Inferior.- Esta arteria es uno de los vasos más importantes para vísceras y músculos del cuello; asciende entre las estructuras cervicales y riega la parte inferior de las glándulas tiroideas y paratiroides, laringe, traquea y esófago.
- B) Arteria Cervical Transversa.- Este vaso cruza - posteriormente sobre un lado del cuello y origina ramas para los músculos de la zona escapular-posterior.
- C) Arteria Supraescapular.- Esta arteria envía pequeñas ramas para la región acromial, músculos y ligamentos localizados por encima de la articulación del hombro y sus ramas terminales se unen -

formando un anillo anastomótico de vasos alrededor del omóplato.

### 3.- Tronco Cervicointercostal.

Riega las estructuras del cuello por medio de su pequeña arteria cervical profunda para los músculos profundos posteriores del cuello.

## ARTERIAS CAROTIDAS PARA CABEZA Y CUELLO

### ARTERIA CAROTIDA INTERNA

La arteria carótida interna asciende siguiendo la faringe hacia la base del cráneo sin dar ramas en el cuello. Esta es la arteria principal para el encéfalo y otras estructuras intracraneales y orbitarias. Entra al conducto carotideo en la base del cráneo y pasa a través del peñasco del temporal apenas por delante del oído medio.

### ARTERIA CAROTIDA EXTERNA.

La arteria carótida externa es el vaso importante para las estructuras cervicales por arriba del nivel de la laringe; para los maxilares, cara y cuero cabelludo,-

y para las estructuras profundas de la cabeza por debajo del suelo del cráneo. Este vaso se dirige superficialmente desde su origen en la bifurcación carotídea; asciende para pasar a través de la glándula parótida por adelante de la articulación temporomaxilar.

## CAPITULO II

### ASPECTOS GENERALES Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los quistes se manifiestan clínicamente a causa de su expansión dentro del tejido circundante, rara vez causa movilidad de las piezas dentales, a no ser que sean muy grandes.

En muy contadas ocasiones cuando se revela la presencia de un quiste por una fractura patológica o porque el paciente advierte la falta de un diente.

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

Cuando un quiste se dilata, ejerce una estimulación en el periostio por el cual este deposita hueso nuevo; esto se revela clínicamente en forma de una prominencia indolora, dura y suave.

Al continuar la dilatación el hueso supradacente -

adelgaza y se hunde por la presión ejercida con el dedo produciendo muchas ocasiones un crujido de cáscara de huevo.

Finalmente puede desaparecer esta cáscara ósea, quedando el quiste cubierto únicamente por la mucosa bucal. Puede echar su contenido dentro de la cavidad oral y apareciendo luego una infección secundaria. Sin embargo solamente un pequeño porcentaje de quistes atraviesa todos estos estadios; con frecuencia se trata de quistes radiculares y dentigeros; los quistes fisurales generalmente permanecen pequeños, con la excepción de algunos casos de quiste globulomaxilar o nasopalatino.

La localización de la tumefacción puede dar un importante indicio sobre la naturaleza del quiste. Aunque los quistes radiculares y dentigeros aparecen en cualquier parte de la boca, los primeros se encuentran con mayor frecuencia en los dientes anteriores, mientras que los segundos rodean más a menudo las coronas de los caninos maxilares impactados y terceros molares o premolares de la mandíbula. Los quistes fisurales, con una excepción, están limitados al maxilar y los quistes óseos so-

litarios y quistes óseos idiopáticos se encuentran en la mandíbula. El quiste primordial se localiza generalmente en la zona del tercer molar de la mandíbula y desde allí se extiende muchas veces dentro de la rama.

Los quistes de los maxilares no suelen producir dolor, a no ser que se infecten. Aunque los grandes quistes mandibulares casi siempre envuelven al fascículo neurovascular, cuando no hay infección, es muy raro que haya anestesia. La vitalidad de los dientes próximos a un quiste no infectado no se altera, incluso cuando éste es grande y el soporte óseo se haya perdido en gran parte.

Sin embargo, puede existir una pérdida temporal de la respuesta vital de los dientes adyacentes a quistes infectados.

No todos los quistes maxilares forman radiotransparencias bien definidas, redondas u ovals con márgenes radiopacos nítidos. Los factores que influyen en la imagen radiográfica son numerosos e incluyen el tipo de quiste, localización, intensidad de la destrucción ósea, y si el quiste está infectado o no. Por otra parte no -

todas las radiotransparencias bien definidas son quistes ya que varios tumores odontogénicos (ameloblastoma, mixoma odontogénico, etc.) y otras lesiones (granuloma de células gigantes, hemangioma, etc.), pueden producir imágenes radiográficas prácticamente iguales.

Las estructuras anatómicas normales como el seno maxilar, agujero mentoniano y fosa incisiva pueden ser confundidas con quistes, sobre todo si presentan alguna variación en cuanto a su posición o formación y son necesarias varias vistas radiográficas para un diagnóstico diferencial.

Hay que tomar un mínimo de dos vistas intrabucales formando ángulos rectos entre sí. Lo ideal es tomar también vistas intrabucales oclusales y laterales, así como una vista lateral oblicua extrabucal. En ocasiones se necesitan tomar vistas: craneal lateral o una occipital; se puede emplear un medio radiopaco, especialmente en el caso de un quiste nasoalveolar. Algunas veces es ventajoso el uso de la tomografía.

La forma de los quistes tiende a deformarse al dila

tarse. Los quistes mandibulares tienden a abultarse en dirección lingual a causa de la placa cortical más delgada de dicha zona.

Desde un punto de vista práctico, hay pocos quistes de los maxilares que pueden ser diferenciados entre sí - basandose sólo en un examen microscópico.

Generalmente son necesarios los datos radiográficos y otras informaciones, como la anamnesis, aspecto clínico y signos observados en las pruebas de vitalidad dental para establecer un diagnóstico definitivo. Sin embargo, pueden ser de utilidad las siguientes observaciones:

- 1.- Los quistes Gingival, Periodontal, Dentigero, Primordial y Fisural (Globulomaxilar, maxilar anterior mediano, nasopalveolar), están generalmente tapizados por epitelio escamoso estratificado no queratinizado situado sobre un tejido conjuntivo fibroso denso, mientras que el quiste dermoide está tapizado por epitelio escamoso estratificado queratinizado y apéndice cutáneo.

- 2.- Los quistes Radicular, Periodontal y Fisural, presentan generalmente un infiltrado inflamatorio crónico secundario muy rico en células plasmáticas. - Esto se observa con mucha menor frecuencia en los quistes dentígero, primordial o gingival.
  
- 3.- Los quistes Fisurales del maxilar, están no raras veces tapizados por una delgada capa de epitelio queratinizado. A menudo se observan glándulas mucosas y agrupaciones de vasos sanguíneos y nervios en la pared de tejido conjuntivo del quiste maxilar anterior mediano.

Por otra parte, el quiste dentígero mandibular puede estar tapizado en parte por células califormes - o posee folículos linfoides o restos de células epiteliales debajo del revestimiento de la pared quística. Estos restos de malassez proliferados originan algunas veces un diagnóstico erróneo de ameloblastoma.

## CAPITULO III

### ESTUDIO GENERAL DEL PACIENTE

#### HISTORIA CLINICA

Es la que nos va a llevar a un diagnóstico completo por medio de la recopilación sistemática y ordenada de los datos obtenidos por un interrogatorio directo o indirecto. De lo bien realizado dependerá en un alto porcentaje el diagnóstico acertado.

Sus procedimientos y métodos son:

1. Interrogatorio
2. Inspección
3. Palpación
4. Percusión
5. Auscultación
6. Medición
7. Función exploradora
8. Métodos de laboratorio.

**A) DATOS GENERALES DEL PACIENTE.**

Comprende cierta información ordinaria, que puede - recoger con facilidad el cirujano dentista:

1. Nombre del paciente
2. Dirección
3. Número de teléfono
4. Edad
5. Sexo
6. Estado civil

**B) PADECIMIENTO ACTUAL.**

Consiste en pedirle al paciente su P. A. (su problema). Luego se le pide al paciente "cuente" desde cuando observó los primeros síntomas, como se desarrollaron y - los tratamientos previos.

**C) INTERROGATORIO DIRECTO.**

- |                              |                |
|------------------------------|----------------|
| I. Antecedentes familiares:  | No patológicos |
| II. Antecedentes personales: | Patológicos.   |

**I. Antecedentes familiares.**

Permiten obtener información de enfermedades transmisibles o que tienden a afectar a familias enteras. Es el caso de la tuberculosis, migraña, fiebre reumática, ciertas variedades de cáncer. Deben anotarse la edad y el estado de salud de los padres, hermanos e hijos.

**II. Antecedentes personales no patológicos.**

Estatura, peso, oficio, vivienda, alimentación, escolaridad.

**Antecedentes personales patológicos**

Fimicos, leucicos, neoplásicos, cardiovasculares, - diabéticos, alérgicos, ortopédicos, urológicos, alcoholismo, tabaquismo, respiratorios, gastrointestinales.

**III. Antecedentes sociales y ocupacionales.**

Permiten establecer el diagnóstico de ciertos trastornos.

## D) EXAMEN FISICO GENERAL.

- I. Exploración física
- II. Aparatos y sistemas
- III. Examen bucal.

### I. Exploración física.

Representa la segunda etapa del método de diagnóstico y la intervención del dentista en el propio diagnóstico.

La exploración debe realizarse en el cuarto de operaciones, con el paciente sentado en el sillón. Se observa el aspecto general del paciente, y la forma en que entra al cubículo. En general registramos uno o varios signos vitales: estos son: la temperatura, el pulso, - la respiración, y la presión arterial.

Exploración física: cabeza, cuello, tórax, abdomen.

### II. Aparatos y sistemas.

Aparato Cardiovascular.- La repercusión de los padecimientos del corazón sobre el aspecto general de los

enfermos, es semejante a la que producen los trastornos-respiratorios que se describirán a continuación.

En la insuficiencia aórtica la palidez de la cara es característica y la expansión muy acentuada de las arterias del cuello (baile arterial) son muy notables.

Por el interrogatio podrá saberse acerca de palpitaciones, taquicardia, disnea, precordialgias, tos, hemorrágicas, sensaciones de paro del corazón, cianosis, edemas, síncope, vértigo, opresión, algunas tensiones agdominales y de dolor en el hipocondrio derecho, oliguria, cardioneumorenal, dolores precordiales.

El tratamiento de un enfermo cardiopata supone que se considere varios factores de importancia de la etiología de los transtornos o accidentes frecuentes durante - su tratamiento, puesto que pueden presentarse diversos - accidentes antes, durante y después de la intervención.

Las enfermedades del corazón y del aparato respiratorio requieren una consulta del dentista con el médico-del paciente.

Aparato Respiratorio.- Estos padecimientos son capaces de repercutir hondamente en el estado general de las personas que es de utilidad revisar. Para ello sólo tendremos en cuenta aquellos atributos del aspecto general que realmente puedan ser originados en estas condiciones. Por el interrogatorio sabremos si presenta tos seca o flemosa, si es por accesos.

La respiración de Cheyne-Stokes, es manifestación de alta gravedad que suele presentarse en padecimientos del cerebro (tumores, hemorragias) así como padecimientos del riñón, hígado, corazón (uremia, coma diabético).

El aparato respiratorio tiene importancia porque es la vía de introducción de la mayor parte de los anestésicos.

Sistema Nervioso.- Insomnio, su causa; cambios de carácter, percepción de las sensaciones, estado de la sensibilidad (hormigueos, calambres, parestesias, etc.).

Siendo el sistema nervioso coordinador de todas las actitudes y actividades de la economía, el interrogato--

rio tendrá que abarcar lo referente al funcionamiento ge  
neral del cuerpo.

Entre las manifestaciones de padecimiento del siste  
ma nervioso consideraremos en primer lugar el dolor de -  
cabeza. Deberá preguntarse acerca de la presencia del -  
dolor espontaneo en otras regiones del cuerpo, como por  
ejemplo dolores en la nuca, tronco, en los miembros, en  
las víceras o dolores generalizados.

Los antecedentes, tanto personales como heredita---  
rios, no deben ser omitidos.

Aparato Digestivo.- El conocimiento de dicho apara  
to debe ser lo más completo posible, para diagnosticar -  
con todo acierto la causa que ha producido cualquier ang  
malia dentaria.

El interrogatorio del aparato digestivo en relación  
con las enfermedades de los dientes le preguntaremos al-  
enfermo si presenta o no los siguientes síntomas:

Apetito.- Si está aumentando (hiperorexia), si está con

servado, si está abolido (anorexia), si se ha pervertido (parorexia).

Masticación de los Alimentos.- Si son masticados bien o si presenta alguna dificultad.

Aumento o disminución de la secreción salival.- (Tialismo o asialia).

Sensaciones dolorosas en la cavidad bucal.- Características del dolor, ritmo, periodicidad, sitio, intensidad, frecuencia, irradiación.

Digestión.- Meteorismo, estreñimiento, diarrea, borborismos, flatulencia. La condición ácida de la boca motiva descalcificación y erosión de los dientes, sobre todo de los incisivos.

#### E) EXAMEN COMPLEMENTARIO O DE GABINETE.

I. Biometría Hemática.

II. Tiempos de Coagulación y de Sangrado.

III. Química Sanguínea.

## I. Biometría Hemática.

Consiste en una serie de pruebas que suelen realizarse al mismo tiempo y cuyos resultados ayudan a conocer la respuesta de salud en que se encuentra nuestro paciente. Estas comprenden:

- 1) Recuentos del número total de glóbulos rojos y blancos por milímetro cúbico de sangre.

PRUEBAS	NORMAL
Leucocitos (Por MMC)	5,000 a 10,000
Eritrocitos (Por MMC)	4 a 5.5 millones
Hemoglobina	12 a 14 y 13 a 16 gr X 100 ml.
Hematocrito %	37 - 47
Plaquetas (Por MMC)	250 - 500 mil
T. de Protrombina	

## II. Tiempos de Coagulación y Sangrado.

Tiempo de coagulación	5 - 10 normal
Tiempo de sangrado	3 - 4 normal

**III. Química Sangúnea.**

Glucosa	65 - 110 MG%
Nitrógeno Uréico	10 - 20 MG%
Acido Uréico	2.5 - 8.0 MG%

## CAPITULO IV

### CLASIFICACION DE QUISTES DE LOS MAXILARES

Los quistes de los maxilares son masas seculares re vestidas de epitelio e incluidas en cavidades patológi-- cas de los huesos. Los quistes de los maxilares se cla- sifican en dos grupos, según su origen:

- I) Quistes Odontogénicos,
- II) Quistes no odontogénicos.

#### SUBCAPITULO I. QUISTES ODONTOGENICOS

Son los que provienen del epitelio que participa en la formación de los dientes e incluyen los siguientes:

- 1.- Quiste dentífero.
- 2.- Quiste de Erupción.
- 3.- Quiste Gingival y Palatino del Recién Nacido.
- 4.- Quiste Periodontal Lateral y Gingival.
- 5.- Quiste Radicular.

- 6.- Quiste Odontogénico Queratinizante y Calcificante.
- 7.- Carcinoma Odontogénico de Células Escamosas.
- 8.- Dientes en los Teratomas Ovaricos y Otros Teratomas Quísticos.
- 9.- Queratoquistes Odontogénicos.
- 10.- Quiste Primordial.
- 11.- Queratoquistes Múltiples de los maxilares y carcinomas basocelulares nevoides cutáneos múltiples y anomalías esqueléticas.

1.- Quiste Dentífero.- Son los que rodean la corona de una pieza dental, que no ha salido en la dentadura regular (95% aprox), o supernumeraria. Puede ser que sea originado en una alteración del epitelio reducido del esmalte después de haberse formado por completo la corona. Va a haber una acumulación de líquido entre el epitelio y la corona dental. Sin embargo, este quiste puede ser derivado de una degeneración quística de lámina dental. Necesariamente hay que distinguir el saco folicular agrandado y el quiste dentífero.

Dachi y Howell, demostraron que el 37% de los terceros molares impactados de la mandíbula y el 15% de los -

del maxilar superior, tenían una zona de radiotransparencia pericoronar. Sin embargo, solamente el 11% eran bastante grandes para ser considerados como quistes dentígeros. Normalmente se considera que es necesario una anchura del espacio pericoronar de 2.5 mm o más, como un requisito para el diagnóstico de probabilidad de la existencia de un quiste dentígero; la frecuencia de los quistes dentígeros es muy difícil de determinar.

Los lugares más frecuentes en que se encuentran los quistes dentígeros son: en el tercer molar de la mandíbula, el canino y tercer molar del maxilar superior y el segundo premolar de la mandíbula; aunque también puede aparecer en cualquier otro diente sin salir.

La corona del diente se proyecta dentro de la cavidad quística.

El quiste, puede tener cualquier tamaño, desde una leve dilatación del saco pericoronar hasta ocupar todo el cuerpo y rama de una mitad de la mandíbula.

Los quistes de mayores dimensiones, se han encontra

do en la ala de la mandíbula, posiblemente debido a su anatomía. En ocasiones el quiste puede llegar a incluir las coronas de varios dientes adyacentes, al dilatarse y puede llegar a desplazar los dientes en posiciones alejadas de sus localizaciones normales. Los dientes no afectados retienen sus folículos, lo cual nos puede ayudar a la diferenciación durante la operación.

Thoma, clasifico los quistes dentígeros según la posición en la cual se desarrolla el quiste en relación con la corona dental:

- a) Tipo Central.- El quiste rodea la corona de forma simétrica, moviéndose en una dirección opuesta a la de su fuerza normal de erupción.
- b) Tipo Lateral.- El quiste se desarrolla en el lado mesial o distal del diente y se dilata apartándose del diente, envolviendo sólo una porción de la corona. Se desarrolla en la parte del órgano del esmalte que persiste después de que la porción que está encima de la superficie oclusal, se ha convertido en cutícula dental; puede desplazar al diente hacia el lado no afectado.

- c) Tipo Circunferencial.- El órgano del esmalte entero alrededor del cuello del diente es quístico, permitiendo muchas veces la erupción del diente a través del quiste y produciendo una imagen similar a la de un quiste radicular.

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

Es posible que sean necesarias radiografías estereoscópicas. Sin embargo, la convexidad de la pared lateral del quiste, en comparación con la concavidad lateral del antro generalmente sirve para diferenciar ambas cosas.

En general el quiste, está compuesto por una delgada pared de tejido conjuntivo tapizado por un epitelio escamoso estratificado que es continuo con el epitelio reducido del esmalte que cubre la corona.

El origen del quiste dentífero, es muy discutido, -

La mayoría de los investigadores creen que es de origen intrafolicular, es decir, el crecimiento directo del folículo que envuelve la corona del diente; otros se inclinan hacia que su origen es extrafolicular y sugieren que el quiste se desarrolla al principio, a partir de restos extrafoliculares, que más tarde se unen con el folículo de un diente en erupción.

Es una lesión que afecta al maxilar y a la mandíbula, y ensancha o aumenta la tabla ósea. Está en relación con un diente retenido. Los dientes tienen vitalidad - pulpar.

#### Características Clínicas.

Este quiste está siempre asociado con la corona de un diente retenido. También es posible que el quiste encierre un odontoma compuesto complejo o se relacione con un diente supernumerario. El quiste dentífero tiene la capacidad potencial de transformarse en una lesión agresiva. La expansión del hueso con la consiguiente asimetría facial, gran desplazamiento de dientes, resorción - intensa de las piezas adyacentes y dolor, son las secuelas posibles del agrandamiento continuo del quiste.

### Características Radiográficas.

El examen radiográfico del maxilar que tiene un quiste dentífero, revelará una zona radiolúcida, vinculada, - con un diente que no ha brotado. En ocasiones la zona - radiolúcida está rodeada de una línea esclerótica que re presenta la reacción ósea.

### Características Histológicas.

Se compone de una delgada pared de tejido conectivo, con una capa de escaso espesor de epitelio escamoso, que tapiza la luz.

La formación de brotes epiteliales suele faltar, - excepto en los casos que hay infección secundaria. La - infiltración de células inflamatorias en el tejido conec tivo es común, aunque no siempre hay una causa evidente- para ello. El contenido de la luz, es un líquido amari- llo acuoso, poco espeso, a veces con un poco de sangre.

### Tratamiento.

El tratamiento de este quiste, está regido por el - tamaño de la lesión. Las lesiones pequeñas, pueden ser- enucleadas por cirugía en su totalidad, con poca dificul

tad. Los de mayor tamaño, que producen una pérdida ósea importante y adelgazan en forma peligrosa el hueso, suelen ser tratados mediante la inserción de un drenaje quirúrgico o marsupialización.

Este procedimiento alivia la presión y contrae gradualmente el espacio quístico por aposición periférica de hueso nuevo. Es frecuente la necesidad de recurrir a este procedimiento debido al peligro potencial de fracturar el maxilar, si se intentara la enucleación quirúrgica completa.

La recidiva es relativamente rara, salvo que haya habido fragmentación del revestimiento quístico y hayan quedado restos.

## 2.- Quiste de Erupción.

El quiste de erupción es poco frecuente, está asociado con dientes deciduos en erupción, o raras veces, permanentes. Representa una acumulación de líquido hístico o sangre en un espacio folicular dilatado alrededor de la corona de un diente en erupción.

Puede ser unilateral o bilateral, único o múltiple, y existir al nacer. Es raro que el quiste desplace al diente, debido a la tensión del quiste. Se dice que este tipo de quistes, ocurre más frecuentemente en mujeres de raza negra; aunque no se ha determinado la importancia de esta observación, ni su relación con el síndrome de Lowe.

Desde el punto de vista macroscópico, la lesión es una hinchazón circunscrita y fluctuante del reborde alveolar en la zona del diente en brote.

Cuando la cavidad quística circuncoronaria contiene sangre, es de color violeta o rojo oscuro; de ahí el nombre de "hematoma del brote", no se conoce la causa de la formación de este tipo de quiste.

No requiere tratamiento, puesto que, por lo general el diente brota sin retardo significativo.

### 3.- Quiste Gingivales y Palatinos de Recién Nacidos.

En la mayoría de los embriones humanos, después del cuarto mes de vida fetal y por lo menos el 80% de los re

cién nacidos, tienen pequeños nódulos o quistes (perlas de epstein, nódulos de bohn); en la unión de los paladares duro y blando, cerca del rafe medio. Los nódulos - que generalmente son varios y de color blanco o blanco - amarillento, son pequeños quistes de inclusión, que probablemente son debidos a una incorporación de epitelio, durante el proceso embionario de la fusión palatina. Estos quistes se hacen superficiales y suelen romperse durante los primeros meses de vida.

Los quistes gingivales, localizados sobre la superficie de la encía o cerca de ella, tienen su origen probablemente en una formación quística, dentro de los restos de la lámina dental. Pueden ocurrir tanto en la encía libre como en la fija o en la papila gingival. Suelen tener un diámetro de un mm o menos, se hallan revestidos de epitelio escamoso estratificado y muchas veces están llenos de capas concéntricas de queratina.

Probablemente, ambos quistes tienen su origen en una degeneración quística de restos celulares epiteliales en el ligamento periodontal o encía; otros autores han sugerido que sean de origen traumático.

Estos quistes, son probablemente más frecuentes en mujeres de raza negra. Ambos quistes están tapizados por un epitelio delgado escamoso estratificado queratinizante o una capa doble de epitelio cuboideo bajo no queratinizante.

Al estudiar cortes de maxilares y mandíbulas de 17-criaturas, Kreshover, consignó el hallazgo de 65 ejemplos de quistes gingivales (38 múltiples y 27 únicos). Estos estaban localizados en el corion debajo de la superficie epitelial. Los de la parte interna de los maxilares, solían estar desplazados hacia lingual con respecto a incisivos y caninos temporales. Los de la parte posterior de la mandíbula se hallaban por oclusal de las coronas de los molares. Kreshover, afirmó que en todos los casos, las lesiones quísticas se originaban en células de la lámina dental.

#### Características Clínicas.

A veces, estos quistes de la lámina dental, se agrandan lo suficiente como para apreciarse clínicamente, como pequeñas tumefacciones circunscritas blancas del reborde alveolar, que en ocasiones aparecen zonas isquémicas.

cas, por la presión interna. Estas lesiones son asintomáticas y no parecen producir molestias a los infantes.

#### Características Histológicas.

Estos son verdaderos quistes, con un delgado revestimiento epitelial y una luz por lo común ocupada por queratina descamada, y a menudo, células inflamatorias.- Es interesante que la clasificación distrófica y los cuerpos hialinos de Rushton, comunes en los quistes dentígeros, sean hallazgos frecuentes en esta lesión.

#### Tratamiento.

No se requiere tratamiento alguno, por cuanto casi-invariabilmente las lesiones desaparecerán, por apertura en la superficie mucosa o al ser deshechas por los dientes en brote.

#### 4.- Quiste Periodontal Lateral y Gingival.

##### A) Quiste Periodontal Lateral.

Es un tipo de quiste odontogeno raro pero bien reconocido. Estos nacen directamente en el ligamento perio-

dontal lateral de un diente erupcionado y se han sugerido varias posibilidades para explicar como se forma. Se pensó, por ejemplo, que la lesión puede generarse inicialmente como un quiste dentífero a lo largo de la superficie lateral de corona.

Si la expansión de éste es lenta, el brote dental puede ser normal y finalmente el quiste adoptará una posición cercana a la superficie lateral de la raíz.

Asimismo se ha pensado que el quiste peridontal lateral se forma directamente en el ligamento peridontal, de restos de malassez.

La predilección de este quiste por originarse en la zona de canino y premolares inferiores, corresponde bien a la conocida frecuencia elevada de los dientes supernumerarios, en la zona de premolares inferiores. Está localizado dentro del hueso, no tiene comunicación alguna con la cavidad bucal, y estar en aposición con la superficie dental lateral de uno o varios dientes vitales.

Estos quistes son probablemente más frecuentes en mujer

res de raza negra, en los cuales también puede contener células pigmentadas.

#### Características Clínicas.

El quiste periodontal lateral ha sido registrado principalmente en adultos, la mayor parte de estos quistes han aparecido en la zona de premolares inferiores.

La mayor parte de los casos no han presentado signos o síntomas clínicos y han sido descubiertos durante exámenes radiográficos dentales de rutina. A veces, -- cuando el quiste se localiza en la superficie vestibular de la raíz, puede haber una pequeña masa perceptible, pero la mucosa supraadyacente es normal. Si no tiene otra lesión el diente correspondiente tiene vitalidad pulpar. Si el quiste se infecta puede asemejarse a un absceso periodontal lateral y hasta trata de establecer el drenaje.

#### Características Radiográficas.

La radiografía periapical revela al quiste periodontal lateral como una zona radiolúcida en aposición a la superficie lateral de una raíz dental. Por lo común la lesión es pequeña, raras veces mayor de un cm de diáme--

tro y puede o no ser bien circunscrita. En la mayor parte de los casos, los bordes son definidos y a veces está rodeada de una delgada capa de hueso esclerótico.

#### Características Histológicas.

El quiste es un saco hueco con una pared de tejido-conectivo revestido, en la superficie interna, de una capa de epitelio escamoso estratificado. Este epitelio - suele ser delgado y ofrece pocos signos de proliferación.

A veces el epitelio tiene un aspecto peculiar, en el sentido de que las células individuales tienen citoplasma claro y núcleo pequeño, intensamente teñido.

Puede haber células inflamatorias en la pared conectiva, pero esto es una reacción secundaria.

#### Tratamiento y pronóstico.

El quiste ha de ser enucleado por cirugía en lo posible sin extraer el diente afectado. Si esto no fuera posible, entonces procederemos a la extracción. Es de especial importancia que se establezca el diagnóstico debido a la similitud del aspecto de este quiste con otras

lesiones más graves, como un ameloblastoma incipiente. A este tipo de quiste no se le conoce tendencia a рецидивar después de su enucleación quirúrgica.

#### B) Quiste Gingival.

Posee tejido blando gingival no afectado al hueso, aparece en la encía libre o insertada.

Su etiología puede ser:

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, sólo las dos últimas serán válidas, y sobre esta base, habrá dos formas 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.

#### Características clínicas.

Puede presentarse en cualquier edad, pero es más común en adultos. Esta lesión aparece por lo general, como una hinchazón pequeña, bien circunscrita e indolora de la encía.

Tiene el mismo color que la mucosa normal adyacente y es raro que mida más de un cm. de diámetro. Aunque se localiza en la encía libre o la insertada, a veces se le encuentra en la papila propiamente dicha.

#### Características radiográficas.

Este quiste es una lesión de tejido blando y por lo general no se ve radiográficamente. Si adquiere el tamaño suficiente, llega a producir una erosión superficial de la lámina ósea cortical, pero aún así no suele ser visible en la radiografía.

### Características Histológicas.

Es una cavidad tapizada de epitelio que suele contener líquido. El epitelio de revestimiento es por lo general, escamoso aplanado y muy delgado, aunque en el -- quiste gingival por implantación el epitelio es considerablemente más grueso y más escamoso. Puede haber cierta formación de queratina en cualquier quiste gingival.- La lesión está libre en el tejido concetivo de la encfa- y puede o no presentar infiltración celular inflamatoria.

### Tratamiento.

Es la extirpación quirúrgica local de la lesión en personas adultas, no tiende a tener recidivas.

### 5.- Quiste Radicular.

Es el más común de los quistes bucales, tiene un -- origen inflamatorio o como secuela de la caries dental.

Al propagarse el proceso inflamatorio desde la pulpa hacia la zona periapical del diente, se forma una masa de tejido inflamatorio crónico llamada granuloma apical; dentro de esta masa proliferan restos epiteliales -

de malassez.

La cavidad del quiste posee los siguientes elementos en número y proporción variable; células epiteliales degeneradas, cristales de colesterol, sangre, pigmento hemático y pus. El quiste es muchas veces asintomático, es una lesión benigna y crecen a expensas del hueso adyacente. El diente que está en relación con el quiste no es vital y presenta caries dental.

El quiste que sigue en su lugar después de la extracción del diente responsable se le llama quiste residual. El quiste radicular no suele tener un diámetro mayor de 0.5 cm.

La formación de un quiste a partir de un granuloma entraña el siguiente proceso: proliferación del epitelio por un estímulo inflamatorio, con formación de una malla dentro del granuloma; degeneración y licuación del epitelio y el tejido conectivo central, lo que produce la cavidad quística, exudación a partir del tejido conectivo periférico inflamado, lo que agranda la cavidad central; y proliferación continuada de las células epitelia

les. La cápsula de tejido conectivo suele presentar inflamación crónica más o menos intensa.

El proceso inflamatorio a menudo causa degeneración y ulceración del revestimiento epitelial. El revestimiento epitelial del quiste periodontal deriva de restos epiteliales de malassez del ligamento periodontal y no parece tener la tendencia ameloblastomosa que se produce en el quiste dentífero.

Los quistes voluminosos pueden deformar los maxilares, adelgazar el hueso cortical o abrirse el seno maxilar o cavidad nasal.

#### Tratamiento.

La extirpación quirúrgica va seguida del restablecimiento.

Las pruebas de vitalidad pulpar son negativas..

Se dividen en:

- a) Periapical.- Son los que se presentan a la altura del periápice.
- b) Lateral.- Son los que se encuentran a la altura de

lateralidad de la raíz al lado de la pieza dental.

c) Gingival.- Se ubica más hacia la encía.

#### 6.- Quiste Odontogénico Queratinizante y Calcificante.

También conocido como tumor queratinizante quístico, es una lesión peculiar que ocupa un lugar anómalo entre un quiste y una neoplasia.

##### Características Clínicas.

No tiene predilección por edad o sexo. Casi un 70% han aparecido en la mandíbula. En su mayoría puede ser un quiste intraóseo; en el resto hay poca o ninguna lesión ósea, aunque el quiste produce una ligera zona depresible.

##### Características Histológicas.

Microscópicamente, el quiste está bien definido, - con la capa basal de células cuboideas o cilíndricas bajas en forma de empalizada y tiñéndose con más intensidad de lo normal. Encima de la capa basal se encuentran masas irregulares de células hinchadas, muchas de las - cuales no poseen puntas intercelulares.

Entre estas células están esparcidas células aisladas eosinofílicas y pálidas y hojas de grandes células epiteliales que parecen haber sufrido una queratinización aberrante y que en algunos casos prolifera y llenan la cavidad quística.

La capa basal se desintegra y hay crecimiento de tejido de granulación entre las células; estas se tratan como cuerpos extraños.

En varios casos se ha observado una sustancia colágena, atubular, dentinoide adyacente a las células epiteliales en la pared del tejido o en el epitelio mural, estas células quedan bien mostradas mediante rodamina (colorante). Las células fantasma pueden ser calcificadas.

#### Características Radiográficas.

Las lesiones intraóseas centrales aparecen como una imagen radiolúcida, por lo común bastante bien circunscrita, aunque esto no es invariable. En la imagen radiolúcida hay cantidades variables de material radiopaco calcificado disperso, entre minúsculos puntos y grandes masas.

Como esta lesión a veces se da en asociación con un odontoma, ésta puede aparecer radiográficamente como parte integrante de la totalidad del quiste.

Pueden transformarse en lesiones muy grandes, de muchos centímetros de diámetro y pueden abarcar gran parte del maxilar, aunque las lesiones pequeñas son las más comunes.

Tratamiento y Pronóstico.- Ya que esta lesión tiene de a crecer continuamente hay que extirparla por cirugía al ser encontrada. La ausencia de recidiva depende de que la enucleación sea completa.

7.- Carcinoma Odontogénico de Células Escamosas. (Transformación carcinomatosa en los quistes odontogénicos).

Hasta la fecha se conocen más de ochenta casos de carcinomas de células escamosas originado por quistes dentales preexistentes. Sin embargo, es necesario tener mucho cuidado al evaluar estas comunicaciones. El carcinoma de los maxilares es generalmente debido a la propa-

gación de un carcinoma del epitelio supadyacente. Por otra parte, el carcinoma de los maxilares puede ser metatásico y por lo mismo, es necesario indagar cuidadosamente la existencia de una lesión primaria.

Además hay que eliminar todos los tumores epiteliales que tienen su origen en el aparato odontogénico y la mucosa antral.

Hay que eliminar la posibilidad de que el quiste maxilar no sea una degeneración quística de una neoplasia epitelial o de que el quiste y tumor sean independientes, pero muy próximos entre sí.

Cuando se imponen estos requisitos, hay menos de 30 casos que lo cumplen.

#### Características Clínicas.

La edad medio es de 57 años y existe una predilección masculina de dos a uno. La localización más frecuente es en la mandíbula.

La perforación de la cortical y un rápido aumento -

en el tamaño del maxilar son síntomas clínicos importantes. La dilatación ósea es firme, lisa, dura y generalmente insensible a la palpación.

El dolor es variable y no hay parestesia labial.

#### Características Radiográficas.

Las lesiones radiotransparentes son ovales o redondas con bordes dentados no nítidos. Las raíces de los dientes adyacentes exhiben resorción y los dientes pueden aflojarse.

#### Características Histológicas.

La transformación maligna se acompaña de un infiltrado inflamatorio crónico de células plasmáticas y linfocitos en el tejido conjuntivo de la pared quística. Las células periféricas tienden a estar empalizadas, estando sus núcleos polarizados, lejos de la membrana basal.

Se han referido pocos casos de metástasis a partir de esta transformación maligna. La tasa de supervivencia es de 5 años aproximadamente 30%.

### Tratamiento.

El tratamiento es quirúrgico, tratando de eliminar toda la lesión antes de que de matástasis.

### 8.- Dientes en los Teratomas Ovaricos y Otros Teratomas Quísticos.

Aproximadamente del 25% al 30% de los teratomas ova-  
ricos contienen dientes. Algunos de los dientes están -  
empotrados en un proceso alveolar óseo rudimentario; mien-  
tras que otros están localizados dentro del tejido con-  
juntivo fibroso o raras veces, se encuentran libres en -  
la cavidad gástrica.

Los dientes no empotrados, aparte de sus raíces cor-  
tas, suelen estar bien formados con esmalte y dentina -  
normales.

Sin embargo su cemento es bastante deficiente y ace-  
tular.

El ligamento periodontal de los dientes empotrados-  
tiene fibras dispuestas como la de los dientes no sali--

dos de los maxilares.

Los dientes pueden ser deciduos o permanentes y de cualquier tipo, aunque no se suelen encontrar caninos.

Aunque la gran mayoría de los teratomas que contienen dientes, son ovaricos, han aparecido teratomas con estructuras dentales en otras localizaciones: región hipofisiaria, región pineal, región sacrococcigea y mediastino anterior.

En los teratomas malignos es raro encontrar dientes. Los teratomas benignos suelen ser lesiones quísticas con engrosamientos sólidos en su pared. Es común que contengan pelos, material cebáseo y dientes reconocibles. Es común observar infiltrado inflamatorio celular en la encía, a semejanza de la gingivitis.

#### Tratamiento.

El tratamiento que se recomienda es quirúrgico.

## 9.- Queratoquistes Odontogénicos.

Sus características serían las siguientes:

### Características Clínicas.

El queratoquiste odontogénico, suele ser considerado como perteneciente a una de las siguientes categorías;

- A) Quiste Primordial.
- B) Quiste Periodontal.
- C) Quiste Dentífero.
- D) Síndrome de Quiste Odontógeno, Nuevo Basocelular y Costilla Bífida.
- E) Quiste Idiopático de los Maxilares.
- F) Posiblemente en raros casos el Quiste Periodontal - Radicular.

En esencia, algunos, pero no todos los casos de ca da uno de los tipos de quistes mencionados pueden presen tar queratinización del epitelio de revestimiento. El - quiste primordial, es el queratinizado con mayor frecuen cia y lo sigue el quiste dentífero. Todos los quistes - del síndrome de nuevo basocelular y costilla bífida son

queratinizantes.

El queratoquiste odontógeno se origina a cualquier edad, desde la infancia hasta la ancianidad. Aproximadamente estos quistes se presentan con una frecuencia de - un 79% en la mandíbula y un 21% en el maxilar superior, - en tanto que el 50% se localiza en la zona del tercer molar inferior y rama ascendente de la mandíbula.

Entre los rasgos más comunes, se halla el dolor, - hinchazón de tejido blando y exposición del hueso.

#### Características Radiográficas.

La lesión puede aparecer como una imagen radiolúcida unilocular o multilocular, con frecuencia con un delgado borde esclerótico reaccional óseo. Este borde puede ser liso u ondulado.

#### Características Histológicas.

La pared quística suele ser delgada, salvo que halla habido una infección sobrecargada. El epitelio es de tipo escamoso estratificado, generalmente con paraqueratosis. La pared de tejido conectivo suele mostrar pe-

queñas islas de epitelio similar al de revestimiento; algunas de estas islas pueden ser quistes pequeños. La luz del queratoquiste suele estar ocupado por un líquido poco espeso de color pajizo o por un material cremoso más espeso.

A veces la luz contiene gran cantidad de queratina, otras veces poca cantidad. También puede haber colesterol, así como cuerpos hialinos en zonas de inflamación.

#### Tratamiento y Pronóstico.

El queratoquiste ha de ser eliminado por cirugía. Sin embargo, la experiencia clínica ha enseñado que la erradicación completa del quiste es difícil, porque la pared quística es muy delgada y friable y se fragmenta con facilidad.

El rasgo más importante del queratoquiste odontógeno es su extraordinario índice de recidiva y se cree que se debe a la naturaleza de la lesión en sí y no guarda relación con la técnica de tratamiento; ésta puede ser:

- 1.- Por marsupialización.

2.- Enucleación y cierre primario.

3.- Enucleación y mantenido abierto por empaquetamiento.

Todos los casos han de ser controlados mediante radiografías anuales, por lo menos durante los primeros cinco años que siguen a la cirugía.

10.- Quiste Primordial.

Este es uno de los tipos menos comunes de quiste odontógeno. Se forma por degeneración quística y licuefacción del retículo estrellado del órgano del esmalte antes que se forme esmalte o dentina calcificados.

Así, el quiste primordial se encuentra en lugar de un diente y no directamente asociado con él. También puede originarse en un órgano dental supernumerario de manera que en algunos casos están todos los dientes.

Características Clínicas.

Varía ampliamente de tamaño, pero posee potencial para expandir hueso y desplazar los dientes adyacentes por presión. A veces, está asociado con un diente prima

rio persistente, y el examen radiográfico revelará una zona radiolúcida en lugar de la pieza permanente normal subyacente. La sesión no es dolorosa salvo que se infecte en forma secundaria.

#### Características Radiográficas.

Aparece como una lesión radiolúcida redonda u oval y bien delimitada que puede tener un borde esclerótico o reaccional y que puede ser unilocular y multilocular. Se localiza debajo de las raíces dentales, entre las raíces de piezas adyacentes o cerca de la cresta del reborde en el lugar de un diente ausente en forma congénita, en particular de un tercer molar superior o inferior.

#### Características Histológicas.

El aspecto microscópico es similar al de otros quistes odontogénicos. La pared se compone de fascículos paralelos de fibras colágenas, cuya densidad es variable.

En la superficie interna que mira hacia la luz, está revestido de una capa intacta o interrumpida de epitelio escamoso estratificado que suele presentar paraqueratina o a veces ortoqueratina.

La presencia de células inflamatorias crónicas, en su mayor parte linfocitos y plasmocitos, mezclados con leucocitos polimorfonucleares en la zona subepitelial adyacente del tejido conectivo es un hallazgo variable.

#### Tratamiento.

Consiste en su enucleación quirúrgica con un cureteado a fondo del hueso, en particular si produce la fragmentación del revestimiento, para asegurar la eliminación completa del epitelio. El índice de recidiva es elevado.

#### 11.- Queratoquistes Múltiples de los Maxilares y Carcinomas Basocelulares Nevoides Cutáneos Múltiples y Anomalias Esqueléticas.

La asociación de queratoquistes múltiples (quistes-primordiales) con carcinoma basocelular nevoide cutáneo

múltiple y numerosas anomalías esqueléticas en un síndrome bien conocido (síndrome de nuevo basocelular). Este síndrome aparece probablemente en uno de cada 200 individuos con carcinoma basocelular cutáneo.

La transmite un gene dominante autosómico con una elevada penetrancia y una expresividad muy variable.

#### Características Clínicas.

Este síndrome es muy complejo y abarca una gran variedad de posibles anomalías:

1. Anomalías cutáneas: Carcinoma basocelular, otros quistes y tumores dermicos benignos, disqueratosis, palmar y plantar y calcinosis dermicas.
2. Anomalías dentales y óseas: Queratoquistes odontógenos (frecuentemente múltiples), prognatismo mandibular leve, costillas bifidas, branquimetacarpalismo.
3. Anomalías oftalmológicas: Hipertelorismo con puente nasal ancho, ectopía cántica, ceguera congénita-

y estrabismo interno.

4. Anomalías neurológicas: Retardo mental, calcificación dural, agenesia del cuerpo calloso, hidrocefalia congénita.
5. Anomalías sexuales: Hipogonadismo en varones y tumores ováricos en mujeres.

#### Manifestaciones Bucales.

Los queratoquistes odontógenos son indistinguibles de los descritos previamente por ese término que no estaban asociados con este síndrome. Debido a que suelen formarse en épocas tempranas de la vida, pueden presentarse deformación y desplazamiento de dientes en desarrollo. Sin embargo, pueden no desarrollarse hasta la edad mediana, aunque se han originado tumores basocelulares cutáneos en algunos pacientes de corta edad.

#### Características Histológicas.

En los maxilares hay numerosos quistes cuyo tamaño varía entre microscópico y un diámetro de varios centímetros.

Estos quistes están tapizados de un epitelio que puede ser de tipo simple hasta el tipo escamoso estratificado levemente queratinizado.

#### Tratamiento y Pronóstico.

El índice de recidiva de queratoquistes de este síndrome es tan elevado como el de los que no están asociados con él. Además, varios casos de ameloblastoma se han originado en quistes de este síndrome, lo cual resalta la importancia de su enucleación quirúrgica del quiste y su examen histológico.

### SUBCAPITULO II. QUISTES NO ODONTOGENICOS Y FISURALES.

Son cavidades patológicas, tapizadas de epitelio, que por lo común contiene un material líquido o semisólido, y el epitelio deriva de las células epiteliales que quedan atrapadas entre los procesos embrionarios de los huesos en las líneas de unión.

Su etiología, dice que no es odontogénica.

Dentro de este tipo se incluyen los siguientes:

1. Quiste Globulomaxilar.
2. Quiste Nasoalveolar.
3. Quiste Nasopalatino.
4. Quiste Mandibular Mediano.
5. Quiste Lingual Anterior.
6. Quiste dermoide y Epidermoide.

1.- Quiste Globulomaxilar.

Se encuentra dentro del hueso, en la unión de la - porción globular de la apófisis nasal media y la apófi-- sis maxilar, la fisura globulomaxilar casi siempre se en cuentra entre el incisivo lateral y caninos superiores.- Aunque se observó que el quiste se origina realmente en la sutura ósea entre el premaxilar, la sutura incisiva,- de manera que la localización puede ser diferente a la - del reborde y paladar fisurados.

Características Clínicas.

Este quiste suele aparecer clínicamente antes de la edad de 30 años. No parecen tener predilección sexual.-

Casi todos los casos que se conocen fueron descubiertos por accidente, durante el examen radiográfico de rutina. Algunas veces el quiste se infecta y el paciente se queja entonces de molestias locales y dolor en esa zona.

Es característico que se introduzca a manera de cuña separando la raíz de los dientes mencionados, lo cual modifica la relación de sus coronas.

Puede causar al dilatarse un agrandamiento del maxilar superior o una deformación del seño maxilar. El diente es vital, salvo que se infecten coincidentemente.

#### Características Radiográficas.

Este quiste se presenta en las radiografías intrabucales, con forma característica de zona radiolúcida periforme invertida, entre las raíces del incisivo central y el canino y produce la divergencia de las raíces de estos dientes.

#### Características Histológicas.

Está tapizado de epitelio escamoso estratificado o columnar cilíndrico, el resto de la pared se compone de-

tejido conectivo fibroso, que por lo general presenta infiltrado celular inflamatorio.

#### Tratamiento.

Este tipo de quiste debe ser enucleado quirúrgicamente, preservando, si es posible, los dientes adyacentes.

#### 2.- Quiste Nasoalveolar.

Este quiste no se encuentra dentro del hueso, sino que se describe como un quiste fisural raro que puede -- afectar secundariamente al hueso.

También recibe el nombre de quiste nasolabial o -- quiste de Klestad.

#### Características Clínicas.

El quiste nasolabial puede producir hinchazón en el pliegue mucovestibular, así como en el piso de la nariz -- y localizarse cerca de la inserción del ala de la nariz -- en el maxilar. Los quistes nasoalveolares son capaces -- de producir la erosión superficial de la superficie ex--

terna del maxilar, pero dista señalar, que no son primariamente lesiones centrales y por ello pueden no ser visibles en las radiografías. Generalmente este quiste - abulta hacia el suelo del vestíbulo nasal, proyectándose debajo del extremo anterior del cornete inferior y algunas veces causa obstrucción nasal, algunas veces se presenta dolor intermitente.

Hay datos, que nos muestran que estos quistes afectan en un poco más del 75% a mujeres y que la edad promedio de su aparición, estaba entre los 41 y 46 años, aunque se han registrado casos en personas de 12 a 75 años de edad.

#### Características Histológicas.

Desde el punto de vista histológico, el quiste nasoalveolar, está tapizado de epitelio columnar pseudoestratificado, que a veces es ciliado, frecuentemente con células caliciformes, o de epitelio escamoso estratificado.

#### Tratamiento.

El quiste debe de ser eliminado quirúrgicamente, - aunque habrá que tener cuidado de no perforar, ni aplas

tar la lesión.

### 3.- Quiste Nasopalatino.

También se conoce con el nombre de quiste maxilar - anterior medio e incluye a los quistes del conducto incisivo y los de la papila palatina.

El quiste del conducto incisivo es un saco intraóseo, cerrado tapizado por epitelio, cuando está localizado - por debajo del agujero incisivo, se denomina quiste de - la papila palatina. Se origina por la proliferación de - restos epiteliales del conducto nasopalatino, estructura embriológica que se compone de un conducto de células - epiteliales que se hallan dentro del conducto incisivo.- Este comunica a las cavidades nasal y bucal, y se forma - cuando los procesos palatinos se fusionan con el premaxi - lar, dejando un pasaje a cada lado del tabique nasal. - cuando estos conductos pares y los canales se acercan a - la cavidad bucal, se fusionan y salen a través de una - apertura común en el hueso palatino, detrás de la papila palatina.

### Características Clínicas.

Clínicamente hay muchas veces un agrandamiento de la línea media anterior del paladar, su incidencia indica que aparece en no menos de uno de cada cien pacientes; por lo tanto, no se le puede considerar una lesión rara. No hay predilección sexual. Son generalmente indoloros, excepto cuando se infectan.

Hay tumefacción en aproximadamente una mitad de los pacientes, con quistes del conducto incisivo y en todos los que tienen quistes de la papila palatina. El drenaje o la supuración es una secuela frecuente.

### Características Radiográficas.

Estos quistes suelen ser descubiertos al practicarse un examen radiográfico rutinario de los dientes. En la radiografía se observa una zona radiolucida redonda, oval o acorazonada, por lo general simétrica y bilateral y bien delimitada.

La zona está en la línea media, entre las raíces de los incisivos centrales superiores o sobre ellas, y puede producir la separación o la divergencia de las raíces.

El diagnóstico radiográfico del quiste puede ser di fi ci l y no es posible hacerlo con seguridad, si en diám e t r o es menor de 0.6 cm ya que la fosa incisiva normal - puede ser grande. En las vistas oclusales, el quiste - aparece por detrás de los incisivos.

#### Características Histológicas.

Este tipo de quistes están tapizados de epitelio e s c a m o s e s t r a t i f i c a d o, epitelio columnar ciliado seudoes- tratificado y epitelio cuboide o cualquiera de las combi n a c i o n e s. La variabilidad del tipo del epitelio indica- que estos quistes se originan en el conducto nasopalati- no, pues este conducto se compone de los mismos tipos de epitelio: respiratorio en la posición nasal y escamoso- en la bucal. La pared de tejido conectivo de este quis- te presenta con frecuencia infiltrado celular inflamato- rio.

Como estos quistes no son de origen odontogénico, - hay que poner atención y no confundirlos con el quiste - periodontal correspondiente a un diente y permitir así - la extracción innecesaria de dientes sanos.

### Tratamiento.

No se han comunicado transformaciones malignas del epitelio de revestimiento de este quiste. Estos quistes raras veces se agrandan o destruyen cantidades apreciables de hueso. Por lo tanto la excisión quirúrgica del quiste asintomático del conducto palatino puede no estar justificado en pacientes dentados.

En algunos pacientes dedentados, no es raro que el no enuclear un quiste antes de instalar un aparato de prótesis, favorezca la infección aguda más, la perforación de la mucosa con drenaje de pus.

### 4.- Quiste Mandibular Mediano.

Este quiste es una lesión extremadamente rara que se produce en la línea media de la mandíbula, su origen es discutido. Se considera que es una anomalía del desarrollo que se origina por la proliferación de los restos epiteliales atrapados en la fisura mandibular media, durante la fusión de los arcos mandibulares bilaterales. Sin embargo, existe la posibilidad de que la lesión represente un quiste primordial originado de un órgano del

esmalte supernumerario en el segmento anterior de la mandíbula, particularmente porque los huesos que se unen en la sínfisis mandibular se originan en la profundidad del interior del mesenquima y por lo tanto, brinda poca oportunidad para la inclusión y consiguiente proliferación de los restos epiteliales en la profundidad del hueso.

Así mismo es concebible que esta lesión sea un quiste periodontal lateral que se produzca en la línea media, aunque el origen de esta también es obscuro.

#### Características Clínicas.

La mayoría de este tipo de quistes son asintomáticos y se descubren únicamente, en el examen radiográfico de rutina. Pocas veces producen la expansión perceptible de las láminas óseas corticales; los dientes asociados, salvo que tengan otra lesión reaccionan normalmente a las pruebas de vitalidad pulpar.

#### Características Histológicas.

Reveía un escamoso estratificado delgado con pliegues que tapiza una luz central. En ocasiones estos quistes están tapizados de una combinación de este epite

lio con el cilíndrico ciliado.

#### Características Radiográficas.

El aspecto radiográfico de este tipo de lesión es el de una imagen radiolúcida unilocular bien delimitada - aunque también puede ser multilocular.

#### Tratamiento y Pronóstico.

Son muy pocos los casos para estar seguros del pronóstico del quiste medio mandibular, pero es aconsejable hacer su excisión quirúrgica conservadora con preservación de los dientes cercanos, toda vez que ello fuera posible.

#### 5.- Quiste Lingual Anterior.

Se han comunicado varios quistes linguales anteriores a la línea media, pero en algunos casos ha sido demostrado microscópicamente que se trata de quistes epidermoides de exclusión. Se han encontrado quistes revestidos por epitelio en su mayor parte cilíndrico ciliado-seudoestratificado.

Los datos acerca del origen de tales quistes en el epitelio atrapado entre las dos mitades de la lengua durante el desarrollo embriológico, no pueden evaluarse, - hasta que haya sido analizado un número suficiente de ca sos bien documentados; sin embargo, parece ser una hipótesis razonable.

#### 6.- Quiste Dermoide y Epidermoide.

Son en forma de teratoma quístico derivado del epitelio germinal embrionario, pero en algunos casos también contiene estructuras de otras capas germinativas.

Se encuentran principalmente en la zona de la cabeza y cuello, observamos que el piso de la boca y las zonas submaxilares y sublinguales eran los sitios de aparición más comunes. Se supone que estos quistes derivan - del enclavamiento de restos epiteliales en la línea media durante el cierre de los arcos branquiales: hioideo y mandibular.

Alrededor de la boca, los quistes dermoides ocurren con más frecuencia en el suelo y se han clasificado en -

quistes dermoides mediales y laterales. Probablemente -  
tienen su origen siempre encima del músculo milohioideo,  
aunque pueden penetrarlo a través de un hiato de desarro-  
llo.

#### Características Clínicas.

Los quistes dermoides que emergen en el piso de la-  
boca raras veces están presentes en el momento del naci-  
miento, contra lo que sucede con otros quistes dermoides  
que se localizan en otras partes. La mayoría se produ-  
cen en los adultos jóvenes y no muestran predilección -  
por el sexo.

La lesión típica produce abultamiento del piso bu-  
cal, que suele causar la elevación de la lengua y acarrea  
dificultades en la alimentación y fonación.

Esto es particularmente cierto si el quiste se en-  
cuentra sobre el músculo geniohioideo entre este y la mu-  
cosa bucal.

Si el quiste está a mayor profundidad, entre los -  
músculos geniohioideo y milohioideo, es común que abulte

la zona submentoneana.

Este quiste también puede encontrarse debajo del -  
músculo milohioideo.

Las lesiones varían de tamaño, pero por lo general,  
alcanzan varios centímetros de diámetro. El quiste se -  
percibe "masilloso" a la palpación, pero puede ser más -  
fluctuante, según el contenido del quiste.

A veces, estos quistes se infectan y ocasionalmente  
se forman trayectos fistulosos que se abren en la boca o  
en la piel.

#### Características Histológicas.

En el quiste dermoide varían según la complejidad -  
de la lesión. Algunos de estos quistes son compuestos -  
únicamente de una pared conectiva tapizada en la superfi-  
cie interna por una delgada capa de epitelio escamoso es  
tratificado, que por lo general está queratinizado.

La luz puede estar ocupada por queratina. Puede ha  
ber otras estructuras especializadas evidentes, o no y -

el término quiste epidermoide es más adecuado para describir esta lesión simple. En otros casos, hay numerosas glándulas sebáceas e incluso folículos pilosos, además de una que otra glándula sudorípara.

La luz contiene material sebáceo, así como queratina.

Este es el quiste dermoide. Algunas lesiones contienen hueso, músculos, derivados gastrointestinales y constituyen pues, un teratoma complejo.

Tratamiento y Pronóstico.

El quiste epidermoide o dermoide debe ser enucleado quirúrgicamente; no es común que recidive.

### SUBCAPITULO III. QUISTES DEL CUELLO, PISO DE LA BOCA Y GLANDULAS SALIVALES.

Dentro de este tipo de quistes se encuentran los siguientes:

- 1.- Quiste del Conducto Tirogloso.
- 2.- Quiste Linfoepitelial.
- 3.- Quistes Bucales con Epitelio Gástrico o Intestinal.
- 4.- Quiste de las Glándulas Salivales.
- 5.- Mucocele y Ranula.

1.- Quiste del Conducto Tirogloso.

Es un quiste del desarrollo, poco común, que se forma en cualquier punto a lo largo del conducto tirogloso-embrionario entre el agujero ciego y la glándula tiroi--des.

Se origina de los remanentes no obliterados de estos conductos.

La causa de la formación de este quiste es desconocida, pero puede desencadenarse por la infección del tejido linfoide en la zona de los restos del conducto tirogloso por el drenaje proveniente de una infección de los órganos respiratorios superiores.

### Características Clínicas.

Suele presentarse en personas jóvenes, pero puede presentarse a cualquier edad. Es una masa quística, firme de tamaño variable, movable, en la línea media del cuello, justamente abajo del hueso hioides. La hinchazón se desarrolla con lentitud y es asimétrica, salvo que esté ubicada en la parte alta del conducto, cerca de la lengua. El quiste puede encontrarse en el agujero ciego, en el piso de la boca, o más abajo, cerca del cartílago cricoides o tiroides.

A veces se forma una fístula que nace en el quiste y se abre en la superficie cutánea o mucosa. Si el quiste está cerca de la lengua puede provocar disfagia. Dentro de estos quistes puede acumularse secreción mucinosa clara formando masas esféricas o tumefacciones fusiformes.

### Características Histológicas.

El quiste del conducto tirogloso está tapizado de epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado o tipo intermedio de transición, porque en realidad deriva de células que se originan del piso faringeo em-

brionario.

La pared de tejido conectivo del quiste, contiene - frecuentemente pequeñas zonas de tejido linfoide, tejido tiroideo y glándulas mucosas.

#### Complicaciones.

La importancia de estas anomalías reside en lo siguiente:

- a) Producen tumefacciones en el cuello que necesitan - diferenciarse de neoplasias más graves.
- b) La infección sobreañadida puede convertir estas lesiones en absesos.
- c) Comunican con la piel y producen fístulas con evacuación crónica.
- d) A veces el conducto persistente drena en la base de la lengua.
- e) Estas formaciones anómalas en casos raros originan tumores malignos.

### Tratamiento.

El tratamiento para este tipo de quiste es la exce-sión quirúrgica radical. Este procedimiento debe ser re-lativamente radical si se desea evitar la recidiva.

### 2.- Quiste Linfoepitelial.

Es un quiste que se produce en la zona lateral del-  
cuello, situado superficialmente cerca del ángulo de la  
mandíbula, se halla cubierto solamente por el borde ante-  
rior del músculo esternocleidomastoideo y generalmente -  
está sobre la vaina carotidea. Muy raras veces está más  
profunda que la arteria carotidea.

### Características Clínicas.

La mayoría de estos quistes aparecen en adultos jo-  
venes, aunque pueden tomarse evidentes en la niñez tem--  
prana. No hay predilección sexual. Son de crecimiento-  
lento y pueden tener una duración de semanas a muchos -  
años. El tamaño varía entre un diámetro de 2 cm y 10 cm.  
El quiste no suele ser transparente, a no ser que tenga-  
un tamaño grande. No suele estar fijado a las estructu-  
ras subyacentes a la piel.

La lesión se presenta como una masa movable asintomática y circunscrita en la zona lateral del cuello superior, por lo común cerca del borde anterior del músculo-esternocleidomastoideo. Aunque la mayoría de estos quistes se produce en el cuello, muchos fueron observados en el ángulo de la mandíbula, en la zona submaxilar e incluso en las zonas periauricular y parotídea.

#### Características Histológicas.

Suele estar tapizado por epitelio escamoso estratificado, pero puede contener epitelio columnar estratificado.

La pared del quiste se compone, por lo general, de tejido linfóide con la forma típica del nódulo linfático. En la pared, también, puede haber una cantidad variable de tejido conectivo.

El quiste propiamente dicho puede contener un líquido acuoso claro o un material mucoide gelatinoso espeso.

### Tratamiento y pronóstico.

Este quiste debe de ser tratado por medio de una remosión quirúrgica minuciosa. Hay recidiva si se dejan restos o si simplemente se aspira o se drena la lesión.

### 3.- Quistes Bucales con Epitelio Gástrico o Intestinal.

Se han encontrado islas heterotópicas de mucosa gástrica en el esófago, intestino delgado, quistes toráxi--cos, conducto vitelino, páncreas, vesícula biliar y di--verticulo de Meckel. Sin embargo hay pocas descripcio--nes de quistes tapizados por mucosa gástrica o intestinal en la lengua y piso de la boca: base de la lengua, len--gua anterior.

El quiste cariestomático puede estar completamente--incluido dentro del cuerpo de la lengua o en el piso de--la boca.

### Características Clínicas.

Este quiste cariestomático se presenta a cualquier--edad, aunque la mayoría de los pacientes han sido bebes--o niños muy pequeños.

Puede ser significativo que la lesión aparezca en proporción abrumadora en varones. El quiste es un pequeño nódulo que está enteramente dentro de la lengua, adelante o atrás, o en el piso de la boca, en el cuello o cerca de la glándula submaxilar. Puede ser asintomático o causar dificultades en la alimentación y la fonación.

Algunos quistes se comunican con la superficie mucosa por una estructura tubular o semejante a un conducto.

#### Características Histológicas.

Este quiste suele estar revestido parcialmente de epitelio escamoso estratificado y parcialmente de mucosa gástrica similar a la del cuerpo y fondo del estómago - tanto con células parietales como principales. A veces se observa epitelio intestinal, con células de paneth, caliciformes y argentofilas. Puede estar presente o no una mucosa muscular.

#### Tratamiento.

Como es imposible diagnosticar clínicamente, esta lesión y raras veces se sospecha su presencia, la excisión quirúrgica es el tratamiento adecuado.

#### 4.- Quiste de las Glándulas Salivales.

Los verdaderos quistes de las glándulas salivales - son raros si se eliminan los quistes branquiogénicos. - Todos los casos comunicados han aparecido en la glándula parótida. Los quistes de las glándulas salivales están tapizados generalmente por epitelio escamoso estratificado, pero un quiste registrado por Moore, estaba tapizado por epitelio cilíndrico ciliado. Se ha sugerido que ocurren con mayor frecuencia en el lado izquierdo y que probablemente eran más frecuentes en las personas del sexo-femenino.

Parece ser que los quistes parotideos representan - aproximadamente el uno por ciento de las masas quirúrgicas de glándulas salivales. Es habitualmente pequeño de un cm. o menos de diámetro.

#### 5.- Mucocele y Ranula. Mucocele o Quiste de Retención-Mucosa.

El fenómeno de retención mucosa, al que se le atribuye origen traumático, es una lesión que afecta glándu-

las salivales y conductos salivales.

#### Etiología y Patogenia.

Estudios han revelado que la sección traumática de un conducto salival, como el producido por el mordisqueo de labios o carrillos, o por pellizcamiento de labios - con las pinzas para extracciones, precede a la formación del quiste de retención.

#### Características Clínicas.

El fenómeno de retención que afecta las glándulas - salivales accesorias es más frecuente en labio inferior, pero también aparece en paladar, carrillos, lengua y piso de la boca. No hay referencia tanto de sexo como de la edad.

Desde el punto de vista clínico, la lesión se localiza a bastante profundidad en el tejido o puede excepcionalmente ser superficial y según su localización presentará un aspecto clínico variable.

La lesión superficial es una vesícula elevada y circunscrita de varios mm a un cm o más de diámetro, con un

tono azulado translúcido.

La lesión más profunda se manifiesta también como una hinchazón, pero debido al espesor del tejido que lo cubre, color y aspecto superficial son los de una mucosa normal. El quiste de retención se forma en unos pocos días, alcanza cierto tamaño y puede persistir meses, a menos que se trate. Si se deja salir el contenido, se verá que es un material espeso y mucucioso. Algunas lesiones se agrandan periódicamente y pueden desaparecer después de un traumatismo que produce su evacuación. Sin embargo, casi invariablemente recidivan.

#### Características Histológicas.

La mayor parte de los quistes de retención consisten en una cavidad circunscrita de tejido conectivo y submucosa, que produce una elevación de la mucosa con adelgazamiento del epitelio como si estuviera estirado.

La cavidad propiamente dicha raras veces tiene revestimiento epitelial y por lo tanto, no es un quiste verdadero. La luz del quiste está ocupada por un coágulo eosinófilo que contiene cantidades variables de células, fundamentalmente leucocitos y fagocitos mononuclea-

res. Algunos de estos quistes presentan un revestimiento epitelial aplanado e intacto.

Los acinos glandulares salivales adyacentes a la zona del quiste y los correspondientes al conducto afectado suelen presentar alteraciones.

Estas consisten en inflamación intersticial o sialadenitis, dilatación de conductos intralobulares e interlobulares con acumulación de moco y destrucción de células mucosas en acinos, lo cual origina la formación de minúsculas zonas de moco acumulado.

#### Tratamiento y Pronóstico.

El tratamiento de este quiste es la escisión. Si simplemente se incide la lesión, su contenido saldrá, pero rápidamente volverá a llenarse en cuanto la incisión cicatrice.

Después de enuclearlo hay algunas recidivas, pero esto es menos factible si también se eliminan los acinos glandulares salivales correspondientes.

## 5.- Ranula.

Es una forma de quiste de retención que aparece específicamente en piso de la boca, relacionado con conductos de glándulas submaxilares y sublinguales.

La etiología y patogenia son las mismas que en el quiste de retención que afecta a glándulas salivales.

### Características Clínicas.

Se presenta como una masa indolora de agrandamiento lento a un lado del piso de la boca. Como suele estar situada en profundidad, la mucosa que la cubre es de aspecto normal. Si es superficial, la mucosa tiene un color azul traslúcido. También se describe un tipo suprahioides que hace una hernia a través del músculo milohioideo. El contenido de la ranula puede ser mucoso o seroso.

### Características Histológicas.

Es similar a la de los quistes de retención más pequeños, excepto que a veces hay un definido revestimiento epitelial.

### Tratamiento y Pronóstico

Son los mismos, excepto que algunos cirujanos prefieren eliminar el techo de la lesión y no enuclearla totalmente. A veces estas lesiones recidivan.

### SUBCAPITULO IV. SEUDOQUISTES DE LOS MAXILARES.

En este grupo, se incluyen a los siguientes quistes:

- 1.- Quiste Oseo Aneurismático.
- 2.- Quiste Oseo Estático.
- 3.- Quiste Oseo Traumático.

- 1.- Quiste Oseo Aneurismático.

Está caracterizado por ocurrir con mayor frecuencia en los huesos largos y en las vértebras; no es un verdadero quiste, ya que no está revestido de epitelio.

#### Características Clínicas.

Se presenta en personas jóvenes, no importa el sexo. Se suele obtener una historia de lesión traumática precedente al desarrollo de la lesión. Las lesiones son sen-

sibles en particular durante el movimiento, y esta sensibilidad llega a limitar el movimiento del hueso afectado. También es común la hinchazón de la zona ósea afectada.

Los hallazgos microscopicos en el momento de la operación son característicos, antes de penetrar en la lesión, se encuentra una excesiva hemorragia y la sangremana de los tejidos.

#### Manifestaciones Bucales.

Se da con cierta frecuencia en los maxilares, aunque es probable que muchos estén mal diagnosticados como otras lesiones óseas. Se presenta un poco más en el sexo femenino. Esta lesión afecta con más frecuencia a la mandíbula, produciendo una corteza dilatada y sensible a la presión.

#### Características Radiográficas.

El hueso está expandido, aparece quístico con aspecto de panal o de pompas de jabón y la imagen radiolúcidas excéntrica. La cortical ósea puede estar destruida y es evidente la reacción perióstica.

### Características Histológicas.

Se compone de un estroma de tejido conectivo fibroso que contiene muchos espacios cavernosos o sinusoidales ocupados por sangre. Estos presentan trombosis o no. Los fibroblastos jóvenes son abundantes en el estroma conectivo, así como las células gigantes multinucleares - con una distribución similar a la del granuloma de células gigantes. Pero en la última lesión, no se encuentran espacios cavernosos. Hay cantidades variables de osteoide y hueso.

### Patogénesis.

Lichtenstein, propuso que este quiste se origina como consecuencia de una persistente alteración local de la hemodinámica que conduce al aumento de la presión venosa y al ulterior desarrollo de un lecho vascular dilatado y estancado en la zona transformada.

Entonces se produce la resorción ósea con la cual - se relacionan las células gigantes y el hueso es reemplazado por tejido conectivo, osteoide y hueso neoformado.

La otra explicación de la lesión es que constituye-

un intento exuberante por reparar el hematoma óseo, similar al granuloma central de células gigantes, con la diferencia en que los vasos dañados de esta última lesión no conservan conexión con la lesión.

#### Tratamiento y Pronóstico.

El cureteado o la extirpación quirúrgica es el tratamiento adecuado, aunque también se han aplicado dosis bajas de radiación.

La recidiva en otros huesos, además de los maxilares varía entre el 21% y el 59% de los casos. Sin embargo, que se sepa no ha recidivado ninguna lesión de maxilar.

#### 2.- Quiste Óseo Estático.

También se le llama quiste óseo latente, no es un verdadero quiste, sino un defecto asimétrico del desarrollo en la mandíbula, en el surco hecho por la arteria facial, donde cruza al hueso, o cerca del mismo.

### Características Radiográficas.

La lesión por lo general asintomática y descubierta durante el examen de rutina, aparece como una imagen radiolúcida ovoide, situada entre el conducto dental inferior y el borde inferior de la mandíbula, inmediatamente delante del ángulo. A veces es bilateral.

Las lesiones pueden ser consideradas como un defecto del desarrollo, más que una lesión patológica y una vez diagnosticada, no necesitan tratamiento.

Puede y debe ser diferenciada del quiste óseo traumático o hemorrágico, pues casi invariablemente, éste se localiza sobre el conducto dental inferior en la radiografía periapical intrabucal, mientras que la depresión por la glándula salival se encuentra debajo del conducto. Sin embargo a veces es imposible hacer el diagnóstico diferencial definitivo sin la exploración quirúrgica.

El tamaño de la cavidad varía entre un cm hasta dos cm. Puede ser semicircular con apertura inferior o algunas veces, elíptico o redondeado y completamente incluido dentro del hueso un poco por encima del borde infe--

rior de la mandíbula.

Como el tamaño del quiste no varía con el tiempo, ha sido denominado estático o latente. Suele tener un borde nítido y denso.

Asimismo se observó que puede haber una depresión o inclusión de la glándula salival sublingual en la superficie lingual del segmento anterior de la mandíbula.

Esta afección fue estudiada por Miller. Estas lesiones asintomáticas aparecen como imágenes radiolúcidas bastante mal circunscritas, entre la zona del incisivo central y la zona del primer premolar.

### 3.- Quiste Oseo Traumático.

Es una lesión desusada que aparece con considerable frecuencia en maxilares, así como en otros huesos del esqueleto.

El término quiste es en realidad inadecuado, puesto que estas cavidades intraóseas no están revestidas de -

epitelio. También recibe el nombre de quiste por extravasación, quiste óseo solitario, quiste óseo hemorrágico.

En los huesos largos, está localizado con más frecuencia en la zona metafisiaria del húmero.

#### Etiología.

Su etiología es desconocida, aunque se han propuesto una serie de teorías y por lo menos una ha tenido -- aceptación bastante general: la del origen en la hemo-- rragia intramedular consecutiva a lesión traumática.

Este tipo de hemorragia produce reparación por orga-- nización del coágulo y formación ulterior de tejido co-- nectivo y hueso nuevo. Sin embargo, la teoría traumáti-- ca, una vez lesionada una zona de hueso esponjoso que - contiene médula hematopoyética encerrada por una capa - densa de hueso cortical, la organización del coágulo fa-- lla y por alguna razón desconocida, sobreviene la degene-- ración del coágulo que termina por producir una cavidad-- vacía en el interior del hueso.

### Características Clínicas.

Este quiste es más frecuente en personas jóvenes, - la edad promedio es de 18 años, en una serie de pacientes. Los varones están mayormente más afectados.

La lesión puede ser descubierta durante un examen radiológico sistemático. Aunque se afirma que la porción posterior, se han registrado muchos casos en la región de los incisivos. Los dientes se encuentran con vitalidad pulpar.

Cuando se hace la incisión quirúrgica de la cavidad, se comprueba que contiene una pequeña cantidad de líquido de color pajizo, restos de coágulo sanguíneo necrótico o nada. El cirujano suele asombrarse al abrir un espacio vacío en el hueso y encontrar que no hay membrana alguna.

### Características Radiográficas.

El examen radiográfico revela una zona radiolúcida - sumamente contorneada de tamaño variable, a veces con un delgado borde esclerótico, según sea la antigüedad de la lesión. Algunos quistes traumáticos solo miden un cm de

diámetro, en tanto que otros son tan grandes que abarcan la mayor parte de la zona molar del cuerpo mandibular, - así como parte de la rama ascendente.

Cuando la radiolucidez engloba las raíces de los - dientes, la cavidad puede tener aspecto lobulado o festonneado dado por extensión entre raíces. Es raro que los dientes se desplacen.

#### Características Histológicas.

Microscópicamente las paredes óseas del quiste es--  
tán desnudas o están cubiertas por un tejido conectivo -  
laxo en forma de una delgada película. La localización-  
en el maxilar superior es muy rara.

#### Tratamiento y Pronóstico.

Puesto que no es posible establecer el diagnóstico-  
del quiste óseo solitario sin la exploración quirúrgica,  
se penetra en la cavidad para tratar de enuclear el re--  
vestimiento y durante las maniobras restablecer la sali-  
da de sangre hacia la lesión. Si entonces se cierra la  
cavidad, se comprueba que reparación y relleno del espa-  
cio con hueso ocurre entre los 6 y 12 meses. Raras veces

se precisa un segundo procedimiento quirúrgico. Si el espacio es grande, se puede usar viruta ósea para ayudar al buen resultado del relleno.

La extrema rareza de estas lesiones en pacientes mayores, sugeriría que no solo es autolimitante sino que, por lo menos algunas son capaces de remitir de manera completa y espontánea.

## CONCLUSIONES

Después de haber estudiado este tema hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- 1.- Que los quistes se van a expandir dentro de tejido circundante, causando rara vez movilidad dentaria, a no ser que el quiste sea muy grande.
- 2.- Que estas lesiones casi en su mayoría, su tratamiento es la enucleación quirúrgica, a menos que el quiste sea muy grande.
- 3.- La imagen radiolúcida bien definida es una de las características de los quistes.
- 4.- Que los quistes de origen odontogénico son de mayor número, que cualquier otro grupo de quistes de otro origen (no odontogénico, etc.).
- 5.- La localización de la lesión puede dar un importante indicio sobre la naturaleza del quiste.

- 6.- Los quistes que se presentan en los maxilares, no suelen producir dolor, a no ser que se infecten.
- 7.- La vitalidad de los dientes próximos a un quiste no infectado, no se altera incluso cuando éste es grande y el soporte óseo se haya perdido en gran parte.
- 8.- El quiste de erupción, es un quiste muy raro (además de poco frecuente), ya que no requiere tratamiento alguno, ya que el diente brota sin retardo; al igual que los quistes gingivales y platinos del recién nacido, ya que estas lesiones desaparecen al brotar los dientes.
- 9.- Los queratoquistes del síndrome Nuevo-Basocelular son los que más alto índice de recidiva tienen.
- 10.- La conclusión final en la que llegamos, es que en caso de que una persona sospeche de que pueda tener alguna lesión quística; acuda inmediatamente al odontólogo para que éste la revise y le indique el tratamiento a elección, ya que si esta persona no acude, puede llegar a tener serios problemas a cau-

sa de que la lesión se puede agravar y su tratamiento puede llegar a ser mucho más largo y doloroso.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Nombre: Anatomía Humana.  
Autor: C. Roland Leeson y Thomas S. Leeson.  
Editorial: Interamericana.
- 2.- Nombre: Anatomía Humana.  
Autor: Fernando Quiroz.  
Editorial: Porrúa.  
Tomo: II / Capítulos: 5 y 11.
- 3.- Nombre: Anatomía Fisiología e Higiene.  
Autor: Dr. Mario Rodríguez Pino.  
Editorial: Progreso, S.A.  
Edición: Sexta.
- 4.- Nombre: Anatomía Humana.  
Autor: Dr. Weston D. Gardner y Dr. William A. Osburn.  
Editorial: Interamericana, S. A. de C.V. 1975.  
Edición: Segunda.  
Traducida: Al Español por la Dra. Alejandra Teran.

5.- Nombre: Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico.

Autor: J. E. Dunphy.

Editorial: El Manual Moderno, S.A.

6.- Nombre: Principios de Anatomía Humana.

Autor: James Crouch y Robert Mc Clintic.

Editorial: Limusa.

7.- Nombre: Tratado de Patología.

Autor: Stanley L. Robbins.

Editorial: Interamericana, S. A.

Edición: Tercera.

8.- Nombre: Tratado de Patología Bucal.

Autor: William G. Shafer, Maynard K. Hine, Barnet  
M. Levy.

Editorial: Interamericana.

Edición: Tercera.

9.- Nombre: Tratado de Patología Quirúrgica.

Autor: Christopher.

Editorial: Interamericana, S. A.

Edición: Octava.

10.- Nombre: Thoma. Patología Oral.

Autor: Robert J. Gorlin y Henry, Goldman.

Editorial: Salvat Editorés, S.A.

Reimpresión: Segunda, 1979.