

393

2 Gens



# ESGUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U.N.A.M.  
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

## " ENFERMEDADES QUISTICAS DE LOS MAXILARES "

S E R G I O   S U A R E Z   C O R R E A

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO

1 9 8 4



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## P R O L O G O

La cavidad bucal es uno de los centros del cuerpo humano que presenta más actividad funcional. Es la principal vía de acceso para la entrada de los nutrientes al cuerpo humano, es fundamental para los mecanismos del habla, es empleada en ocasiones como suplente de las fosas nasales en los procesos respiratorios, es usada como una de las vías de administración de medicamentos y, en fin, son innumerables las actividades que realiza.

La finalidad del desarrollo del trabajo es para poder resaltar las formas en que se presentan los quistes en los maxilares y para poder identificar dichos fenómenos patológicos -- que en su mayor parte son de origen embriológico, donde ligados en ocasiones por un germen dental que no llega a su pleno desarrollo de formación produciendo lesiones en los tejidos blandos y duros que son masas seculares revestidas de epitelio e incluidas en cavidades patológicas por epitelio y que por lo general contiene material líquido o semisólido. - Todos los quistes odontógenos satisfacen este criterio, con la posible excepción del quiste odontógeno queratinizante y calcificante, y además con frecuencia, pero no siempre están encerrados dentro del hueso. El epitelio correspondiente a cada uno de estos deriva de una de las siguientes fuentes; - a) germen dental, b) epitelio reducido del esmalte de una co

rona dental; c) restos epiteliales de Malassez, restos de la vaina de Hertwig; d) restos de la lámina dental.

La importancia por la cual me referí a realizar dicho tema, es la de obtener una mayor comprensión de las enfermedades quísticas, dada su importancia de las formas más variantes en que se presenta en los maxilares y frecuentes que tienden a desarrollarse, que por lo regular, se presentan como lesiones centrales aisladas, pero pueden estar adheridos a la superficie de un diente, donde el operador debe tener una mayor amplitud de conocimientos para poder distinguir en forma detallada dichos fenómenos, y tener una respuesta adecuada, para determinar que tipo de lesiones y que es lo que lo ocasiona, para poder diagnosticar un buen pronóstico.

El estudio de las enfermedades quísticas de los maxilares -- tiene la finalidad de realizar, una cuidadosa y ordenada inspección bucal, para poder llegar a reconocer, cuando se está en presencia de una posible enfermedad quística y por lo tanto saber realizar su diagnóstico precoz.

Es difícil poder efectuar un diagnóstico correcto en base a una inspección leve de la boca durante una consulta, pero sí, es factible tener una idea de lo que está afectando a nuestro paciente.

Por esta razón es importante llegar a tener un buen diagnóstico final, considerando para esto, el estudio radiográfico,

la historia clínica adecuada, los análisis de laboratorio,  
y su diagnóstico diferencial.

I N D I C E

I GENERALIDADES

- a) Anatomía
- b) Histología
- c) Embriología

II DEFINICION Y CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS QUISTES.

III CLASIFICACION DE QUISTES MAXILARES.

I Centrales o intraóseos.

- a) Quiste infeccioso (radicular, paradental, etc.).
- b) Quiste del desarrollo.
  - 1) De la línea media
  - 2) Globulo maxilares
  - 3) Del canal Incisivo
  - 4) Nasopalatinos
- c) Quistes Neoplásicos
  - 1) Primordiales (foliculares)
  - 2) Dentados
  - 3) Multiloculares

2 Periféricos

- a) Quistes del desarrollo
  - 1) Dermoides
  - 2) Epidermoides

3) Fisuras Branquiales

4) Tirogloso

b) Pseudoquistes

1) Ránula

2) Quiste mucoso

IV a) Métodos para el diagnóstico de los quistes

b) Inspección física de la cavidad bucal

c) Estudios de gabinete (rayos X)

d) Histopatología (biopsia)

V DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

VI CASOS CLINICOS

VII CONCLUSIONES

VIII BIBLIOGRAFIA

TEMA I  
ANATOMIA

MAXILARES SUPERIORES

Los maxilares superiores son dos. El crecimiento de los mismos es la causa del alargamiento vertical de la cara entre los 6 y los 12 años.

Cada maxilar superior se compone de un cuerpo, que contiene el seno maxilar; una apófisis cigomática, que se extiende hacia afuera y se articula con el frontal; una apófisis frontal, que se dirige hacia arriba y se articula con el frontal; una apófisis palatina, de curso horizontal, que se une a la del lado opuesto para formar la mayor parte del esqueleto del paladar duro; una apófisis alveolar, que aloja los dientes superiores.

El cuerpo del maxilar superior es piramidal y presenta una cara nasal o base, que contribuye a formar la pared externa de la cavidad nasal; una cara orbitaria, que constituye la mayor parte del suelo de la órbita; una cara infratemporal, que forma la pared ventral de la fosa infratemporal, y una cara anterior, cubierta por los músculos faciales. Cerca de 1 cm. por debajo del borde infraorbitario, la cara anterior del maxilar presenta el agujero infraorbitario por el que pasan el nervio y la arteria infraorbitarios. El orificio



es múltiple en algunos cráneos.

Los dientes superiores se alojan en los alveolos del maxilar. Abultamientos verticales, que corresponden a las raíces dentarias, se observan frecuentemente en la parte anterior de estos huesos. Los dos maxilares se unen en el plano medio en la sutura intermaxilar.

#### MAXILAR INFERIOR

El maxilar inferior o mandíbula es el mayor y más potente hueso de la cara y constituye de un cuerpo y un par de ramas, la región situada por detrás y debajo del III molar inferior se describe por algunos autores como parte de las ramas, y por otros como parte del cuerpo. Esta región, que está indicada por el ángulo de la mandíbula, es palpable con bastante facilidad en el vivo. Su punto más prominente en sentido lateral toma el nombre de gonión.

El ángulo de la mandíbula mide unos  $125^{\circ}$  (oscila entre  $110^{\circ}$  y  $140^{\circ}$ ).

Cuerpo de la mandibular; tiene la forma de una U y en cada mitad se distinguen una cara externa y otra interna, un borde superior o alveolar y un borde inferior o base.

Ramas del maxilar inferior son una láminas óseas más o menos cuadriláteras en las que se distinguen las caras exter

na e interna y los bordes anterior, superior y posterior.-  
Las ramas y los músculos que se insertan en ellas contac--  
tan con la parte lateral de la faringe.

## EMBRIOLOGIA

## DESARROLLO Y CRECIMIENTO DE LOS DIENTES

Cada diente se desarrolla a partir de una yema dentaria - que se forma profundamente, bajo la superficie en la zona de la boca primitiva que se transformará en los maxilares. La yema dentaria consta de tres partes. 1) el órgano dentario, derivada del ectodermo bucal. 2) una papila dentaria, proveniente del mesénquima. El órgano dentario produce el esmalte. La papila dentaria origina la pulpa y la dentina y el saco dentario forma no sólo el cemento, sino también el ligamento periodontal.

Dos o tres semanas después de la ruptura de la membrana bucofaringea, cuando el embrión tiene 5 ó 6 semanas de edad se ve el primer signo del desarrollo dentario. En el ectodermo bucal, que desde luego dará origen al epitelio bucal, ciertas zonas de células basales comienzan a proliferar a ritmo más rápido que las células en las zonas contiguas, - el resultado es la formación de una banda, un engrosamiento ectodérmico en la región de los futuros arcos dentarios, que se extiende a lo largo de una línea que representa el margen de los maxilares. La banda de ectodermo engrosada - se llama lámina dentaria.

En ciertos puntos de la lámina dentaria, cada una de las - cuales representa uno de los diez dientes deciduos del maxilar inferior y del maxilar superior, las células ectoder

micas de la lámina se multiplican aún más rápidamente y forman un pequeño botón que presiona ligeramente al mesénquima subyacente. Cada uno de estos pequeños crecimientos hacia la profundidad sobre la lámina dentaria, representa el comienzo del órgano dentario de la yema dentaria de un diente decíduo, y no todos comienzan a desarrollarse al mismo tiempo. Los primeros en aparecer son los de la región mandibular anterior.

Conforme continúa la proliferación celular, cada órgano dentario aumenta en tamaño y cambia de forma. A medida que se desarrolla, toma la forma parecida a la de un casquete, con la parte externa de éste dirigida hacia la superficie bucal.

En el interior del casquete (es decir, dentro de la depresión del órgano dentario), las células mesenquimatosas aumentan en número y aquí el tejido se ve más denso que el mesénquima de alrededor. Con esta proliferación la zona del mesénquima se transforma en papila dentaria.

En este momento se forma la tercera parte de la yema dentaria, rodeando la porción profunda de esta estructura (es decir, al órgano dentario y a la papila dentaria combinados). El mesénquima de esta zona adquiere cierto aspecto fibroso, y las fibras rodean la parte profunda de la papila y el órgano dentario. Las fibras envolventes corresponden al saco dentario.

En el curso y después de estos hechos continúa cambiando - la forma del órgano dentario. La depresión ocupada por la papila dentaria profundiza hasta que el órgano adquiere -- una forma que ha sido descrita como una campana. Conforme\_ estos hechos se realizan, la lámina dentaria, que hasta es te momento conectaba al órgano dentario con el epitelio bu cal, se rompe y la yema pierde su conexión con el epitelio\_ de la cavidad bucal primitiva.

#### GLANDULAS SALIVALES

Durante la vida fetal cada glándula salival se forma en - una localización específica en la cavidad bucal, por medio del crecimiento de una yema de epitelio bucal hacia el te- jido conjuntivo subyacente. Los esbozos de las glándulas - parótida y submaxilar aparecen durante la sexta semana, -- mientras que el de las glándulas sublingual se ve durante\_ la séptima semana de la vida fetal. Los esbozos de las --- glándulas salivales menores aparecen después. La yema epi- telial crece formando un sistema extensamente ramificado - de cordones celulares que al principio son sólidos, pero - las porciones más antiguas paulatinamente desarrollan una luz y se transforman en conductos. Las porciones secreto-- rias, se desarrollan después del sistema de conductos y -- provienen de las terminaciones de los conductos más finos. Por ejemplo, en la glándula parótida humana los ácidos no aparecen sino hasta el cuarto mes de la vida intrauterina, mientras que en la rata no existen en la submaxilar en el\_

momento del crecimiento su formación se completa a las seis semanas y la glándula está desarrollada por completo aproximadamente cuatro meses después del nacimiento.

#### MAXILAR SUPERIOR

El maxilar superior humano está representado por dos huesos homólogos, el maxilar propio y el premaxilar. El último, que es un hueso separado en la mayor parte de los animales porta los incisivos, forma la porción anterior del paladar duro y el borde de la abertura piriforme o los centros de osificación del premaxilar y maxilar pueden estar separados por un corto tiempo, o solamente aparece un centro de osificación, común para los dos. Por lo tanto que el hombre no tenga un premaxilar independiente aún en las primeras etapas del desarrollo, no cambia el hecho de que posea el hueso homólogo de un premaxilar. La composición del maxilar, superior humano por el premaxilar y el maxilar está indicada por la fisura incisiva, que se ve bien en cráneos jóvenes sobre el paladar, extendiéndose desde el foramen incisivo hasta el alveólo del canino.

#### MAXILAR INFERIOR

El maxilar inferior hace su aparición como estructura bilateral en la sexta semana de la vida fetal en forma de una placa delgada de hueso, lateral y a cierta distancia en relación al cartilago de Meckel que es un bastón cilíndrico.

de cartilagos. Su extremidad proximal (cerca de la base -- del cráneo) se continúa con el martillo y está en contacto con el yunque. Su extremidad distal está doblada hacia -- arriba, en la línea media, y se pone en contacto con el -- cartilago del otro lado. La mayor parte del cartílago de - Meckel desaparece sin contribuir a la formación del hueso\_ de la mandíbula. Solamente en una pequeña parte, a cierta\_ distancia de la línea media, ocurre osificación endocon--- dral. Aquí el cartilago se calcifica y es destruido por -- condroclastos y sustituido por tejido conjuntivo, y des--- pués por hueso. Durante toda la vida el maxilar inferior - es un hueso par. Los maxilares inferior derecho e izquier- do están unidos en la línea media por fibrocartilagos, a - nivel de la sínfisis mandibular. El cartílago de la sínfi- sis no se deriva del cartílago de Meckel, sino se diferen- cia a partir del tejido conjuntivo de la línea media. En - él se desarrollan pequeños huesos irregulares, conocidos - como osículos mentonianos, y al final del primer año se fu- sionan con el cuerpo del maxilar. Al mismo tiempo las dos\_ mitades maxilares inferior se unen mediante la osifica--- ción del fibrocartílago sínficiario.

## HISTOLOGIA

## DIENTES

Básicamente los dientes provienen de ectodermo y mesodermo. Cada uno de ellos incluye una papila dérmica desarrollada, especialmente cubierta por material calcificado originando principalmente en el tejido conectivo, pero también en el epitelio.

Aunque los dientes individuales presentan modificaciones - para funciones específicas, esto es, los incisivos cortan, los molares muelen, todos muestran estructuras histológicas semejantes. Cada diente tiene una corona que sobresale de la encía, que es visible, y una raíz (o raíces) oculta en el alveolo del maxilar. La corona y la raíz se unen en una zona denominada cuello. Cada diente está hueco y contiene una cavidad de la pulpa llena en vida con tejido conectivo, y en el vértice de la raíz esta cavidad se comunica por uno o más pequeños orificios o agujeros apicales con el tejido conectivo o membrana periodontal que fija a los dientes en su concavidad o alveolo. Esta disposición de los dientes calcificados mantenidos en el orificio óseo por tejido fibroconectivo se clasifica como gonfosis en el tipo de inclusión de las articulaciones fibrosas.

Los tejidos duros del diente incluyen dentina, que forma la masa principal del diente y que rodea la cavidad de la pulpa; el esmalte, que cubre la dentina de la raíz. El bor



de del esmalte, por ello, se pone en contacto con el cemento en el cuello del diente. Los tejidos blandos incluyen - la pulpa que llena la cavidad pulpar, la membrana periodontal entre el hueso del alveolo y el cemento que cubre la - raíz y la encía.

Esta última se continúa con la membrana periodontal y es - la porción de la membrana mucosa bucal que rodea el diente en el cuello y parte inferior de su corona. En una persona joven, la encía está unida al esmalte, pero poco a poco se separa del mismo en forma tal que en el adulto toda la corona está descubierta.

#### DENTINA

Es una substancia más dura que el hueso compacto, pero tiene composición química semejante, que incluye 72 por 100 - de sales inorgánicas y 28% de material orgánico. En el corte, la dentina tiene aspecto estriado por la multitud de - tubos o conductillos denominados tubos de la dentina. -- Ellos cursan de la cavidad pulpar a la periferia de la dentina, y tienen diámetro de tres a cuatro micras en la base y un poco más angosto cerca de la periferia. Cada uno de - ellos tiene un curso sinuoso por la dentina, en forma de S abierta. En las capas externas de la dentina, los tubos -- pueden ramificarse y anastomosarse. Los tubos de la dentina están ocupados por prolongaciones de los odontoblastos - denominados fibras dentinales de Tomes. El material entre -

las fibras dentinales comprende una trama de fibras de colágenas incluida en substancia fundamental calcificada. Inmediatamente por afuera de cada tubo dentinal se encuentra una capa delgada o vaina (de Neumann), que tiene aspecto más denso y mayor refracción que el resto de la substancia intercelular entre los tubos dentinales. Esta vaina incluye menos.

Son los odontoblastos, de origen mesenquimatoso. Cada odontoblasto tiene una o más extensiones citoplasmáticas largas que se extienden en el tubo dentinal. Son las fibras dentinales (de Tomes). El cuerpo celular de los odontoblastos tiene un núcleo de situación basal, mitocondrias importantes y un aparato de Golgi. Los odontoblastos rigen la formación de dentina.

#### GLANDULA PAROTIDA

La mayor de las glándulas salivales esta situada por abajo y por delante del oído, en relación con la apofisis mastoidea por detrás, y con la rama ascendente del maxilar inferior por delante. Presenta una prolongación anterior en la cara por debajo del arco cigomático; de este borde el conducto principal de Stenon se dirige hacia adelante y hacia abajo por el carrillo, y desemboca en el vestibulo de la boca en oposición al segundo molar superior. La glándula tiene una cubierta aponeurótica, e incluye acinos serosos integrados por células piramidales y conductos intercala--

dos y estriados.

#### GLANDULA SUBMAXILAR

Esta situada en el piso de la boca por debajo del mentón - y se extiende por debajo de su borde inferior a un lado -- del cuello. Su conducto ( de Wharton) desemboca en el piso de la boca por detrás de los incisivos inferiores y por de bajo de la punta de la lengua. Es también una glándula tubuloalveolar, o alveolar compuesta, y la mayor parte de -- sus  acinos son serosos, colágena y está más calcificada - que el resto de la matriz de dentina. Además, quedan zonas pequeñas de matriz con calcificación incompleta, llamadas  espacios interglobulares.

#### ESMALTE

El esmalte tiene origen epitelial y es extraordinariamente duro. La unidad estructural del esmalte es el prisma del - esmalte. La porción proteínica del esmalte no es colágena\_ ni queratina. Quizá se encuentre en estado de poca cristallidad, esto es, no está dispuesta en un sistema ordenado.- Puede tener la forma de gel proteínico irregular con regio nes cristalinas entremescladas. Los cristales de esmalte - son bastante grandes si se les compara con las muestras de hidroxiapatita en otros sistemas biológicos.

A semejanza de la dentina, el esmalte se deposita en forma rítmica, y en los cortes transversales de la corona del -- diente se aprecian líneas concéntricas paralelas de aumento (de Retzius). Cuando el esmalte se formó del todo los - ameloblastos en su superficie forman una membrana de aproximadamente una micra de grueso y desaparecen. Cubriendo - esta membrana se encuentra una segunda integrada por gluco proteína y que proviene del órgano de esmalte. Ambas mem-- branas son gastadas poco a poco después de la salida de -- los dientes. A diferencia de la dentina, no puede agregarse nuevo esmalte en el adulto después de la degeneración - de los ameloblastos.

#### CEMENTO

El cemento cubre la dentina de la raíz del diente desde el cuello hasta la punta. Desde el punto de vista histológico es semejante al hueso, con haces gruesos de fibras colágenas en la matriz calcificada. No hay cementocitos (osteocitos) en el tercio superior, pero se encuentran células -- óseas en la porción inferior, incluidas en lagunas. Por lo regular no se encuentran el sistema de Havers son vasos -- sanguíneos, pero puede aparecer si el cemento aumenta de - grosor cosa que puede ocurrir cerca de la punta en sujetos seniles. Las fibras gruesas de colágena se continúan con - las fibras de la membrana periodontal, que penetran al cemento en forma de fibras de Sharpey. No calcifican y su aspecto es de conductos claros en cortes por abrasión.

## PULPA

Proviene del mesénquima de la papila dental embrionaria, y llena la cavidad de la pulpa, que incluye la cámara principal de la misma y los conductos de las raíces. Por ser tejido conectivo, la pulpa incluye material intercelular y células. Las células de la pulpa tienen aspecto fusiforme o estrellado, y se asemejan notablemente a las células mesenquimatosas, pero no tienen su misma potencialidad, además de ello, hay linfocitos y macrófagos extravasculares. En la periferia, por abajo de la dentina, se encuentra una hilera de células cilíndricas, semejantes a las epiteliales.

## GLANDULA PAROTIDA

La mayor de las glándulas salivales está situada por abajo y por delante del oído, en relación con la apófisis mastoidea por detrás, y con la rama ascendente del maxilar inferior por delante. Presenta una prolongación anterior en la cara por debajo del arco cigomático; de este borde el conducto principal de Stenon se dirige hacia adelante y hacia abajo por el carrillo, y desemboca en el vestíbulo de la boca en oposición al segundo molar superior. La glándula tiene una cubierta aponeurótica, e incluye acinos serosos integrados por células piramidales y conductos intercalados estriados.

De la cápsula fibrosa salen tabiques bastante densos que atraviesan la glándula para dividirla en lóbulos y lobulillos. El tejido conectivo de los tabiques con frecuencia contiene células de grasa. Prolongaciones de tejido conectivo fino rodean acinos y conductos, y en este tejido están incluidos numerosos capilares.

#### GLANDULA SUBMAXILAR

Está situada en el piso de la boca por debajo del mentón y se extiende por debajo de su borde inferior a un lado del cuello. Su conducto (de Wharton) desemboca en el piso de la boca por detrás de los incisivos inferiores y por debajo de la punta de la lengua. Es también una glándula tubuloalveolar, o alveolar compuesta, y la mayor parte de sus acinos son serosos. El resto de ellos son mucosos, pero por lo regular presentan semilunas serosas, esto es, son acinos mixtos. A semejanza de la parótida, la glándula submaxilar tiene una cápsula, tabiques y un sistema de conductos importantes.

#### GLANDULA SUBLINGUAL

No es glándula única, sino un acúmulo de glándulas que se encuentran por debajo de la membrana mucosa del piso bucal en relación íntima con el conducto de la glándula submaxilar, y cada una de ellas tiene un conducto que desemboca -

por separado. Es una glándula mixta, y la mayor parte de sus acinos son mucosos, aunque incluye algunas unidades -- mixtas, Pocas veces incluye algunas unidades serosas puras. No presenta cápsula precisa sí tabiques. Suelen observarse en relación con los acinos, células mioepiteliales. Los -- conductos intercalados son cortos y poco notables, y las - células no contienen gránulos de secreción. El aspecto de los conductos estriados es semejante al de parótida y glán- dula submaxilar, pero son cortos y por ello pocas veces se observan.

## TEMA II

DEFINICION Y CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS  
QUISTES

La palabra "Quiste" se usa de acuerdo con la definición dada por la "American Academy of Oral Pathology", es decir, es una lesión que consiste en un saco o espacio anormal -- (ya sea en los tejidos blandos o duros de la boca), con un contenido líquido, semilíquido o gaseoso, que está limitado por un epitelio y encerrado en una cápsula de tejido conectivo. En la boca y los maxilares se presentan pocos tipos específicos distintos de quistes, sin embargo, en la literatura se han usado numerosas denominaciones para nombrarlos. Las enfermedades que se parecen a los quistes y que satisfacen algunas, pero no todas, las características señaladas son las que se conocen como enfermedades pseudo--quísticas.

Los quistes de los maxilares son masas saculares revestidas de epitelio e incluidas en cavidades patológicas de los huesos. Los quistes de los maxilares se clasifican en dos grupos según su origen; odontógenos y no odontógenos.

La presencia de tejidos epiteliales en el interior de la médula del maxilar y la mandíbula constituye una de las tantas semejanzas entre los maxilares y otros huesos del esqueleto. La fuente de ese epitelio es tanto odontogénica como no odontogénica.



El epitelio odontogénico, que representa los vestigios de los órganos del esmalte o de la lámina dental, puede existir en los maxilares en forma de órganos de esmalte no desarrollados o como restos epiteliales (restos de Malassez).

El epitelio no odontogénico se observa únicamente en el maxilar superior y representa los restos del epitelio que cubría los procesos embrionarios que generan el maxilar, como es de esperar, estos residuos se encuentran a lo largo de la línea de cierre de los procesos embrionarios, es decir, a lo largo de la línea media del paladar (línea de fusión de los procesos palatinos), en la zona entre los caninos e incisivos laterales del maxilar (línea de fusión de los procesos globular y maxilar) y en la región de la base de la narina (línea de cierre de los procesos nasales medio y lateral con el proceso maxilar).

Otra fuente de epitelio no odontogénico, en el maxilar, son los restos del conducto nasopalatino vestigial, conducto revestido de epitelio que, en las primeras etapas de la vida fetal del hombre y en numerosos vertebrados inferiores, conecta entre sí las cavidades nasal y bucal. Los restos de ese conducto se ven en el canal nasopalatino y en la zona de la papila incisiva.

En la zona retromolar de la mandíbula, y raramente en regiones aisladas del maxilar, pueden observarse inclusiones de epitelio de glándula salival, no produce quistes, razón

por la cual reviste sólo un interés limitado en estas características.

En resumen, los maxilares contienen en su médula epitelio\_ odontogénico y no odontogénico, De acuerdo con ello, en -- los maxilares se forman dos tipos principales de quistes - verdaderos, los odontogénicos y los no odontogénicos. Existe un tercer grupo de quistes que no lo son en sentido estricto, porque no están revestidos de epitelio.

## TEMA III

## CLASIFICACION DE QUISTES DE LOS MAXILARES

Una clasificación de los quistes es útil cuando contribuye a clarificar, o mejor, a comprender, o cuando ayuda a diferenciar los distintos tipos de quistes.

La mayor parte de los quistes de la boca y de los maxilares se pueden separar en dos grandes categorías, los que tienen una localización central o intraósea y los que crecen en los tejidos periféricos o blandos.

## I.- Centrales o intraóseos.

- a) quiste infeccioso (radicular, paradental, etc.)
- b) quiste del desarrollo
  - 1) de la línea media
  - 2) globulomaxilares
  - 3) del canal incisivo
  - 4) nasopalatinos
- c) Quistes neoplásicos
  - 1) primordiales (foliculares)
  - 2) dentados
  - 3) multiloculares

## 2.- Periféricos

- a) Pseudoquistes
  - 1) ránula
  - 2) mucoso
- b) quistes del desarrollo

- 1) dermoides
- 2) epidermoides
- 3) fisuras branquiales
- 4) tirogloso

#### QUISTES CENTRALES O INTRAÓSEOS

Quiste Radicular.- (quiste infeccioso, quiste parodontal, - quiste del final de la raíz, quiste periapical, quiste den toal veolar).

a) Concepto: El término de quistes residual se usa para referirse al quiste radicular que se cree se deja, cuando el diente causante de su desarrollo se extrae.

b) Etiología: Se debe, o se asocia a la extensión de una infección pulpar a través del ápice de un diente hacia la zona circundante o periapical. A veces, los irritantes desencadenantes son los productos tóxicos de la degeneración pulpar mejor que la misma infección. Ningún otro quiste debe su existencia a una infección o a los productos tóxicos de la pulpa afectada.

c) Características Clínicas: Se observa una radiotransparencia periapical y una discontinuidad de la membrana periapical y de la lámina dura, que son características del granuloma periapical y del absceso.

Muchos quistes radiculares son de tamaño discreto (1 a 2 cms. de diámetro) y su forma suele ser redonda u ovalada, pero son frecuentes las variaciones de forma y tamaño.

A veces, las manifestaciones clínicas del quiste radicular consisten en una masa tumoral carnosa, de superficie lisa, blanda en la que se observa un conducto fistuloso por el que sale un exudado purulento o seropurulento al exprimirlo.

d) Histología: El revestimiento epitelial del quiste periodontal deriva de restos epiteliales de malassez del ligamento periodontal y no parece tener la tendencia a la transformación ameloblastomatosa.

e) Tratamiento: El quiste ha de ser enucleado por cirugía en lo posible sin que el diente afectado se extraiga. Si esto no fuera factible hay que sacrificarlo.

f) Pronóstico; Favorable.

#### QUISTE DEL DESARROLLO

a) Concepto: El término "quiste del desarrollo" se utiliza para designar todos aquellos quistes cuyo revestimiento se desarrolla a partir de las células epiteliales que han permanecido después del desarrollo total del feto; en

otras palabras, a partir de las células epiteliales super---  
fluas, excesivas o residuales.

b) Etiología: Se desarrolla a partir de los residuos --  
epiteliales del feto o de las estructuras epiteliales.

c) Características clínicas: La característica princi--  
pal o distintiva de los quistes del desarrollo es su origen\_  
a partir de las células del epitelio de desarrollo o embrio-  
nario como las de las suturas o líneas de fisura, o aquellos  
que son restos de la estructura embrionaria.

d) Histología: Se desarrolla a partir de las células e-  
piteliales que han permanecido después del desarrollo total\_  
del feto.

f) Tratamiento: El tratamiento consiste en la extirpa--  
ción quirúrgica del quiste, cuidando de lesionar los dientes  
próximos.

g) Pronóstico: Favorable.

En este grupo se encuentran las entidades más específi-  
cas el quiste de la línea media, el quiste globulomaxilar, -  
el quiste nasopalatino, el quiste del canal incisivo, el --  
quiste nasoalveolar, y el quiste periodontal.

## QUISTE DE LA LINEA MEDIA DEL MAXILAR

a) Concepto: Se encuentra localizado en la línea media\_ del maxilar.

b) Etiología: Ocurre de forma característica en la lí-- nea media del maxilar creciendo a partir de los residuos epi\_ teliales que han quedado allí atrapados.

c) Características Clínicas: El aspecto clínico es muy\_ variable. Los quistes más pequeños e incluso algunos de los\_ de tamaño moderado pueden ser asintomáticos no habiendo agran\_ damiento ni asimetría y muchas veces ni síntoma subjetivos.- Estos quistes suelen descubrirse de forma accidental durante una exploración radiológica habitual.

Por otra parte, los quistes de mayor tamaño y los que han in\_ fectado de forma secundaria se suelen descubrir por sus sig- nos clínicos. Pueden mostrarse como una masa redondeada de - superficie lisa, rosada situada en cualquier lugar a lo lar- go de la línea media del paladar. La palpación puede mostrar una consistencia semisólida, a veces crepitación y, cuando - hay una infección secundaria, hiperestesia o dolor. En algu- nos casos se descubre un conducto fistulado por el que se ob\_ tiene un líquido seroso o purulento.

Cuando nos encontramos con un quiste medio alveolar, puede - apreciarse un desplazamiento de los incisivos centrales de -

bido a la fuerza expansiva del quiste entre las raíces. Sin embargo, desde el punto de vista de la vitalidad del diente, el quiste de la línea media no afecta a los incisivos centrales.

d) Histología: Se ve que el quiste está recubierto por epitelio escamoso o, a veces, por epitelio respiratorio, en ambos casos, el epitelio está rodeado por una cápsula de tejido fibroso. El espacio quístico suele estar libre de elementos inflamatorios, pero cuando se desarrolla una infección secundaria, la histología muestra un infiltrado inflamatorio.

f) Tratamiento: Consiste en la extirpación quirúrgica del quiste, evitando la lesión de los dientes próximos.

g) Pronóstico: Favorable.

#### QUISTE GLOBULOMAXILAR

a) Concepto: Como indica su nombre, el quiste globulomaxilar se encuentra sólo en el maxilar en la fisura que dejan el glóbulo y la apófisis maxilar entre las raíces de los incisivos laterales y de los caninos.

b) Etiología: Proviene de restos epiteliales que quedan incluidos en la línea de fusión en los procesos globular y maxilar.



c) Características Clínicas: Su aspecto clínico es muy variable; puede pasar desapercibido, en cuyo caso se descubre sólo por medios radiológicos; por otra parte, cuando son de tamaño grande o moderado, se observan como un bulbo rosado, de superficie lisa, en la corteza labial entre y por encima de las raíces de los incisivos laterales y los caninos, La tumoración puede ser de consistencia ósea y asintomática, o puede apreciarse una sensación de crepitación, que haga pensar en un adelgazamiento de la corteza labial. En algunos casos, y sobre todo cuando se ha desarrollado una infección secundaria del quiste, puede encontrarse dolor a la palpación o un conducto fistuloso que nos lleve a la cavidad quística.

En cualquier caso, ya que el quiste globulo maxilar no está relacionado con una infección odontogénica y que no afecta a la vitalidad de la pulpa de los dientes próximos, las respuestas normales y de vitalidad de la pulpa tienen valor diagnóstico. A veces; hay desplazamiento de las coronas de los incisivos laterales y de los caninos de sus posiciones normales, y ello contribuye también a establecer el diagnóstico de quiste fisural.

d) Histología: La descripción clásica del quiste dice que está tapizado de epitelio escamoso estratificado o columnar cilíndrico. Sin embargo, Christ destacó que en la literatura no hay ningún caso aceptado de quiste globulomaxilar que esté tapizado. El resto de la pared se compone de tejido co-

nectivo fibroso, que por lo general presenta infiltrado celular inflamatorio.

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

g) Pronóstico: Favorable.

#### QUISTE DEL CANAL INCISIVO

a) Concepto: Se forma en la parte anterior del maxilar por lo general en o entre los ápices de los incisivos centrales.

b) Etiología: Se origina por la proliferación de restos epiteliales del conducto nasoplalatino estructura embriológica que se compone de un conducto o cordón de células epiteliales que se haya dentro del conducto incisivo.

c) Características Clínicas: Muchos quistes maxilares anteriores medios dan escasas manifestaciones clínicas de su presencia. En la serie registrada por Abrams, cerca del 40% de los casos eran totalmente asintomáticos. A veces, se infectan por algún mecanismo desconocido, y producen dolor e inflamación y se abren por una pequeña fístula en la papila o cerca de ella. En casos, de esa zona se extrae por presión una minúscula gota de líquido acuoso o pus.

Una variante poco común de estos quistes se produce como una hinchazón dentro de la papila palatina, descrito como generado de los nidos epiteliales del agujero incisivo y no de los que se encuentran en el hueso.

d) Histología: Se encuentran tapizados de epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado pseudoestratificado, epitelio cuboide o cualquiera de las combinaciones, la pared de tejido conectivo de este quiste presenta con frecuencia infiltrado celular inflamatorio.

e) Tratamiento: No han sido comunicadas transformaciones malignas del epitelio de revestimiento de este quiste, - Además 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 justificada en pacientes dentados.

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

#### QUISTE NASOPALATINO

a) Concepto: Se localiza en la región anterior del maxilar e inmediatamente detrás de los ápices de los incisivos -

centrales, crece a partir de los residuos epiteliales de los vestigios del conducto o conductos nasopalatinos.

b) Etiología: Proviene de epitelio embrionario que queda atrapado en la papila nasopalatina.

c) Características Clínicas: Los signos clínicos de los quistes nasopalatinos no son frecuentes ya que suelen ser de pequeño tamaño y localizarse en zonas profundas del maxilar anterior.

d) Histología: Suelen estar recubiertos por epitelio escamoso, a veces se encuentra una variedad columnar o pseudoestratificada.

e) Tratamiento: Enucleación corresponde un 54% de todos los quistes no odontológicos.

f) Pronóstico: Favorable.

#### QUISTES NEOPLASICOS

a) Concepto: El término de quistes neoplásico, se usa de forma general para referirse a los quistes, primordiales, dentados y múltiples.

b) Etiología: Todos los quistes neoplásicos pueden transformarse en una neoplasia, en su ameloblastoma.

c) Características Clínicas: Su forma puede ser ovoide\_ elíptica, circular o incluso lobulada, a veces se encuentra una zona hiperostótica, cuando el quiste se localiza entre los dientes o se ha extendido hasta esta zona, pueden encontrarse señales de desplazamiento de los dientes de su posición normal en la arcada dentaria. Este es también un signo\_ que cuando se presenta es patognomónico, pero cuya ausencia\_ no descarta el quiste. Ello ocurre también en el desplazamiento del canal mandibular o del suelo de los senos maxilares por una zona radiotransparente, contigua y redonda. A veces dan lugar a una reabsorción de las raíces de los dientes\_ próximo sugestiva a un proceso neoplásico invasor.

Su localización más frecuente es la región del tercer molar de la mandíbula, sin embargo, estos quistes pueden localizarse en cualquier lugar, como en los caninos maxilares\_ en los premolares mandibulares, e incluso en la región de los incisivos.

d) Histología: La cavidad del quiste contiene generalmente un líquido seroso o serosanguíneo y, a veces, un líquido seropuro lento, que indica la existencia de una infección\_ secundaria. La pared del quiste es tejido fibroso recubierto por una delgada capa de epitelio escamoso estratificado. Muchas veces se encuentra una capa de queratina por encima del epitelio.

e) Tratamiento: El tratamiento de los quistes neoplásicos es siempre quirúrgico, dependiendo la técnica específica

del tamaño y de la localización. Debe presentarse particular atención a la eliminación de toda la pared del quiste para no dejar restos que pueden contener elementos ameloblastosos.

f) Pronóstico: Favorable.

#### QUISTE PRIMORDIAL

a) Concepto: El quiste se desarrolla a partir del epitelio primordial de un botón dentario o del epitelio de un órgano del esmalte.

b) Etiología: Se cree que procede del epitelio primordial de un cuarto molar supernumerario abortado, o por degeneración quística y licuefacción del retículo estrellado del órgano del esmalte antes que se forme esmalte o dentina calcificados.

c) Características Clínicas: El quiste primordial varía ampliamente de tamaño pero posee potencial para expandir hueso y desplazar los dientes, los dientes adyacentes por presión. A veces está asociado con un diente primario persistente, y el examen radiográfico revelará una zona radiolúcida - en lugar de la pieza permanente normal subyacente. La lesión no es dolorosa salvo que se infecte en forma secundaria, y es raro que se presente manifestaciones clínicas obvias.

Es indudable que este quiste se forme en épocas tempranas.

nas de la vida, pero puede no ser descubierto hasta mucho más tarde. En la serie de Soskolne y tercera década de la vida, con igual distribución por sexo.

d) Histología: El aspecto microscópico del quiste primordial es similar al de algunos otros quistes odontógenos.- 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 estraficado, que suele presentar paraqueratina, o a veces, ortoqueratina. Esta queratina tiene con frecuencia, una superficie " acanalada". El epitelio aunque de grosor variable, por lo general consta sólo de cuatro a ocho células de espesor, sin brotes epiteliales bien definidos. Tampoco es frecuente que muestre una tendencia marcada por proliferar hacia la pared de tejido conectivo que lo rodea. Además, Soskolne y Sher han observado que el epitelio presenta una capa de células basales columnares con núcleos ptenóticos o vesiculares. La presencia de células inflamatorias crónicas, en su mayor parte linfocitos polimorfonucleares en la zona subepitelial adyacente del tejido conectivo es un hallazgo variable.

#### QUISTE DENTADOS

a) Concepto: Se presenta principalmente en mandíbula y el sexo masculino y se presenta de 90 a 95% de los quistes foliculares, se presenta a nivel del tercer molar y en maxi-

lar superior a nivel de canino.

b) Etiología: Proviene de un órgano del esmalte que forma la corona del diente pero una vez que se forma esta no sigue formando la porción de la corona que se llama entonces - quiste dentífero periférico o lateral.

e) Características Clínicas: El quiste dentado múltiple se observa con menos frecuencia, es una entidad que radiográficamente presenta las características del quiste múltiple y dentado a la vez.

En raras ocasiones, el espacio del quiste dentado se halla total o parcialmente ocupado por un odontoma en cuyo caso se conoce como odontoma quístico o como quiste odontodentado.

El quiste dentado puede alcanzar un tamaño colosal extendiéndose muchas veces hacia delante, extendiéndose por debajo de las raíces de los dientes y desplazándolos de sus posiciones normales.

d) Histología: Se encuentra revestido de epitelio escamosoestratificado que en su interior hay un órgano dentario parcialmente formado y posee una pared de tejido conectivo.

e) Tratamiento: Extirpación quirúrgica con curetaje de hueso, sino se hace bien la degeneración de los islotes ame-



loliblasticos dan un tumor llamado ameloliblastoma y en ocasiones puede degenerar a una tumoración maligna llamada carcinoma insitu.

f) Pronóstico: Favorable.

#### QUISTE MULTILOCULARES

a) Concepto: Se produce porque un quiste dentario forma múltiples cavidades quísticas que tienen la característica de estar comunicados entre sí.

e) Etiología: Factores hereditarios principalmente -- trastornos del desarrollo, en el que incluye exostosis con aumento de volumen de los huesos principalmente en el frontal.

c) Características Clínicas: El padecimiento es asintomático (no hay dolor) y se descubre por el aumento de volumen.

d) Histología: Se encuentra revestido de tejido epitelial escamoso estratificado y una pared de tejido conectivo el cual está infiltrado células inflamatorias (plasmocitos y linfocitos) y capas de queratina (no siempre).

e) Tratamiento: Raspado o raspaje del hueso y extirpación de la bolsa quística.

f) Pronóstico: Favorable.

#### QUISTES PERIFERICOS

En realidad sólo dos tipos de quistes que se desarrollan en los tejidos blandos de la boca o de las zonas vecinas; a) - Los quistes de retención, que son los que proceden de épitelio atrapado durante el desarrollo fetal o de residuos epiteliales de las estructuras embrionarias, como son el quiste dermoide, el epidermoide, el tirogloso y las hendiduras branquiales.

#### PSEUDOQUISTES

Pseudoquistes: Es una formación semejante a un quiste pero sin membrana definida limitante, por lo tanto no cumple todos los criterios de las enfermedades quísticas.

Los pseudoquistes pocas veces son dolorosos, que pueden persistir durante mucho tiempo, habitualmente existen antecedentos de traumatismo y por lo general se desarrollan en la mandíbula.

#### RANULA

a) Concepto: Se le llama así porque se asemeja a la panza de una rana, pseudoquística (porque está revestido por tejido epitelial) se presenta en el piso de la boca.

b) Etiología: Un factor traumático que actúa a nivel - del conducto excretor de las glándulas submaxilar o sublingual y se debe generalmente a una obstrucción causada por - un cálculo salival o por una sustancia orgánica blanda.

c) Características Clínicas: Esta lesión, rara en comparación con el quiste de retención común, 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 cubre es de aspecto normal. Si es superficial, la mucosa tiene un color azulado translúcido.

Tiene importancia diagnóstica el hecho de que aumente de tamaño inmediatamente antes o durante las comidas y disminuya de tamaño después de las mismas. No es frecuente obtener en la historia clínica una total desaparición de la lesión, debido a que el drenaje del líquido quístico, se sigue únicamente de una posterior recidiva.

d) Histología: El aspecto microscópico es similar al de quistes de retención más pequeños, excepto que a veces hay un definido revestimiento epitelial. Debido a esto casi todos los investigadores consideran que la ránula es un verdadero quiste de retención que se produce, probablemente, como un fenómeno de obstrucción parcial, aunque no siempre es factible comprobar la presencia de un cálculo en el conducto salival.

e) Tratamiento: Consiste en la marsupialización (es el establecimiento de una conexión entre el tejido que forma la ránula y la mucosa bucal).

f) Pronóstico: Favorable.

#### PSEUDOQUISTE MUCOSO

a) Concepto: Es un quiste que contiene mucus.

b) Etiología: Se forma a consecuencia de la ruptura traumática del conducto excretor de una glándula.

c) Características Clínicas: Las lesiones más superficiales se reconocen con facilidad, presentándose como masas prominentes, de superficie lisa de color azul o rojizo, discretas, parecidas a ampollas.

Los quistes mucosos más profundos no se reconocen tan fácilmente ya que, debido al engrosamiento de los tejidos que lo recubren, se presenta como un tumor discreto, redondo, de superficie lisa y de color rosado normal. La palpación nos muestra una masa dura, muy móvil, y, por ello puede confundirse el quiste con una neoplasia benigna, como un fibroma. Sin embargo, el diagnóstico más definitivo de quiste mucoso puede obtenerse mediante la punción aspirativa de la lesión y la obtención de un líquido espeso, de color pajizo.

d) Histología: Algunos quistes mucosos están recubiertos por un epitelio plano, mientras que otros, están recubiertos por tejido fibroso comprimido. Existe mucus que es una sustancia mucosa.

e) Tratamiento: Consiste en la extirpación quirúrgica del quiste y de la glándula asociada, si quiere prevenirse la recidiva.

f) Pronóstico: Favorable.

## QUISTES DE DESARROLLO

### QUISTE DERMOIDE

a) El quiste dermoide es una forma de teratoma quístico derivado, principalmente, del epitelio germinal embrionario, pero en algunos casos también contiene estructuras de otras capas germinativas.

b) Etiología: Se cree que se debe a un epitelio gingival desplazado o incluso a una causa odontogénica.

c) Características Clínicas: Los quistes dermoides que emergen en el piso de la boca raras veces están presentes en el momento del nacimiento, contra lo que sucede con los dermoides en algunas otras localizaciones. La mayoría se producen en los adultos jóvenes y no muestran predilección por el sexo.

La lesión típica produce un bulto en el piso de la boca, que suele causar la elevación de la lengua y acarrea dificultades en la alimentación y formación. Esto es particularmente cierto si el quiste se encuentra sobre el músculo geniohioideo, entre este y la mucosa bucal. Si el quiste está a mayor profundidad entre los músculos geniohioideo, entre este y la mucosa 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 común se percibe como "masilloso" a la palpación, pero puede ser más fluctante, 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. Han sido descritos como posibles de transformación maligna.

d) Histología: El aspecto histológico del quiste dermoide varía según la complejidad de la lesión. Algunos de estos quistes se componen únicamente de una pared conectiva tapizada en la superficie interna por una delgada capa de epitelio escamoso estratificado, que, por lo general, está queratinizada. La luz puede estar ocupada por queratina. Puede haber otras estructuras especializadas evidentes, o no, y el término "quiste epidermoide" es más adecuado para

descubrir esta lesión simple. En otros casos, hay numerosos glándulas sebáceas e incluso folículos pilosos de una que - otra glándula sudorípara. La luz contiene material sebáceo\_ así como queratina.

e) Tratamiento: El quiste epidermoide o dermoide debe\_ ser enucleado quirúrgicamente; no es común que recidive.

f) Pronóstico: Favorable.

c) Características Clínicas: Las manifestaciones clínicas son las de una masa prominente, de crecimiento lento, - no dolorosas en la región lateral superior del cuello, por delante del músculo esternocleidomastoideo. La masa varía - de tamaño, según su tiempo de evolución y la existencia o - no de infección secundaria, pero generalmente es blanda y - fluctuante a la palpación, su superficie es lisa, de bordes curvados bien limitados y está recubierta generalmente de - una piel no adherente, de aspecto normal. Su incidencia es\_ mayor en los niños y en los adolescentes. Aunque se localiza generalmente debajo de la cortical inferior de la mandíbula y por delante del esternocleidomastoideo, se ha encontrado\_ en otras regiones, como pueden ser el ángulo de la mandíbula y la región parotídea.

d) Histología: Este quiste suele estar tapizado de epi\_ telio escamoso estratificado. La pared del quiste se compo\_ ne, por lo general, de tejido linfoide con la forma típica\_

del módulo 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.

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

#### QUISTE EPIDERMOIDE

a) Concepto: Se localiza principalmente en el piso de la boca y mejillas.

b) Etiología: No se sabe.

c) Características Clínicas: Es una lesión circunscrita bien delimitada de consistencia pastosa, en forma gaseoso con apariencia de queso, que puede tener líquido en su interior y puede ser fácilmente desplazable, generalmente es indoloro, puede interferir en la fonación y en la deglución.

d) Histología: Esta revestido de tejido epitelial escamoso estratificado, contiene glándulas sebaceas, glándulas sudoríparas, folículos pilosos y en su interior contiene un órgano dentario.



e) Tratamiento: Consiste en la desnucleación o escisión quirúrgica.

f) Pronóstico: Favorable.

#### QUISTE DE LAS HENDIDURAS BRANQUIALES

a) Concepto: El quiste de las hendiduras branquiales se produce en la zona lateral del cuello y fué descrito clásicamente como originado en los restos de los arcos branquiales o sacos faríngeos. Sin embargo, hay considerables pruebas que indican que este tipo de quiste fisural verdadero, pero es mejor considerarlo como tal por su origen en el desarrollo.

b) Etiología: Sus pruebas convencen de que el origen estaría en la transformación quística del epitelio atrapado en los nódulos linfáticos cervicales. La fuente de este epitelio es desconocida, pero es probable que provenga de glándulas salivales.

f) Pronóstico: Aunque se ha señalado la malignización, es muy rara.

#### QUISTE TIROGLOSO

a) Concepto: Se encuentra en el cuello en cualquier punto en una línea que va de la base de la lengua al sitio

que se localiza la glándula tiroides.

b) Etiología: Proviene de un epitelio embrionario que en vida fetal está recubriendo el conducto tirogloso conforme avanza la vida fetal desaparece, sin embargo quedan escamaciones que producen el quiste tirogloso.

c) Características Clínicas: El quiste del conducto tirogloso suele darse en personas jóvenes, pero puede aparecer a cualquier edad. Clínicamente, es una masa quística, firme, de la línea media, cuyo tamaño varía de algunos milímetros a varios centímetros. Puede estar a un lado de la línea media. La hinchazón se desarrolla con lentitud y es asimétrica, salvo que esté en una ubicación alta en el conducto, cerca de la lengua. En esos casos, puede haber disfagia. El quiste puede encontrarse en el agujero ciego, en el piso de la boca, o más abajo, cerca del cartilago cricoides o tiroides. A veces se forma una fístula que nace en el quiste y se abre la superficie cutánea o mucosa.

d) Histología: Histológicamente se ve que la masa consiste en un espacio quístico recubierto por epitelio escamoso o columnar con una delgada pared de tejido fibroso.

e) Tratamiento: El tratamiento para el quiste del conducto tirogloso es la excisión quirúrgica radical. Este procedimiento debe ser relativamente radical si se desea evitar la recidiva.

f) Pronóstico: Favorable.

T E M A I V

## METODOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LOS QUISTES

## a) HISTORIA CLINICA

La historia clínica es esencial en la valoración de los enfermos y es una de las ayudas más importantes para establecer un diagnóstico. Una buena historia comprende los datos más importantes sobre el interés que lleva al enfermo a consultar con el médico.

La calidad de la historia viene determinada en gran manera por la competencia del entrevistador, pero también por la capacidad de comunicación del enfermo. Este, a su vez está influenciado por la atmósfera en que se realiza la historia. Durante la entrevista debe concentrarse la atención en el enfermo y se evitarán las interrupciones. Es esencial -- que el enfermo esté tranquilo durante la entrevista.

Es importante registrar los datos negativos cuando se valoran los síntomas de una enfermedad. Es conveniente anotar tanto los síntomas positivos como los negativos por dos razones, Primera: proporciona información sobre la gravedad de la enfermedad, o el grado de afectación; segunda: permite una mejor valoración, en el curso de la enfermedad, A -- los hechos importantes se les debe poner la fecha más exacta posible, ya sea poniendo la fecha del acontecimiento o la edad del individuo.

Algunas enfermedades bucales dependen de factores locales y otras son manifestaciones bucales de enfermedades generalizadas. Muchas veces la etiología es combinada. La gravedad de la enfermedad bucal varía desde la bacteremia de origen infeccioso hasta la muerte producida por cánceres.

#### b) INSPECCION FISICA DE LA CAVIDAD BUCAL

En la boca pueden aparecer los primeros síntomas bucales pueden ser debidos a un padecimiento local (inflamatorio, tóxico, traumático, neoplásico, quístico) ó frecuentemente, ser sólo manifestación de un padecimiento general.

En la boca pueden aparecer los primeros síntomas de diversas infecciones generales; escarlatina, sarampión, sífilis etc.; en otros casos, de estados carenciales; escorbuto, pelagra, sprue y, además, la boca es fiel testigo de los trastornos del metabolismo. Prueba de ello son las manifestaciones bucales de la uremia, la diabetes, etc.

La inspección física de la cavidad bucal debe realizarse de forma ordenada y total, y debe procederse en el siguiente orden:

1.- Labios: Inspección y palpación, anotando la forma, contorno, color, y configuración, y la presencia o no de lesiones tanto con la boca cerrada como abierta.

2.- Mucosa Labial: Inspección girando el labio inferior hacia abajo y el superior hacia arriba, anotando el color y cualquier irregularidad; la palpación determinará la configuración y la presencia de orificios de conductos anó-

malos, adhesiones al frenillo o lesiones.

3.- Mucosa Bucal: La inspección y palpación para determinar el contorno, configuración, color y orificios de las glándulas parótidas y la presencia o ausencia de lesiones en la mucosa bucal.

4.- Pliegues mucobucales: Exploración de los pliegues mucobucales superior e inferior.

5.- Paladar: Inspección y palpación del paladar duro y del blando, de la úvula y de los tejidos faríngeos anteriores, anotando su color, configuración, contorno, orificios, y la presencia de anomalías o lesiones.

6.- Orofaringe: Inspección en busca de señales de lesiones en la región tonsilar y en la garganta, susceptibles de ser enviadas al cirujano de la cabeza y cuello o al internista.

7.- Lengua: Exploración de la lengua en reposo y luego en una posición elevada por detrás; palpación con los dedos del suelo para determinar el color, o ambas, configuración consistencia, movimientos funcionales, tamaño, la presencia o no de papilas, tejido linfoide y lesiones. La mejor manera de visualizar la zona es apresar la lengua con una compresa de gasa y tirar de ella suavemente hacia afuera y a un lado.

8.- Suelo de la boca: Exploración visual con la lengua en reposo y luego en una posición elevada por detrás; -

palpación con los dedos del suelo de la boca, base de la -  
lengua y superficie ventral de la lengua.

9.- Encías: Determinación del color, forma y configura-  
ción de las encías; buscando anomalías, como inflamacio--  
nes, hipertrofias, retracciones y ulceraciones.

10.- Dientes: Exploración completa realizando una am--  
plia serie de radiografías dentales, como mínimo 14 y si --  
puede ser 18, incluyendo algunas mordiendo, si no se habían  
realizando recientemente.

11.- Cierre: Análisis del cierre de la boca tanto en -  
reposo como en posiciones funcionales (es el último paso en  
la exploración habitual de la boca).

Debe anotarse de forma minuciosa toda la exploración.  
Se describirá con detalle el estado de los dientes, de los  
orificios alveolares, de la imagen trabecular, de los lími-  
tes anatómicos y de las coronas. Deben anotarse todas las -  
lesiones encontradas clínica o radiológicamente.

## d) IMPORTANCIA DE LOS ESTUDIOS DE GABINETE (RAYOS X)

El exámen radiográfico nos muestra la localización y extensión del quiste en el hueso y en los dientes. Las sombras superpuestas pueden causar confusión cuando aparecen estar atados varios dientes en la región de un quiste. Se debe hacer un exámen clínico completo, incluyendo las pruebas de vitalidad. La presión del líquido quístico dentro de la cavidad puede causar la formación de una capa compacta de hueso en el cual está contenido el saco del quiste. Esta lámina densa se ve en la radiografía como una línea blanca delgada delineando la región que contiene el quiste radiolúcido. El diagnóstico nunca se puede hacer positivamente con los datos radiográficos ya que muchas enfermedades neoplásicas y metabólicas aparecen en la radiografía como quistes. Debido a la complejidad de las lesiones patológicas que se presentan en los maxilares y en la mandíbula estos problemas son difíciles de diagnosticar. Los quistes generalmente tienen un contorno liso, redondo y lobular y pueden ser multiloculares. Sin embargo, cuando hay infección secundaria los bordes pueden ser irregulares.

Los quistes de los maxilares superiores son muy difíciles de ver en la radiografía debido a que se sobreponen las sombras de los senos paranasales. El lipiodol, una sustancia radiopaca, puede inyectarse en la cavidad quística. El material radiopaco se inyecta en la cavidad después de aspirar el contenido del quiste. Se utiliza una aguja grande de calibre 19 ó 20 en una jeringa Luer de tres a cinco

centímetros cúbicos. Después que se ha aspirado el líquido\_ en la jeringa, se quita la aguja que se deja en su lugar y entonces se inserta otra jeringa, Luer con lipiodol. La a--bertura que se ha hecho en la cavidad debe obturarse inme--diatamente con un hemostático o torunda y la radiografía de\_ be hacerse tan pronto como sea posible para evitar la sali--da del líquido. Esta técnica también puede utilizarse para\_ visualizar quistes de tejido blando y conductos venosos que de otra manera podrían verse en la radiografía. Los quistes dermoides pueden contener material radiopaco.

Algunas veces se confunde una región radiolúcida pe--queña o irregular con la recurrencia de un quiste. Esta apa\_riencia radiográfica puede deberse a que ambas paredes cor--ticales del hueso están atacadas por el quiste, o que se han quitado durante la escisión quirúrgica de la lesión. La re--generación completa de estas paredes corticales es difícil\_ y el defecto siempre aparecerá en la placa radiográfica. --Aquí la historia es importante y es bueno informar al pa---ciente de este dato para que lo dé a conocer cuando sea exa\_minado por otro dentista, evitando así operaciones inneces\_a\_rias en estas regiones.

Las estructuras anatómicas normales como el seno maxi\_lar, agujero mentoniano y fosa incisiva pueden ser confundi\_dos 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 extrabucal, oblicua lateral, algunas veces son necesarias otras vistas, por ejemplo, una craneal lateral o una occipitomental; 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 dilatarse éstos. Los quistes mandibulares tienden a abultar en dirección labiobucal, salvo los situados en la zona del tercer molar, que muchas veces se dilatan en dirección lingual a causa de la placa cortical más delgada de dicha zona.

#### e) HISTOPATOLOGIA (BIOPSIA)

Desde un punto de vista práctico, hay pocos quistes - de los maxilares que pueden ser diferenciados entre sí basándose 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:

La biopsia es la extirpación quística y el examen del tejido de un individuo vivo. Este término se utiliza con frecuencia para denominar solamente la escisión de tejido anormal de un paciente, seguida por la preparación microscópica del tejido y su examen ulterior al microscópico. Sin -

embargo, este procedimiento más correctamente, se denomina análisis del tejido. La biopsia, en su significado más amplio, incluye cuantos exámenes puedan verificarse en un tejido para llegar a un diagnóstico definitivo. Dichos exámenes incluyen la inspección a simple vista, el análisis del tejido, el químico, el bacteriano o la incluyen la inspección a simple vista, el análisis del tejido, el químico, el bacteriano o la combinación de los cuatro. Estrictamente hablando el término de biopsia comprende cualquiera de los estudios utilizados en los tejidos corporales extraídos de un sujeto vivo. Puesto que el operador tiene una responsabilidad importante en el diagnóstico de las lesiones de la cavidad bucal, en algunas ocasiones es necesario que extirpe, algunas lesiones para el análisis de tejidos. Esto no debe hacerse sin discernimiento, sino debe ser dictado por la evaluación clínica correcta del paciente y cuando se tiene la capacidad para ello. Por ejemplo, no se aconseja que el dentista extirpe una alteración maligna, toda o en parte, o una lesión vascular extensa. Por otro lado, debe extirpar tejido para análisis en aquellos casos en que existen dudas acerca de la benignidad de una lesión para hacer un diagnóstico definitivo y adecuado a cualquier alteración cuya naturaleza se desconozca. Además, todo tejido anormal que se extirpe de la cavidad bucal, como granuloma dentales y quistes, debe ser enviado al patólogo para su análisis.

Técnica para hacer una Biopsia. Tanto la región que se va a escindir como los tejidos vecinos deben limpiarse con alcohol al 70% o sefirán acuoso. No deben emplearse yo-

do, mercurocromo ni otros antisépticos coloreados, porque - pueden teñir y entorpecer el análisis. Después se anestesia la región, con procaína o xilocaina, por infiltración o por bloqueo nervioso debe tenerse a la disposición el siguiente material estéril:

- 1 Bisturí con hojas número 15 de Bard-Parker
- 6 Pinzas de mosquito para pinzar los vasos sangrantes.
- 1 Par de tijeras de sutura.
- 1 Par de tijeras de disección.
- 1 Pequeña pinza de tejido.
- 1 Sutura de Catgut 000 en aguja curva
- Compresas estériles.

Aspirador

Frasco de boca ancha con solución de formol al 10X100.

Una vez que se ha logrado la anestesia, se colocan - los campos. Cuando se va a extirpar una lesión en su totali- dad, las encisiones se hacen en el tejido normal, con un -- margen adecuado alrededor de la misma para asegurar la ex-- tirpación completa. El tejido debe manejarse con delicadeza y con cuidado para no rasgarlo o pellizcarlo. Cuando se ha- yan abierto vasos anguíneos durante los cortes, deben pin-- zarse luego que lo señalado por el corte queda extirpado en su totalidad, se colocan en un frasco, conteniendo una can- tidad suficiente de solución de formol al 10X100. Los vasos que han sido pinzados se ligan. Si es necesario, y el defec- to se cierra con suturas aisladas para aproximar los bordes de la herida.

Cuando se va a extirpar una porción de la lesión, se\_  
quita una sección elíptica del tejido que incluya tanto el  
tejido normal como el anormal. El tejido se maneja como se  
ha descrito en el párrafo precedente y el defecto se sutura  
con puntos aislados para aproximar los bordes de la herida.  
El espécimen se coloca en un frasco conteniendo solución de  
formol al 10 X 100 inmediatamente después que se ha extirpa\_  
do y antes de suturar la herida.

## T E M A V

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se admite que el término "diagnóstico diferencial" es una redundancia ya que cada palabra sugiere un proceso de identificación. Sin embargo, ya que "diagnóstico diferencial" es del uso común y supone el empleo de métodos de diagnóstico amplios y completos, es decir acumulación y elección de datos importantes a partir de todas las posibles fuentes antes de establecer un diagnóstico definitivo, es el que nosotros preferimos aplicar.

Para emplear esta técnica de diagnóstico con éxito, son de gran importancia tanto los conocimientos como la habilidad. Una perfecta familiarización con la forma en que el proceso patológico afecta a la boca y a los maxilares, el estar enterado de las técnicas de laboratorio y gabinete adecuadas, así como de la importancia de los resultados obtenidos, y sobre todo, la destreza necesaria en la preparación de las partes diagnósticas del caso historiado es todo ello vital importancia en el diagnóstico diferencial.

Los quistes se manifiestan clínicamente a causa de su expansión dentro del tejido circundante, pero sólo raras veces usan aflojamiento de los dientes, a no ser que sean muy grandes. En muy raras ocasiones la presencia de un quiste se revela por una fractura patológica o porque el paciente

advierde la falta de un diente y acude a la consulta por cu  
riosidad.

Muchos quistes permanecen pequeños y producen poca o  
ninguna dilatación. Se descubren solamente en un exámen ra-  
diológico habitual.

Cuando un quiste se dilata, ejerce una estimulación -  
en el periostio por la cual éste deposita hueso nuevo; esto  
se revela clínicamente en forma de una prominencia indolora,  
dura y suave. Al continuar la dilatación el hueso supraya--  
cente adelgaza y se hunde por la presión del dedo, produ---  
ciendo muchas veces un crujido de cáscara de huevo. Final--  
mente, puede desaparecer incluso esta cáscara ósea, quedand--  
o el quiste cubierto únicamente por la cosa bucal. Puede -  
descargar entonces su contenido dentro de la cavidad bucal\_  
y luego aparecer una infección secundaria.

Sin embargo, solamente un pequeño porcentaje de quis-  
tes atravieza todos estos estadios; con frecuencia se trata  
de quistes radiculares y dentígenos. Así, los quistes fisu-  
rales generalmente permanecen pequeños, con la excepción de  
algunos casos de quiste globulomaxilar o nasopalatino.

La localización de la tumefacción puede dar un impor-  
tante indicio sobre la naturaleza del quiste. Aunque los --  
quistes radiculares y dentíferos aparecen en cualquier par-  
te de la boca, los primeros se encuentran con más frecuen--  
cia en los dientes anteriores, mientras que los segundos ro-  
dean más a menudo las coronas de caninos maxilares impacta-

dos y terceros molares o premolares del maxilar inferior. - Los quistes fisurales, con una excepción, están limitados - al maxilar inferior. El quiste primordial está generalmente localizado en la zona del tercer molar del maxilar inferior y desde allí se extiende muchas veces dentro de la rama.

Los quistes de los maxilares no suelen provocar dolor, a no ser que se infecten. Aunque los grandes quistes del - maxilar inferior casi siempre envuelven al fascículo neurovascular, cuando no hay infección, es muy raro que haya -- anestesia. La vitalidad de los dientes próximos a un quiste no infectado no se altera incluso cuando éste es grande y el soporte óseo se haya perdido en gran parte. Sin embargo, - puede existir una pérdida temporal de la respuesta vital en los dientes adyacentes a quistes infectados.

La forma de los quistes tiende a deformarse al dila-- tarse éstos. Los quistes mandibulares tienden a abultar en\_ dirección labiobucal, salvo los situados en la zona del ter\_ cer molar, que muchas veces se dilatan 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 ba-- sándose 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 diagnós- tico definitivo, sin embargo, pueden ser de utilidad las sí\_ guientes observaciones:

1.- Los quistes gingival, periodontal, dentífero, primordial y fisural (globulomaxilar, maxilar anterior mediano, nasoalveolar, etc.), 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 cutáneos.

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 dentífero, 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 dentífero mandibular puede estar tapizado en parte por células caliciformes 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.



T E M A VI  
CASOS CLINICOS

Quiste Radicular.

Es el más frecuente de los quistes bucales, el quiste periodontal periapical Radicular, tiene un origen inflamatorio. 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 extensamente restos epiteliales de Malassez, normalmente presentes en el ligamento periodontal. Estas islas epiteliales se fusionan y sufren una transformación quística dando lugar al quiste radicular.

El quiste, es muchas veces asintomático y se diagnostica en radiografías dentales. El diente asociado con el quiste no es vital y casi siempre presenta caries dental. Sin embargo, en algunos casos hay una anamnesis de trauma en la región correspondiente. El quiste radicular suele quedar pequeño y no produce dilatación maxilar. No se puede diferenciar radiográficamente un granuloma apical de un quiste radicular. El quiste que sigue en su lugar después de la extracción del diente responsable se denomina quiste residual.

Reporte del Caso:

Paciente femenina de 30 años de edad se presenta hace un año en el "Hospital Juárez", con dolor en los dientes, - central, lateral y canino superiores derechos presentándose

con caries en el cingulo del diente lateral, y con perdida de vitalidad pulpar, con movimiento tipo I en los tres dientes. Se tomaron radiografías y aparece una zona radiopaca - derivada del diente lateral y que abarca de diente central a diente canino.

Características Clínicas: A la pulsión por vestibular se obtiene líquido amarillento translúcido grumoso conteniendo gran cantidad de cristales de colesterol. No es asintomático y se llega al diagnóstico de un quiste radicular. Radiográficamente se observa zona radiolúcida bien delimitada.

#### Tratamiento:

Se anestesia generalmente la zona por su extensión, se decide marsupializarlo. Haciendo apicectomia en los tres dientes, sin embargo, debe esperarse la recidiva, si una porción de la membrana no se extirpa, las recidivas pueden afectar grandes porciones de los maxilares e invadir otro diente.

Radiográficamente una vez realizada la cirugía, se efectuaron controles mensuales radiográficos con gasa y Lipiodol y a los 9 meses se obtiene la reducción total de la cavidad.

Histopatología: Se verifica el diagnóstico, de un quiste radicular cubierto con una capa basal de células cuboideas o cilíndricas en forma empalizada. Encima de la capa basal se encuentran masas irregulares de células hinchadas, muchas de las cuales no poseen puntos intercelulares.

## QUISTE NASOPALATINO

Embriológicamente, el conducto incisivo que comunica las cavidades nasal y bucal se forma cuando se forma los -- procesos palatinos maxilares se fusionan con el premaxilar, dejando dos vías de comunicación, una a cada lado del tabique nasal. Dentro de cada conducto se encuentra un ductus - nasopalatino o condón o restos celulares epiteliales. Al -- aproximarse estos conductos a la superficie de la cavidad - bucal, se dirigen hacia delante y generalmente se unen antes de terminar como una apertura común en el hueso palatino inmediatamente por detrás de la papila palatina. Los conductos incisivos también contienen las raíces terminales de las arterias palatina descendente y esfenopalatina, el nervio nasopalatino y glándulas salivales menores. Aunque los conductos nasopalatinos permanecen permeables en la mayoría de los conductos nasopalatinos permanecen permeables en la mayoría de los mamíferos generalmente no lo hacen en el hombre. Sin embargo, se han observado, algunas excepciones.

## REPORTE DEL CASO

Paciente masculino de 12 años, se presentó en el "Hospital Júarez", mandado por el ortodoncista para que se le realizara una odontopei de canino superior derecho, por un hallazgo radiográfico, se descubre una zona radiolúcida en forma de corazón cuyo diámetro mayor era de 10 ml. localizado en la línea media del paladar. Es asintomático, no pudiendo -- efectuarse palpación y se diagnostica quiste nasopalatino.

Características Clínicas: Hay muchas veces agranda---  
miento de la línea media anterior del paladar. Hay tumefac-  
ción 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 se  
cuela frecuente.

#### TRATAMIENTO

Se anestesia localmente y se efectúa extirpación te---  
niendo el cuidado de no cortar el nervio nasopalatino, abor-  
dando la lesión por el paladar. Se confirma el diagnóstico\_  
clínico como el estudio histopatológico (epitelio escamoso,  
variedad columnar o pseudoestratificado).

Radiográficamente: El diagnóstico radiográfico del --  
quiste puede ser difícil y no es posible hacerlo con segurí-  
dad si el diámetro es menor de 0.6 cms., ya que la fosa in-  
cisiva normal puede ser grande. El quiste se encuentra siem-  
pre en la línea media y es circular u oval. Puede quedar sí-  
mulada una forma en corazón si se superpone la espina nasal.  
Las vistas oclusales, el quiste aparece por detrás de los -  
incisivos.

Histopatología: El revestimiento más común es el esca-  
moso estratificado, lo cual no es sorprendente, ya que la -  
mayoría de los quistes tienen su origen en la parte inferior  
del conducto. La formación de colesterol es muy rara en los  
quistes nasopalatinos.

Finalmente el paciente se presenta a la semana después

con una infección, y se le afectó un drenado del absceso palatino, -  
 donde posteriormente evolucionó satisfactoriamente. -

#### QUISTE EPIDERMOIDE .

El término de "Quiste Dermoides", empleado erróneamente -  
 para designar un Teratoma Quístico benigno del Ovario; probablemente -  
 es debido al enclavamiento del ectodermo durante el cierre de las fi -  
 suras embrionarias que ocurre en la tercera y cuarta semana "in útero"  
 por lo tanto la causa verdadera es desconocida.

Los quistes dermoides ocurren con mas frecuencia en el -  
 suelo de la boca y se han clasificado en quistes dermoides medial y -  
 lateral. Probablemente tienen su origen encima del músculo milohioideo,  
 aunque pueden penetrarlo a través de un hiato en desarrollo.

En el quiste dermoide medial, el atrapamiento de epitelio  
 en la línea media probablemente ocurra durante la fusión de los Arcos-  
 Branquiales primero (maxilar) y segundo (hioideo), es decir por la fu-  
 sión de los procesos laterales a cada lado del arco maxilar con el tu-  
 bérculo impar, para formar la lengua anterior y en el suelo de la bo-  
 ca. El quiste dermoide lateral es hallado entre la cara lateral de los  
 músculos genianos y el milohioideo.

#### REPORTE DEL CASO .

Paciente femenino de 10 años, se presenta en el "Hospital  
 Juárez", con aumento de volúmen en la parte anterior del piso de la -  
 boca, con 6 meses de evolución y de crecimiento progresivo que despla-  
 za a la lengua hacia arriba, produciendo dificultad al hablar, comer e  
 incluso respirar, debido a la presión ejercida sobre la epiglotis, des-  
 plesible palpándose tanto intraoral como extraoralmente.

### CARACTERISTICAS CLINICAS

Es asintomático y a la punsión se obtiene un material gaseoso de carácter "pastoso".

Radiográficamente no se aprecia y se llega al diagnóstico de un quiste de inclusión.

### TRATAMIENTO

Se decide tratarlo bajo anestesia general, se aborda la cápsula quística por piso de boca haciendo incisión en la parte anterior del piso de la boca, se procede a hacer la extirpación y se disecciona la cápsula quística, se extrae el quiste y se cierra por planos, no se deja canalización y no es común que recidive.

Histopatología; Reporta Quiste Epidermoide con epitelio escamoso estratificado y queratinizado.

Su evolución fué satisfactoria.

### MUCOCELE .

Es un Seudoquiste por retención mucosa es muy frecuente presentándose con igual frecuencia en ambos sexos y en todas las edades. Puede ocurrir en la mordedura o corte de - -

los labios, es la responsable de la colección de líquido -- dentro de los espacios histicos produciendose así un fenómeno de retención mucosa.

Los quistes mucosos o mucocelos resultan de la obstrucción de un conducto glandular menor que generalmente -- aparecen en el labio, carrillo y piso de la boca. Pueden -- también encontrarse en la porción anterior de la lengua donde las glándulas están redondas o traslúcidas, ovales; generalmente tiene color azuloso y pueden confundirse en un hemangioma, inmediatamente debajo de la mucosa, algunas veces los mucocelos pueden perforarse accidentalmente o romperse espontáneamente, pero se forma de nuevo.

Reporte del caso: Reporte de un caso de un pseudoquistes de tamaño regular localizado en el labio inferior izquierdo; estos pseudoquistes son muy frecuentes, generalmente aparecen en la región del labio inferior.

Paciente masculino de 25 años de edad que es enviado al "Hospital Juárez" para su valoración y tratamiento.

Inicia su padecimiento hace una semana y ha ido en aumento hasta los 22 días transcurridos ha crecido a 1 cm. No presentándose dolor pero si causa molestias al hablar y comer, por lo anterior acude a un consultorio particular y es remitido al centro hospitalario.

A la exploración física se aprecia aumento de volúmen en la labio inferior izquierdo a nivel del diente incisivo\_ central y lateral del mismo lado.

#### TRATAMIENTO

El paciente fué intervenido bajo anestesia local en todo el alrededor del pseudoquiste y con pinzas de allys se prensa el quiste y se procedió, a hacer la extirpación quirúrgica haciendo una incisión contorneante (provocando la salida de líquido verdoso) una vez eliminado, se suturó con un hilo de plástico fino.

Radiográficamente: No presentó cálculos salivales, únicamente zonas radiolúcidas.

Histopatología: Se comprobó el diagnóstico del quiste mucocèle con depósito de moco, tejido conectivo con plasmocitos y linfocitos.

Quince días después el paciente evolucionó favorablemente.

#### RANULA

Se presenta de forma característica en el suelo de la boca y es unilateral. Se desarrolla asociada a los conductos secretores de las glándulas submaxilar o sublingual y se debe generalmente a una obstrucción causada por un cálculo salival o por una sustancia orgánica blanda.

La ránula se observa de modo principalmente en la glándula sublingual y no implica el conducto submaxilar o



parótides tiene origen en una obstrucción que puede ser un cálculo tapón mucoso u oclusión debida a la lesión mecánica o inflamación, la glándula continúa secretando y el líquido se acumula detrás de la obstrucción. Entonces el conducto se dilata hasta la presión se vuelve lo suficientemente grande y produce ruptura del epitelio del conducto, lo que se aprecia en un escape del líquido a los tejidos continuos. Se forma una pared fibrosa, el tamaño de la ránula está determinado por la cantidad de secreción producida por la glándula afectada. Mientras mayor sea la presión secretada por la presión de la cavidad quística, la cavidad se llenará con más líquido, ya que la resistencia del tejido puede agrandarse hasta el punto de contener 50 mm. más de líquido o por ruptura de la mucosa, con el consiguiente drenaje. Esto último, generalmente va seguido de recidiva.

#### REPORTE DEL CASO

Paciente masculino de 20 años, se presentó en el "Hospital Juárez" con aumento de volúmen en piso de boca del lado derecho como una masa blanda de forma redondeada de 2 meses de evolución de 2 cms. de diámetro con desplazamiento de la lengua, de color azulado, redondeado y de superficie lisa. A la punsión se obtiene material mucoso denso, lo que ocasiona disminución de volúmen. Se inyecta lipiorol de 3 cms. de diámetro; y se diagnostica ránula.

#### TRATAMIENTO

Se marsupializa bajo anestesia local con evolución y dolor severo por la zona ocruenta, a las tres semanas se ob

tiene el estudio histopatológico y se verifica el diagnóstico clínico.

#### QUISTE EPIDERMOIDE

El término "quiste epidermoide", empleado erróneamente para designar un teratoma quístico benigno del ovario.- Probablemente, es debido al enclavamiento de ectodermo durante el cierre de las fisuras embrionarias que ocurre en la tercera y cuarta semana in útero. Por lo tanto, la causa verdadera es desconocida.

Los quistes dermoides ocurren con más frecuencia en el suelo de la boca y se han clasificado en quistes dermoides medial (línea media) y lateral. Probablemente tienen su origen siempre encima del músculo milohioideo, aunque pueden penetrarlo a través de un hiato de desarrollo.

En el quiste dermoide medial, el atrapamiento de epitelio en la línea media probablemente ocurre durante la fusión de los arcos branquiales primero (maxilar) y segundo (hioideo), es decir, por la fusión de los procesos laterales a cada lado del arco maxilar con el tubérculo impar, para formar la lengua anterior y en el suelo de la boca.

El quiste dermoide lateral es hallado entre la cara lateral de los músculos genianos y el milohioideo.

#### REPORTE DEL CASO

Paciente femenino de 10 años, se presenta en el "Hospital Juárez", con aumento de volumen en la parte anterior

del piso de la boca, con 6 meses de evolución y de crecimiento progresivo que desplaza a la lengua hacia arriba, -- produciendo dificultad al hablar, comer e incluso respirar, debido a la presión ejercida sobre la epiglotis, desple-- ble palpándose tanto intraoral como extraoralmente.

## T E M A VII

## CONCLUSIONES

Las enfermedades quísticas de los maxilares son de gran importancia en general y el propósito de este estudio, es de tener un mayor conocimiento de sus características clínicas para poder identificarlos y llegar a un buen pronóstico.

La mayor parte de los quistes tienen un pronóstico favorable, dependiendo de las formas en que se llegue a presentar, siempre y cuando tenga un tratamiento adecuado.

La forma en que se clasifican dependen de sus características clínicas y por su ubicación, esto nos ayuda a concluir que tipo de lesión se trata y para esto, nos basamos en casos clínicos.

Los casos clínicos que incluyo en su mayor parte fueron seleccionados, de pacientes que se sometieron a intervenciones quirúrgicas en el hospital Juárez. La información se tomó como criterio la prioridad variable en base a su importancia para llegar a formar un juicio médico, respecto a los cambios que pueden sobrevenir durante el curso de un desarrollo quístico que durante su formación no se sometieron a tiempo llegando a provocar lesiones irreversibles en los tejidos duros (como puede ser la resorción ósea), como es la pérdida de gran parte de los maxilares.

El odontólogo debe tener en consideración el tratamiento adecuado para seguir, ya sea su intervención, en un consultorio particular, o si este amerite internarse en un centro hospitalario, y para esto se debe tener como base -- los conocimientos necesarios para elegir tal decisión y tener un acertado juicio del agente causante que está provocando esta lesión.

Por lo tanto, la profesión odontológica no está basada en tapar muelas, sino de abarcar un campo médico más extenso, que es inexplorado actualmente por muchos de nosotros por esta razón me inclino a la importancia de los quistes como lesiones y del buen diagnóstico acertado que nos ayude a evitar males progresivos.

## B I B L I O G R A F I A

- 1.-) Bhaskar, S.N. Patología Bucal, Edit. El Ateneo, 2a. - Edición Buenos Aires 1974; Págs.157-169.
- 2.-) Ham A.W. Tratado de Histología, Edit. Interamericana-7a. Edición, México 1976 Págs.367-368.
- 3.-) Kruger O. Gustav. Tratado de Cirugía Bucal, Edit. Interamericana, 4a. Edición 1978. Pags. 196-200.
- 4.-) Langman, J. Embriología Médica, Edit. Interamericana-3a. Edición México 1976. Pag. 125.
- 5.-) Leeson, T.S.,ET.AL. Histología, Edit. Interamericana-2a. Edición México 1970, Págs.250-261.
- 6.-) Moore, K.L., Embriología Clínica, Edit. Interamericana, 1a. Edición, México 1975, Pág. 352.
- 7.-) Morris L. Alvin. Bohannan, Las Especialidades Odontológicas en la Práctica General; Edit. Labor Edición - 1978, Págs. 123-163.
- 8.-) Orban J. Balint, Histología y Embriología Bucales; - Edit. Prensa Médica Mexicana, 6a. Edición en inglés, - 1a. edición en Español (reimpresión), México 1976 - Págs.306-309 a 344 .
- 9.-) Pelayo Correa Et. Al., Patología General, Edit. La - Prensa Médica Mexicana; 2a. Edición México 1975 Págs. 685-869.
- 10.-) Quiróz Gutiérrez Fernando; Tratado de Anatomía Humana; Edit. Porrúa, 1er. Tomo, 6a. Edición 1970, Págs.-78-107.
- 11.-) Robbins S.L.; Patología Estructural y Funcional, E - dit. Interamericana, 1a. Edic.México 1975.Pág.304-14.
- 12.-) Thoma, K. Hermann; Patología Oral, Edit.Barcelona, - Edic.1973. Págs.449-500.
- 13.-) Tiecke R.W.: Fisiopatología Bucal, Edit. Interamericana, Edición 1960; págs.288-289.
- 14.-) Velázquez Tomás, Anatomía Patológica, Dental y Bucal, Edit.Prensa Médica Mexicana,1976 págs.259-262.
- 15.-) Zegarelli. E.V.,Diagnóstico en Patología Oral, Edit.-Salvat.Edición 1978. Págs. 238-252.
- 16.-) Walter C. Gural Nick, D.M.D., Tratado de Cirugía Oral- Edit. Salvat, 1971, pag. 430.
- 17.-) Maite E. Daniel, Cirugía Bucal Práctica, Compañía Editorial Continental, 1978, págs. 298-299.

*Esta Tesis fué elaborada en su  
totalidad en los Talleres de  
Impresos Moya, Rep. de Cuba.  
No. 99, Despacho 23.  
México 1, D.F. Tel. 5-10-89-52*