



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

E N E P ZARAGOZA

ODONTOLOGÍA

QUISTES ORALES

T E S I S P R O F E S I O N A L

Q U E P A R A O B T E N E R

E L T Í T U L O D E

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A N

R O S A M A R Í A L O P E Z A L V A R E Z

S U S A N A M E N D O Z A H E R N Á N D E Z

S I L V I A C O R A L P O R R A S P A L O M I N O



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

OBJETIVOS

HIPOTESIS

FUNDAMENTO DEL TEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

INTRODUCCION

CAPITULO I

CONCEPTO Y CLASIFICACION DE QUISTES.....1

1) QUISTES ODONTOGENICOS.....2

2) QUISTES NO ODONTOGENICOS.....4

CAPITULO II

QUISTE APICAL

a) SINONIMOS.....5

b) DEFINICION Y ETIOLOGIA.....5

c) CARACTERISTICAS CLINICAS.....5

d) CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.....6

e) CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.....6

f) TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.....7

CAPITULO III

QUISTE DENTIGERO

a) SINONIMOS:.....8

b) DEFINICION Y ETIOLOGIA.....8

c) CARACTERISTICAS CLINICAS.....8

d) CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.....	9
e) CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS	9
f) TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.....	9

CAPITULO IV

QUISTE PROMORDIAL

a) SINONIMOS	10
b) DEFINICION Y ETIOLOGIA	10
c) CARACTERISTICAS CLINICAS	10
d) CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.....	11
e) CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS	11
f) TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.....	11

CAPITULO V

QUISTE DE LA ERUPCION

a) SINONIMOS	12
b) DEFINICION Y ETIOLOGIA	12
c) CARACTERISTICAS CLINICAS.....	12
d) CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS	12
e) CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS	13
f) TRATAMIENTO Y PRONOSTICO	13

CAPITULO VI

QUISTE LATERAL PERIODONTAL

a) SINONIMOS	14
b) DEFINICION Y ETIOLOGIA	14
c) CARACTERISTICAS CLINICAS	14

d) CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS	15
e) CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS	15
f) TRATAMIENTO Y PRONOSTICO	15

CAPITULO VII

QUISTE RESIDUAL

a) SINONIMOS	16
b) DEFINICION Y ETIOLOGIA	16
c) CARACTERISTICAS CLINICAS.....	16
d) CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.....	16
e) CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.....	16
f) TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.....	17

CAPITULO VIII

QUISTE DEL CONDUCTO NASOPALATINO

a) SINONIMOS.....	18
b) DEFINICION Y ETIOLOGIA.....	18
c) CARACTERISTICAS CLINICAS.....	18
d) CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.....	19
e) CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.....	19
f) TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.....	19

CAPITULO IX

QUISTE DE RETENCION DE LA MUCOSA

a) SINONIMOS	20
b) DEFINICION Y ETIOLOGIA	20
c) CARACTERISTICAS CLINICAS	20

d) CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.....	20
e) CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS	21
f) TRATAMIENTO Y PRONOSTICO	21

CAPITULO X

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES	22
1) MARSUPIALIZACION O PARTSCH I	23
2) ENUCLEACION O PARTSCH II	29
a) PARTSCH II CON SUTURA	32
b) PARTSCH II SIN SUTURA	35
3) ANTROQUISTECTOMIA	36

DISCUSION O RESULTADO. CONCLUSIONES.....	37
--	----

OBJETIVOS

1. Concepto y clasificación

1.1: Concepto de quiste

1.2: Clasificación de quistes de acuerdo a su origen

1.2.1: De origen odontogénico

1.2.2: De origen no odontogénico

2: Dar a conocer los aspectos clínicos, radiográficos e histológicos de quiste apical.

2.1: Sinónimos

2.2: Definición y etiología

2.3: Características Clínicas

2.4: Características Radiográficas

2.5: Características Histológicas

2.6: Tratamiento y pronóstico

3: Dar a conocer los aspectos clínicos, radiográficos e histológicos de quiste Dentígero

3.1: Sinónimos

3.2: Definición y Etiología

3.3: Características Clínicas

3.4: Características Radiográficas

3.5: Características Histológicas

3.6: Tratamiento y pronóstico

4: Dar a conocer los aspectos clínicos, radiográficos e histológicos del quiste Primordial

4.1: Sinónimos

4.2: Definición y Etiología

4.3: Características Radiográficas

4.4: Características Radiográficas

4.5: Características Histológicas

4.6: Tratamiento y pronóstico

5: Dar a conocer los aspectos Clínicos, Radiográficos
e Histológicos de quiste de la Erupción

5.1: Sinónimos

5.2: Definición y Etiología

5.3: Características Clínicas

5.4: Características Radiográficas

5.5: Características Histológicas

5.6: Tratamiento y pronóstico

6: Dar a conocer los aspectos Clínicos, Radiográficos
e Histológicos del quiste Lateral Periodontal

6.1: Sinónimos

6.2: Definición y Etiología

6.3: Características Clínicas

6.4: Características Radiográficas

6.5: Características Histológicas

6.6: Tratamiento y pronóstico

7: Dar a conocer los aspectos Clínicos, Radiográficos
e Histológicos del quiste Residual

7.1: Sinónimos

7.2: Definición y Etiología

7.3: Características Clínicas

7.4: Características Radiográficas

7.5: Características Histológicas

7.6: Tratamiento y pronóstico

8: Dar a conocer los aspectos Clínicos, Radiográficos e Histológicos del quiste del Conducto Nasopalatino

8.1: Sinónimos

8.2: Definición y Etiología

8.3: Características Clínicas

8.4: Características Radiográficas

8.5: Características Histológicas

8.6: Tratamiento y pronóstico

9: Dar a conocer los aspectos Clínicos, Radiográficos e Histológicos del Mucocelo

9.1: Sinónimos

9.2: Definición y Etiología

9.3: Características Clínicas

9.4: Características Radiográficas

9.5: Características Histológicas

9.6: Tratamiento y pronóstico

10: Tratamiento de los quistes

10.1: Marsupialización o Partsch I

10.2: Enucleación o Partsch II

10.2.1: Partsch II con sutura

10.2.2: Partsch II sin sutura

10.3: Antroquístectomía

HIPOTESIS

Los quistes orales son entidades patológicas que se presentan a cualquier edad sin predilección de sexo, los cuales pueden ser eliminados por medios quirúrgicos.

FUNDAMENTACION DEL TEMA

Debido a la información limitada que se proporciona al alumno durante el curso de patología bucal sobre este tema, consideramos que era necesario elaborar un material de apoyo basado en el plan de estudios de la carrera de Cirujano Dentista, con el fin de proporcionar un material exclusivo que dé al alumno un panorama más concreto sobre el diagnóstico y tratamiento de este tipo de entidades patológicas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A los quistes orales no se les da la importancia como un proceso patológico irreversible, lo cual ha traído como consecuencia que el mismo C. Dentista se limite en el diagnóstico y tratamiento, sin llegar a la solución del problema que se le presenta, y como consecuencia delegar en el especialista en Cirugía Maxilofacial la resolución del Caso.

Por lo que en este trabajo indicamos los medios para que el C. Dentista de práctica general, pueda realizar cualquier tipo de intervención adecuada a cada caso que se le presente.

INTRODUCCION

El quiste como entidad patológica se puede encontrar en cualquier parte del cuerpo humano, por lo que también -- los localizamos en las estructuras bucales, en forma de saco circundado por una cápsula que tiene un contenido - líquido o pastoso y cuyas paredes son de origen epitelial.

Trataremos únicamente las formaciones quísticas de origen odontogénico y no odontogénico más frecuentes que pertenecen al campo odontológico.

Los quistes maxilares si son suficientemente grandes no solo alteran a los maxilares, sino que deforman los con tornos de la cara.

Ahora bien; ¿Cómo se forma un quiste? Y habría que explicar cómo se forma la cavidad quística y su contenido y cómo se produce su tapizado epitelial. Para esto pode mos decir que se puede formar por retención, procesos in fecciosos, adquiridos y/o congénitos; a lo cual se pre-- sentan posibles teorías a la formación de éste.

- El quiste se origina intraepitelialmente por degeneración central de células dentro del epitelio (formación primaria intraepitelial).
- El quiste se origina por degeneración central de epite lios, que han crecido dentro del granuloma (formación primaria intraepitelia).
- El quiste se originapor degeneración central del teji

do de granulación. En esta zona de destrucción crece - secundariamente epitelio adentro.

- El quiste se origina por crecimiento del epitelio alrededor del tejido de granulación. El tejido de granulación en el centro es destruido y forma el contenido - del quiste. (formación primaria extraepitelial).
- El quiste se origina por crecimiento de epitelio alrededor de pequeñas cavidades de absesos crónicos.
- El quiste se origina por crecimiento de epitelio dentro de fístulas, desde la cavidad bucal. Si se cierra la fístula, entonces el quiste se origina por los epitelios encerrados.

Si hemos hablado ahora de las distintas posibilidades -- del origen del quiste, nos queda todavía por preguntarnos por qué en una persona se producen quistes, mientras que en otra persona los epitelios quedan tranquilos durante - muchos años. Hay una posibilidad de contestar, como lo - hacemos muchas veces en la medicina, cuando no disponemos de fundamentos seguros para el origen de una enfermedad; y especulamos con una disposición hereditaria.

CAPITULO I

**CONCEPTO Y CLASIFICACION DE QUISTES
DE ACUERDO A SU ORIGEN, ODONTOGENICOS
Y NO ODONTOGENICOS**

QUISTE:

Se define como una cavidad patológica revestida de epitelio que puede o no contener material líquido. Se puede localizar en tejidos blandos o propagar a tejidos duros. (24)

Los quistes en los maxilares se originan a partir de: epitelio odontógeno (restos de la lámina dentaria, del órgano del esmalte, etc.); y no odontógeno, que son los que derivan de la inclusión epitelial en la línea de fusión de los procesos primitivos - que participan en la formación embrionaria de la - cara y maxilares. (4, 16, 27)

QUISTES ODONTOGENICOS

- 1) APICAL
- 2) DENTIGERO
- 3) PRIMORDIAL
- 4) DE LA ERUPCION
- 5) LATERAL PERIODONTAL
- 6) RESIDUAL

QUISTES NO ODONTOGENICOS

- 1) DEL CONDUCTO NASOPALATINO
- 2) DE RETENCION DE LA MUCOSA
(PSEUDOQUISTE)

QUISTES ODONTOGENICOS

APICAL

RADICULAR, PERIAPICAL, FINAL DE LA RAIZ, PARADENTAL, DENTOALVEOLAR, PRINCIPAL, FUNGOSO.

Este quiste se origina como consecuencia de la infección bacteriana y necrosis pulpar casi siempre después de la formación de una caries. Puede ser secuela común de un granuloma apical, pero no inevitable. Es el más frecuente de los quistes odontogénicos.

DENTIGERO

FOLICULAR, CENTRAL FOLICULAR.

Es el más frecuente de los foliculares. Se presenta en relación con un diente en erupción parcial o totalmente inculdo (terceros molares, supernumerarios y caninos), y relacionado con odontomas compuestos.

PRIMORDIAL

QUERATOQUISTE, FOLICULAR SIMPLE.

Es el menos común de los foliculares. Quiste que deriva del órgano de esmalte, antes de la formación de tejidos dentales, es decir se encuentra en lugar del diente.

DE LA ERUPCIÓN

DEL BROTE, HEMATOMA DEL BROTE, ODONTOCLANIDE.

Es una forma de quiste poco común; que lo encontramos asociado frecuentemente con dientes primarios o permanentes en erupción.

LATERAL PERIODONTAL

Quíste odontogénico raro, pero bien reconocido. Nace directamente en el ligamento periodontal lateral de un diente que ha brotado. Para denominarse así, debe estar localizado dentro del hueso, no tener ninguna comunicación con la cavidad bucal y estar en oposición con la superficie dental lateral de uno o varios dientes vitales.

RESIDUAL

Término aplicado a cualquier tipo de quíste odontogénico de los maxilares que permanecen sin ninguna causa aparente luego de un procedimiento quirúrgico.

NO ODONTOGENICOS

DEL CONDUCTO NASOPALATINO

DEL CONDUCTO INCISIVO, MAXILAR ANTERIOR MEDIO, DEL -
CANAL INCISIVO, DE LA PAPILA PALATINA, PALATINO AN-
TERIOR, DEL DESARROLLO, FISURALES.

Es el quiste más frecuente de los quistes fisurales
no odontogénicos.

Se trata de una cavidad intrabsea cerrada, tapizada
de epitelio; cuando se localiza por debajo del agu-
jero del incisivo se denomina quiste de la papila -
incisiva.

DE RETENCION DE LA MUCOSA (PSEUDOQUISTE)

MUCOCELE.

Lesión obstructiva que afecta glándulas y conductos
salivales. Dicha obstrucción puede ser el resulta-
do de acumulaciones calcificas o traumatismos.

CAPITULO II

QUISTE APICAL

SINONIMOS:

RADICULAR, PERIAPICAL, FINAL DE LA RAIZ, PARADENTAL, DENTOALVEOLAR, PRINCIPAL, FUNGOSO.
(27, 24, 34, 16)

DEFINICION Y ETIOLOGIA:

El quiste radicular se localiza en la región - del tercio apical de las raíces dentarias. Es el resultado de un proceso inflamatorio; al -- propagarse éste desde la pulpa hacia el ápice se forma una masa compuesta de tejido inflamatorio crónico llamada granuloma apical; dentro de esta masa proliferan restos epiteliales de Malassez y de Hertwing (del ligamento periodontal) produciendo necrosis pulpar y subsecuente la formación de una cavidad quística. - (38, 42, 46)

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Es el más frecuente de los quistes maxilares - se presenta en cualquier edad, no hay preferencia de sexo, es más común en la mandíbula. Su tamaño varía de milímetros hasta centímetros o más, puede agrandarse de tal manera que afecta a dientes vecinos causando migración en éstos. Se puede manifestar en forma de abultamientos en la encía a nivel de las raíces dentarias, - en su cara vestibular, palatina o lingual. Este abultamiento es indoloro generalmente duro como hueso, el cual una vez alcanzada la magnitud - correspondiente ofrece a la palpación crepitación apergaminada como signo de extrema reab-

sorción de hueso.

Muchas veces se descubren quistes por un flujo - anormal de secreción, generalmente con cristales de colessterina refringentes al hacer una extracción o tratamiento radicular. (7, 18)

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Area radiolúcida situada en el ápice del diente de bordes bien definidos, de forma ovalada o redondeada, limitada por un borde radiopaco perfectamente bien definido. No es posible diferenciarlo de un granuloma periapical aunque los quistes tienden a alargarse y tienen un margen bien definido. (5, 16, 20, 43)

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Las secciones muestran una pared de tejido conjuntivo fibroso moderadamente vascular, delimitada por epitelio pavimentoso escamoso estratificado no queratinizado, que en ocasiones contiene mucosa o células ciliadas. Encierra un líquido seroso, depósitos de cristales de colesterol, macrófagos, linfocitos, plasmocitos, cuerpos hialinos de Russell, células espumosas (histiocitos), pigmentos sanguíneos, células gigantes, fibras de oxitalano (componente normal del ligamento periodontal), y en ocasiones se encuentran espculas óseas en la pared del quiste.

Su contenido es totalmente estéril a menos de -- que exista conexión con la cavidad bucal por medio de una fistula. (20, 25, 37, 39, 42)

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El tratamiento se efectuará por medios quirúrgicos como son la marsupialización o enucleación, el pro
nostico va a estar sujeto a la ejecución de la téc
nica elegida. (3, 13, 16)

CAPITULO III

QUISTE DENTIGERO

SINONIMOS:

FOLICULAR, CENTRAL FOLICULAR. (16, 24, 27)

DEFINICION Y ETIOLOGIA:

El quiste dentígero se encuentra en relación con - un diente en erupción el cual está parcial o totalmente incluido en este.

Se desarrolla antes que ninguna formación dura del diente y se origina del órgano del esmalte o de - los restos de la lámina dental (restos de Malassez) además surge como resultado de la sepsis en la raíz de predecesor primario, que estimula la proliferación de los restos celulares de Malassez en la -- membrana periodontal produciéndose luego la formación quística en el centro del grupo celular. (11,27,42)

CARACTERISTICAS CLINICAS:

El quiste dentígero suele aparecer con más frecuencía en adultos jóvenes. Los dientes frecuentemente implicados son caninos y premolares de ambos maxilares y terceros molares inferiores y en ocasiones dientes supernumerarios.

Son menos frecuentes que los radicales, se manifiestan hacia el interior de la boca o hacia la cara en forma de tumores recubiertos por mucosa o por la piel, indurados al tacto, su crecimiento es lento e indoloro.

El diagnóstico se puede apoyar en la falta de un - diente que normalmente debe existir en su sitio.
(37, 45)

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Es una zona radiolúcida bien definida asociándose con la corona del diente no erupcionado. Localizada en una área donde falta congénitamente un diente, su tamaño varía de milímetros a varios centímetros. (20)

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

La pared del quiste está compuesta por una capa delgada de tejido conectivo fibroso, delineado por un epitelio escamoso estratificado o por un epitelio de dos o tres células de espesor y células ciliadas, en algunos casos la recubierta del quiste está queratinizada.

En su contenido presenta elementos inflamatorios crónicos, cristales de colesterol, pigmentos sanguíneos, cuerpos hialinos de Russell y células gigantes de cuerpo extraño.

Un ameloblastoma puede producirse de un quiste dentígero. (10, 15)

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

Se puede realizar la enucleación del quiste con la extracción del diente afectado. El pronóstico va a ser favorable. (3, 16, 32)

CAPITULO IV

QUISTE PRIMORDIAL

SINONIMOS:

QUERATOQUISTE? FOLICULAR SIMPLE. (27, 24, 34, 42)

DEFINICION Y ETIOLOGIA:

El quiste primordial tiene su origen en gérmenes dentarios o sea que se forma en lugar de un diente.

La alteración del folículo dental sería desencadenada por trastornos del desarrollo, en el período embrioplástico, en el cual no son formados todavía los tejidos duros. Comienza con la degeneración del retículo estrellado del germen dental antes de que pueda calcificar el tejido dando lugar a una cavidad quística. (12, 18)

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Es asintomático en muy raras ocasiones llega a presentar características clínicas, esto se debe a que no alcanza gran tamaño por lo cual no produce expansión ósea.

Se encuentra más frecuentemente en lugar de terceros molares inferiores y dientes supernumerarios.

Se presenta en personas jóvenes; en ocasiones puede producir parestesia de labio. Cuando aparece entre las raíces de dos dientes puede producir separación de éstos. (18, 20)

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

El quiste primordial se descubre mediante un diagnóstico radiográfico, se presenta como una zona radiolúcida bien circunscrita por un borde contiguo, y puede mostrar cavidades. (20)

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Cavidad quística tapizada por epitelio escamoso -- estratificado queratinizado. En su interior se presenta un líquido seroso con cristales de colesterol, macrófagos, linfocitos, plasmocitos e histiocitos.

La pared del quiste es delgada a menos que exista infiltrado inflamatorio. El estrato basal del epitelio está bien definido y se encuentra compuesto por células columnares y cuboides.

La queratinización de los epitelios es primordialmente de tipo paraqueratósico, pero también se presentan casos con ortoqueratosis. En algunos casos en el epitelio pueden presentarse rasgos o características de atipia. (34, 27)

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

Enucleación por cirugía o por medio de un curetaje para eliminar la membrana de revestimiento del quiste. El pronóstico es reservado debido a que su índice de recidiva es elevado.

CAPITULO V

QUISTE DE LA ERUPCION

SINONIMOS:

DEL BROTE, HEMATOMA DEL BROTE, ODONTOCLAMIDE (24,27,42)

DEFINICION Y ETIOLOGIA:

Es una forma de quiste dentígero que se encuentra en la cúspide o sobre la encla de un diente por -- erupción, se origina probablemente en los restos epiteliales presentes de la membrana periodontal -- del diente primario.

Este quiste puede producirse por traumatismo durante la masticación originándose un hematoma entre -- la superficie oclusal y la encla que lo cubre.

Puede originarse del órgano del esmalte después de que se ha completado la formación de este tejido.

(23, 27)

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Aparece como un aumento de volumen de color azulado, usualmente aparece en un diente primario posterior no erupcionado, puede aparecer sobre un -- diente permanente o en relación con un tercer molar inferior, aunque puede estar sobre un premolar. Es más frecuente en niños, puede interferir o evitar la erupción. (47)

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Se puede realizar el diagnóstico radiográfico solo en casos en donde el borde superior del quiste se encuentre sobre la superficie de la encla. (43)

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

La pared quística está compuesta de tejido fibroso forrado por una capa de epitelio de tipo embrionario, pueden existir células inflamatorias. Representa una acumulación de líquido hístico o sangre en un espacio folicular dilatado alrededor de la corona de un diente en erupción. (28)

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

Un pequeño corte del quiste suele ser el tratamiento adecuado y permite a la erupción del diente -- subyacente. El pronóstico es favorable. (13, 22)

CAPITULO VI

QUISTE LATERAL PERIODONTAL

SINONIMOS:

PARODONTAL: (27)

DEFINICION Y ETIOLOGIA:

Es un quiste raro, se localiza lateral a la raíz del diente. Se piensa que este quiste nace directamente en el ligamento parodontal de restos de Malassez. Aparece en dientes vitales, no tiene predilección de sexo o edad, aunque es más frecuente en adultos. (14, 37)

CARACTERISTICAS CLINICAS:

La mayoría de estos quistes no presentan signos ni síntomas, solo en ocasiones se puede observar en la cara vestibular del diente una masa pequeña, pero la mucosa suprayacente es normal, si el quiste llega a infectarse puede aparecer un absceso periodontal. Por lo general el quiste se -- descubre cuando se realiza un estudio radiográfico de rutina. Se presenta mayormente en caninos y premolares inferiores. (38, 41)

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Se observa una zona radiolúcida en oposición de la superficie lateral de la raíz del diente y la ausencia de hueso compacto, la lesión se ve rodeada de hueso esclerótico. Su tamaño es pequeño y sólo puede llegar a medir un centímetro de diámetro. (43)

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

La pared del quiste está compuesta por una capa de epitelio escamoso estratificado, tejido conjuntivo fibroso. El epitelio puede ser delgado y no denotar signos de proliferación, en ocasiones, el epitelio tiene un aspecto en el cual las células individuales tienen citoplasma claro y núcleo pequeño. (40, 21)

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

Este quiste se eliminará por medio de la enucleación, tratando de no sacrificar el diente afectado, en caso de no ser posible se efectuará la extracción de éste. (16)

CAPITULO VII

QUISTE RESIDUAL

DEFINICION Y ETIOLOGIA:

Se le da el nombre de quiste residual a aquel que debe su origen a la presencia de un quiste anterior en la extracción de un diente afectado.

Podría tratarse, también de un granuloma residual que contiene epitelio, y que luego crece formando un quiste. (46)

CARACTERISTICAS CLINICAS:

No presenta este quiste ningún síntoma, sólo que lo afecte alguna infección que pueda provocar edema de la mucosa y en casos raros aumenta su volumen por lo cual va a debilitar el hueso adyacente, dado que puede presentarse crepitación. Si continúa lo llsis ósea llega a involucrar a tejidos -- blandos. (24)

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Se observa una zona radiolúcida circunscrita o difusa en el lugar de la extracción dental o después de haber realizado el curetaje de un quiste anterior. (37, 43)

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

La pared del quiste se encuentra formada por tejido conjuntivo fibroso denso, moderadamente vascular variando en grosor de un caso a otro, existe infiltración de elementos inflamatorios crónicos, caracterizado por acumulación de linfocitos y -- plasmocitos, pueden encontrarse así mismo células gigantes y cristales de colesterol, así como cuerpos hialinos de Rushton. (41, 29)

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

Extirpación quirúrgica respetando los dientes vecinos y eliminando los involucrados en el proceso quístico, se puede intentar la marsupialización. Su pronóstico es favorable. (32, 16)

CAPITULO VIII

QUISTE DEL CONDUCTO NASOPALATINO

SINONIMOS:

QUISTE DEL CONDUCTO INCISIVO, MAXILAR ANTERIOR -
MEDIO, DEL CANAL INCISIVO, DE LA PAPILA PALATINA
PALATINO ANTERIOR, DEL DESARROLLO: (27,24,34,42)

DEFINICION Y ETIOLOGIA:

Este tipo de quiste engloba el de la papila palatina y del conducto incisivo. Surge de los restos epiteliales de los conductos nasopalatinos; - puesto que el conducto incisivo se ubica bien alto en el proceso maxilar y el de la papila esta en su abertura hacia la cavidad bucal.

Una infección o traumatismo pueden ser factores primarios en la formación de estos quistes. Esa reacción estimula el crecimiento de los restos epiteliales, de modo que a medida que se destruye el hueso se forma una cavidad tapizada por epitelio. (7, 23)

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Puede permanecer asintomático durante años. En ocasiones, el paciente se queja de sabor salino, causado por la apertura de orificios diminutos -- que se vierten a la papila palatina, los cuales - pueden llegar a infectarse.

El quiste se presenta debajo de la papila, como una hinchazón redondeada fluctuante que puede -- presentarse como un abultamiento. En general no presenta síntomas pero ocasionalmente un paciente se queja de dolor en la parte anterior del paladar irradiándose hacia los costados de la nariz. (19, 35)

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Aparece en la radiografía como una zona radiolúcida rodeada por un borde cortical bien definido. Cuando es pequeño suele ser circular, pero al aumentar de tamaño su forma se torna irregular, casi siempre es bilateral redondeado en forma de corazón situado en la línea media. Muchas veces el quiste cubre la radiografía los ápices de los incisivos centrales, de modo que es posible confundirlo con un quiste radicular. (43, 44)

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

La pared del quiste es de tejido conjuntivo fibroso y de un espesor variable, este epitelio varía de acuerdo a la cercanía de las fosas nasales o cavidad bucal, cuando se encuentra cerca de fosas nasales, existe epitelio columnar o ciliado de tipo respiratorio, y cuando está cerca de la cavidad bucal, es epitelio escamoso. (38)

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

Extirpación quirúrgica en especial si el quiste se infecta y se establece un drenaje. Su recidiva no es frecuente, su pronóstico es favorable. (13)

CAPITULO IX

RETENCION DE LA MUCOSA

SINONIMOS:

QUISTE DE RETENCION DE LA MUCOSA, QUISTOCELE
(HERBERT HARNISCH) [42, 27, 34]

DEFINICION Y ETIOLOGIA:

Es una lesión que se produce por la obstrucción de los conductos excretorios de las glándulas salivares.

Se presenta en general donde existen glándulas mucosas, como por ejemplo: labios, paladar, piso de la boca, lengua y región retromolar.

Los mucocelos aparecen después de operaciones -- efectuadas en senos maxilares o como secuela de traumatismos. [8, 16]

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Se presenta como pequeñas tumefacciones brillantes y elevadas de un tinte blanco azulado, su ruptura libera un líquido espeso y a veces pus.

Cuando se encuentran situadas profundamente son - fácilmente palpables, existe aumento de volumen - y son ligeramente móviles. Su tamaño varía de 4 a 5 cm.; aparecen con mayor frecuencia en labio y - carrillos. A menudo se rompen, cicatrizan y vuelven a romperse cuando se llenan otra vez de moco. En ocasiones existe cefalea, dolores neuralgiformes y presión sorda de la cabeza. [31]

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

No presentan características radiográficas ya que se encuentran en tejidos blandos, se diagnostica

por medio de las características clínicas.
(31, 43)

CARACTERISTICAS HISTOPATOLÓGICAS:

Contiene una pared de tejido conjuntivo fibroso - el revestimiento interior puede faltar o ser de epitelio escamoso, el moco puede infiltrarse en la pared y causar una reacción infiltratoria, este puede entremezclarse con células descamadas, - leucocitos y en ocasiones eritrocitos. (11, 32, - 43).

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

Extirpación quirúrgica completa del quiste con la glándula afectada, con precaución de no lesionar las glándulas y tejidos vecinos. (33, 37)

El pronóstico es incierto porque puede haber residuas a menos que se extirpen los acinos glandulares.

CAPITULO X

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES

Después de haber realizado un estudio de la etiología, desarrollo y manifestaciones clínicas, radiográficas e histológicas de los quistes maxilares de origen odontogénico y no odontogénico, debemos enfocar nuestro estudio al tratamiento de los mismos.

De tal manera debemos tomar en cuenta que pueden darse técnicas adecuadas para la eliminación de los quistes.

Así pues iniciaremos indicando las técnicas y métodos más usuales.

Debemos mencionar que la aplicación de una adecuada técnica de anestesia es la base para una correcta intervención quirúrgica en cualquier tratamiento.

MARSUPIALIZATION O PARTSCH I

INDICACIONES:

Esta técnica se encuentra indicada cuando el quiste es muy grande y no puede esperar a que se efectúe la curación vía coágulo, - después de la extirpación del quiste.

En quistes de tamaño medio en los cuales la extirpación provocaría trastornos de hueso (hemorragias, fracturas, apertura de seno maxilar) etc.

Cuando al extirpar la bolsa quística peligran dientes vecinos. Muchas veces el quiste radicular llega muy cerca del ápice del -- diente vecino de modo que existe el peligro al remover la bolsa que se lesione el paquete vascular de estos dientes.

En pacientes desdentados el quiste con su cavidad puede servir por lo menos pasajeramente para sostener una prótesis, (se agrega un obturador a la prótesis), ésta debe acortarse de tiempo en tiempo, a medida que se aplana la cavidad perdiéndose así paulatinamente aquél anclaje accesorio.

(3, 13, 16, 22, 33, 37, 42)

VENTAJAS:

1. Ejecución sencilla.
2. Amplia visión del campo operatorio.
3. El epitelio cubre la superficie ósea.
4. La probabilidad de infección disminuye ya que se conserva la bolsa quística.

DESVENTAJAS:

1. El epitelio quístico es un elemento patológico que debe ser eliminado ya que puede sufrir transformaciones adamantinas o tumorales, o recurrir en un nuevo quiste.
2. La membrana quística presenta degeneración.
3. Es una propensión de acumulación de alimentos y líquidos bucales que pueden sufrir putrefacción.

PRINCIPIO DE LA OPERACIÓN:

La técnica Partsch I o quistotomía, consiste esencialmente en transformar el quiste en un nicho de la cavidad bucal conservando parte de la membrana quística, ya que - por ser un epitelio en poco tiempo adquiere las características de la membrana bucal.

Para el tratamiento del diente causante existen dos caminos: El tratamiento radicular y la apicectomía, o su extracción.

Debido a la amplia comunicación hacia la cavidad bucal, el epitelio quístico pasa a ser epitelio de la cavidad bucal.

Una vez terminada la operación sólo quedan en las zonas marginales de la cavidad, un borde de herida el cual en poco tiempo establece una unión del epitelio quístico - con el epitelio bucal.

TIEMPOS DE LA OPERACION:

Después de preparar la zona con anestesia local se procede a efectuar la operación.

INCISION:

La incisión debe trazarse siguiendo los límites de proyección del quiste sobre la cara vestibular. La incisión debe ser tal que permita una buena visibilidad y amplio campo operatorio. - Puede seleccionarse entre las técnicas de Partsch Wassmund o Neumann.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:

El desprendimiento se realiza con una legna o espátula roma; el colgajo se desprende hasta -- los límites superiores del quiste. En caso de existir destrucción ósea, se extenderá el colgajo hasta encontrar hueso sano.

OSTEOTOMIA:

Esta se puede realizar con diferentes instrumentos, los cuales se usarán dependiendo del estado que presenta el hueso.

Se elimina la tapa ósea hasta descubrir completamente el quiste; el cual se toma con una pinza y con un bisturí se abre ampliamente vaciando su contenido. Una vez eliminado el contenido líquido completamente se lava su interior -- con suero fisiológico, el cual es una solución

isotónica para no producir lesiones en el epitelio quístico; posteriormente se sutura el tejido gingival a la periferia de la bolsa quística de esta manera se mantiene abierta durante el posoperatorio, primero por taponamiento y luego mediante un obturador.

ENUCLEATION O PARTSCH II

INDICACIONES:

Esta técnica se encuentra indicada cuando el quiste es grande y existe gran destrucción ósea. En este caso para evitar complicaciones se efectúa una fenestración; ya que posteriormente en una segunda operación se procederá a enuclear el quiste según Partsch II.

Está indicada en la extirpación de quistes dentígeros y radiculares desde 3 cm. de diámetro. (3, 13, 16, 22, 33, 37, 42)

CONTRAINDICACIONES:

Se encuentra contraindicada en el caso de quistes supurados y que exista peligro de infección del coágulo al realizar la operación Partsch II.

PRINCIPIO DE LA OPERACION

En esta técnica la bolsa quística es desprendida totalmente de hueso, posteriormente se enuclea el quiste con lo cual la cavidad queda desalojada para así iniciarse el mecanismo de relleno; el cual puede llevarse a cabo de dos formas, según la derivación de la técnica:

1. Método Partsch II con sutura
2. Método Partsch II sin sutura

En la técnica P. II con sutura existe la formación de -- coágulo del cual va a depender la osificación.

En la técnica P. II sin sutura se obtura la cavidad con distintos materiales; y así lentamente la cavidad se tapiza de epitelio y por un mecanismo análogo a Partsch I se aplana el quiste y se efectúa la regeneración.

TIEMPOS DE LA OPERACION

PARTSCH II CON SUTURA (16)

Después de preparar la zona con anestesia local se procede a efectuar la operación.

INCISION:

Se efectúa en la región vestibular delimitando una zona mayor al proceso llegando a la altura de los ápices, y en profundidad llegando al -- hueso.

Se tendrá cuidado en no lesionar la membrana - quística con el bisturí en caso de que el tejido óseo se encuentre muy adelgazado y papiráceo.

Se puede seleccionar entre insición de Wassmund Partsch y Neumann.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:

El desprendimiento del colgajo se realiza con - una legra o espátula de bordes romos, debe abarcarse el límite mayor de la extensión del quiste con el fin de lograr un acceso adecuado y - una visión clara.

En caso de que exista destrucción ósea, el colgajo se extenderá hasta encontrar hueso sano.

TREPANACION OSEA:

Se efectúa la osteotomía eliminando hueso en la tabla externa, formando una ventana que llegue a sobrepasar los límites quísticos.

Cuando la tabla externa ha desaparecido sólo se agranda la ventana ósea.

ENUCLEACION:

Una vez que queda descubierta la bolsa quística procedemos a vaciarla antes de efectuar su enucleación, con el fin de disminuir el tamaño de la bolsa se punciona y se succiona su contenido con una jeringa.

Va eliminado el contenido líquido del quiste se procede a cortar una porción de la membrana -- quística. Posteriormente se elimina totalmente la membrana, iniciando el desprendimiento en -- los límites superiores y después en los inferiores.

En quistes supurados se hace un raspado de la - cavidad ósea, y se lava la cavidad.

El diente afectado debe ser eliminado o bien - realizar la apicectomía.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD:

Se produce un sangrado raspando las partes blandas de la cavidad, con el fin de formar un coágulo que estimule la cicatrización. Ya formado el coágulo se procede al adosamiento del colgajo y la sutura.

PARTSCH II (SIN SUTURA) (16)

Los pasos a seguir hasta la enucleación son los mismos - que en el anterior.

Terminada la enucleación y alisado de los bordes óseos, se lava la cavidad con suero fisiológico y agua oxigenada.

El colgajo se introduce en la cavidad ósea y se colocan gasas de obturación, las cuales estarán yodoformadas con el fin de evitar hemorragias posoperatorias.

Se deben de cambiar las gasas frecuentemente aunque esta maniobra resulta dolorosa y produce hemorragias, Estas - disminuirán en 8 o 10 días.

ANTROQUISTECTOMIA (16)

Se efectúa en grandes quistes que se han desarrollado en el costado del maxilar superior hacia el seno maxilar, tratando de transformarla en cavidad accesoria.

Se une la cavidad quística con la cavidad del seno maxilar y se prepara una ventana en el meato nasal inferior.

INCISIÓN:

La extensión de la incisión debe hacerse hacia mesial y hacia distal en el surco vestibular. En mesial la incisión debe llegar hasta el frenillo labial.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:

El colgajo ahora es empujado hacia arriba. Encima del quiste en caso de que exista destrucción de hueso, el colgajo es preparado en forma roma filosa para separarlo de la bolsa quística.

Hacia mesial y distal del quiste se expone el hueso sano. Se desaloja el quiste, y posteriormente examinamos el seno maxilar si ésta presenta una mucosa pálida y lisa se deja intacta.

Partes delgadas de hueso o bordes filosos son eliminados. Para asegurar el drenaje de la secreción se hace una ventana en el meato nasal.

DISCUSION O RESULTADOS

y

CONCLUSIONES

DISCUSION O RESULTADOS

Después de haber obtenido los datos suficientes en material clínico y bibliográfico sobre etiología, patogénesis y tratamiento de los quistes que afectan con mayor frecuencia al aparato estomatognático, encontramos que el quiste como entidad patológica se desarrolla ante la presencia de factores intrínsecos y extrínsecos; como pueden ser las infecciones cariosas, alteraciones embriónicas y traumatismos.

La frecuencia y desarrollo del quiste va a depender de la detección temprana de éste, por parte del profesional y paciente. Lo cual lleva al diagnóstico diferencial y tratamiento adecuado para cada caso.

Una vez que se ha llevado al paciente a una completa salud bucal, éste podrá desempeñar sus funciones estomatognáticas completas, lo cual repercutirá en todas sus funciones orgánicas, dando como resultado una integración total del individuo al medio ambiente.

CONCLUSIONES

Después de efectuada la revisión antes mencionada, llegamos a la conclusión de que el quiste se presenta como consecuencia de la interacción de factores locales generales y hereditarios que estimulan el desarrollo de -- esta patología.

Así encontramos que el quiste presenta características clínicas, radiográficas e histopatológicas determinadas que llevan a la diferenciación de este con otro tipo de patologías bucales, dando así los pasos a seguir para - la realización de un tratamiento adecuado y un pronóstico favorable al paciente, y a una integridad funcional.

BIBLIOGRAFIA

1. Amer, Ayoub
Dentigerous Cysts
Diagnosis and Surgical management, J.A.D.A., 1964
68:27-30
2. Archer, Harry
Cirugía Bucal
Editorial Mundl, S.A.I.C. y F., TOMO I y II, 1978
3. Bernier, Joseph L.
Enfermedades orales Tratamiento
Bibliográfica Omeba, 1959
4. Bhaskar, S.N.
Patología Bucal
Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argentina, 1971
5. Bhaskar, S.N.
Roentgenographic interpretation and management of apical
lesions
J. Tenn State Dent Assoc., Jan. 1973
53 (1) 19-25
6. Colyer, J.F.
Dental Surgery Pathology
London Butterworth, 9th. Edition, 1953
7. Clinicas Odontológicas de Norteamérica
Tumores de las Regiones Bucales
Editorial Mundl, 7ma. Edición, Buenos Aires, Vol. 3

8. Cooley, Robert L.
Col. an unusual mucocoele: a case report
Quintessence Int., March 1978
9:9-11
9. Davis,
Extravasation cyst diagnostic curement a treatment
Oral Surgery 1979
47 (1) 2-7
10. Friedlander, Arthur H.
Respiratory epithelium within a mandibular dentigerous
cyst.
Journal Oral Surgery, Dec. 1978
Vol. 36:975-976
11. Gesuite, J.L.
Mucocoelet's epithelial covering and etiopathogenesis
Asociación Odontológica Argentina, Marzo 1972
60 (3) 112-113
12. Giunta, John
Patología Bucal
Editorial Interamericana, 1978
Traducido al español por Dra. Marina Beatriz G.
13. Guralnick, Walter C.
Tratado de Cirugía Oral
Salvat, Editores, Barcelona España 1971

14. Glickman, Irving
Periodontología Clínica
Editorial Interamericana 4ta. Edición 1974
15. Hansasuta C.
Ameloblastoma developing from a dentigerous cyst
J. Dental Assoc. Sep-Oct. 1972
Thai 22 (5) 189-190
16. Harniseh, Herbert
Clínica Terapéutica de los quistes Maxilares
Buch-und Zeitschriften-verlag "Die Quintessenz", Berlin
y Chicago, 1973
Traducida por el Dr. Bernardo Schwarcz
17. Harrison, T.R.
Medicina Interna
Prensa Médica Mexicana, 3ra. Edición 1970
18. Herrman, G.
Tratado de Anatomía Patológica.
Salvat Editores S.A., Barcelona Buenos Aires, 1942
19. Howell, A.L.
Nasopalatine Cysts., Oral Surg., Oral Med and Oral Path,
1963, 3:306-332
20. Hutchinson, A.E.
Diagnóstico Radiológico Dental y Bucal
Editorial Mundt, S.R.L., 1954

21. Krofeld, Rudolf
Histopatology of the teeth and their surrounding structures. M. D., 1933.
22. Kruger, Gustavo
Círugla Bucal
Editorial Interamericana. S. A., 1960
Traducido al español por Dr. Rafael Lozano.
23. Mayrhofer, B.
Enfermedades de la Dentadura y padecimientos odontógenos de la boca y mandíbula.
Editorial M. Martín. 1935.
24. Meyer, Wilhelm
Tratado general de Odontoestomatología
Editorial Alambra S.A., TOMO I, 1958
25. Nori, Masahiko
Calcifying epithelial odontogenic tumor: Histochemical properties of homogeneous acellular substances - in the tumor
J. Oral Surgery, Vol. 35, August 1977
p.p. 631 - 638
26. Mosby, Co.
Synopsis of Oral Pathology, St. Louis, 1961
27. Organización Mundial de la Salud
Tumores y Quistes de los Maxilares, Vol. V, 1975
28. Rindbord, J.J.
I.R. Histological Typing of odontogenic tumors, jaws cysts and allied lesions.
Génova, WHO., 1971

29. Pindborg, J.J.
Histological Classification of odontogenic tumors, jaw cysts. And allied lesions.
Génova, WHO., 1971
30. Progel, M.
Bilateral solitary bone cysts: report of case.
J. Oral Surgery, Vol. 36., Jan 1978, p.p. 55-58
31. Regezi, Joseph A.
Odontogenic tumors analysis of 706 cases
J. Oral Surgery, Vol. 36, Oct. 1978, p.p. 771-778
32. Reynolds, D.H.
Pathogenesis of mucole or "retention cyst"
J.D. Res., 1960, 39:667
33. Ries, Centeno G.
Cirugía Bucal con Patología Clínica y Terapéutica
Editorial El Ateneo, 7ma. Edición, 1978
34. Robbins, Stanley L.
Tratado de Patología
Editorial Interamericana, 3ra. Edición 1973
35. Robinson, H.
Cysts of oral cavity
W.H. Manual of oral surgery, Philadelphia, ed. 2, 1956
p.p. 278
36. Rushton, M.
A solitary bone cysts in the mandible. Dent J.,
July 1946, 81:37
37. Sánchez Sotres
Quistes de la cavidad bucal y sus anexos (TESIS)
México, D.F., 1964

38. School of the National Naval Medical Center
Bethesda Maryland
Color Atlas of Oral Pathology U.S.A. NAVAL
39. Schenider, L.C.
Incidence of epithelial Atypia in radicular cysts:
a preliminary investigation.
J. Oral Surgery, Vol. 35, May. 1977, p.p. 370-72
40. Seeliger, Joachim E.
The calcifying odontogenic cyst: Report of case
Oral Surgery, Vol. 36, June 1979
41. Seward, G.R.
Cysts of the jaws
Dent. J., Sept. 17, 1963, p.p. 115-229
42. Shafer, William G.
Tratado de patologia Bucal
Editorial Interamericana, 3ra. Ed. 1977
43. Stafne, Eduard C.
Oral Retgenographic diagnosis
W.B. Saunders Company, Philadelphia and London.
44. Subodh, D.
Median Mandibular Cyst.
J. Oral Surgery, Vol. 37, June 79, p.p. 442-425
45. Szerlip, Leonar; Displaced, Thirle molar with
dentigerous cyst an unusual case
J. Oral Surgery, Vol. 36, July 1978

46. Thoma, Guralin R.
Patología Oral
Editorial Salvat, Edición 1973
47. Tiecke, Stuteville
Fisiopatología Bucal
Editorial Interamericana, 1960
- .