

890422

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



QUISTES FISURALES Y SEUDOQUISTES
DE LOS MAXILARES

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

MARGARITA DE JESUS DEL TORO MORENO

ASESOR: DRA. MARGARITA GOMAR FRANCO

GUADALAJARA, JAL., 1988

FALLA DE CRIGEN



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.

" QUISTES FISURALES Y SEUDOQUISTES DE LOS MAXILARES "

I N D I C E

	Pág.
Introducción.....	1
CAPITULO I	
Generalidades.....	3
a) Definición.....	3
b) Clasificación.....	5
c) Teoría de la formación del quiste.....	10
CAPITULO II	
Quistes Fisurales.....	12
a) Alveolar medio.....	12
b) Mandibular medio.....	14
c) Palatino medio.....	16
d) Globulomaxilar.....	17
e) Nasopalatino.....	20
f) Nasoalveolar.....	23
CAPITULO III	
Pseudoquistes de los Maxilares.....	26
a) Quiste óseo solitario.....	26
b) Quiste óseo aneurismático.....	30

	Pág.
c) Cavidad ósea ideopática de Stafne.....	33
d) Enucleación	36
e) Marsupialización.....	37
Conclusiones.....	39

Bibliografía.

I N T R O D U C C I O N .

Es importante para el clínico tener un conocimiento práctico de los básicos principios de la clasificación de las lesiones quísticas en la cavidad oral.

Los quistes de las regiones bucales pueden originarse en cualquiera de los tejidos blandos o duros en la región de la boca, pero se observan con mayor frecuencia, dentro de la maxila o de la mandíbula y pueden tener varios orígenes.

La aspiración de un quiste sospechoso puede ser una ayuda diagnóstica valiosa, especialmente cuando existe la duda acerca de la naturaleza de la lesión, después del examen clínico y radiológico cuidadoso.

No es posible estar seguros de la naturaleza benigna de una lesión quística, no por el quiste en si, si no por que el epitelio quístico puede tener transformaciones malignas.

El tratamiento de los quistes de la cavidad bucal es predominantemente quirúrgico.

A pesar de que son relativamente raras, pueden ocurrir fracturas patológicas o espontáneas como resultado de la formación quística.

Independientemente del método empleado para el tratamiento es - -

esencial establecer la rutina pre y postoperatoria de las pruebas de vitalidad de los dientes involucrados con el quiste.

C A P I T U L O I

GENERALIDADES

A. DEFINICION.

Los quistes no odontogénicos de la cavidad oral reciben este nombre, porque no se originan a partir de la lámina dentaria o sus derivados y pueden ser benignos o pueden tener transformación maligna. - -
(p.p.2)

Se originan de los remanentes del epitelio que cubre los procesos faciales en desarrollo durante el periodo embrionario de cara y maxilar originado de los restos epiteliales atrapados en las líneas de cierre de los procesos faciales, dando origen a un quiste.

Por su localización en la región anterior, estos quistes fisurales, de acuerdo con las fisuras en relación a las cuales se originan, así se les denomina. (p.p.4)

QUISTE

El quiste es una cavidad anormal que se presenta en tejidos blandos o duros con un contenido líquido, semilíquido o gaseoso. Está rodeado por una pared de tejido conectivo o cápsula y suele tener revestimiento epitelial. (p.p.6)

Generalmente en forma esférica, uniformes y consistentes en sus ca
racterísticas histológicas y se caracteriza por su revestimiento epitel
lial.

Su desarrollo es lento, puede desplazar el diente, o elementos ana
tómicos, puede haber expansión pero no perfora la lámina cortical.

Se observa con más frecuencia dentro de la maxila o la mandíbula.

Radiográficamente se puede observar una zona radiolúcida rodeado -
de un halo radiopaco, y es muy importante la toma de radiografías ya -
que se identifican por medio de las radiografías de rutina.

Son asintomáticos a menos que se infecten, y se indica la intervenu
ción quirúrgica. (p.p.3)

SIGNOS RADIOGRAFICOS DEL QUISTE

TONO RADIOLUCIDO ----- Contenido líquido o semilíquido,
que esto varía de acuerdo al es-
pesor óseo, que rodea el quiste.

INTERIOR HOMOGENEO----- Conviene estar advertido que es-
tructuras anatómicas situadas -
por detrás o delante del quiste-
pueden quitar homogeneidad.

FORMA CIRCULAR ----- Radioproyección de la forma esfé

rica.

LIMITES NITIDOS ----- Crecimiento lento.

ZONA LIMITIFORME----- Predominio expansión, los dientes vecinos del quiste generalmente muestran desplazamiento, malposición que radiográficamente aparecen intactos nunca deben eliminarse pueden volver a recuperar su posición original al tratarse quirúrgicamente.

B. CLASIFICACION.

I. QUISTES INTRAOSEOS

- A) Odontogénicos
- B) No odontogénicos
- C) Quistes óseos no epiteliales.

II. QUISTES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

- A) Salival
- B) Gingival
- C) Dermoide
- D) Branquial
- E) Tirogloso

F) Nasolabial (p.p.4 y 9)

I. QUISTES INTRAÓSEOS

A) ODONTOGENICOS.- Vienen del epitelio formador del esmalte o -
de la lámina dental.

1. Apical

- a) Radicular
- b) Residual
- c) Periodontal lateral

2. Follicular (dentífero) es el más común.

3. Primordial

4. Laminar (Queratoquiste odontogénico)

B) NO ODONTOGENICOS.- También provienen del epitelio, pero atra
pado en el crecimiento de los maxilares.

I. Fisurales

- a) Alveolar medio
- b) Mandibular medio
- c) Palatino medio
- d) Globulomaxilar

2. Vestigial

- a) Nasopalatino

C) PSEUDOQUISTES.- Son cavidades no revestidas de epitelio ni llenas de líquido.

También conocidos como "Quistes óseos no epiteliales".

1. Quiste óseo solitario
2. Quiste óseo aneurismático
3. Cavidad ósea ideopática de Stafne.

II. QUISTES DE LOS TEJIDOS BLANDOS.- Proviene de la región bucal independientemente de tejidos dentarios, y pueden presentarse en la cavidad bucal, en la cara y cuello. Por eso también se les da el nombre de quistes congénitos del desarrollo que pueden ocurrir a lo largo del trayecto embrionario de tejido epitelial, son raros encontrarlos. (p.p. 4, 6 y 9)

- A. Salival
- B. Gingival
- C. Dermoide
- D. Branquial
- E. Tirogloso
- F. Nasolabial. (p.p. 4 y 9)

CLASIFICACION RADIOGRAFICA

POR SU ETIOLOGIA:

Foliculares.- Relacionado con dientes que no han hecho erupción.

Son: Primordial

Multiloculares

Dentígeros - Central - erupcionales

Laterales

Odontomáticos - Complejo

Compuesto

Marginales - Coronales.- Relacionado a dientes incompletamente erupcionados.

Son: Anteriores

Posteriores

Inflamatorios - Radiculares.- Relacionados a dientes con pulpa necrótica o tratados.

Son: Apicales

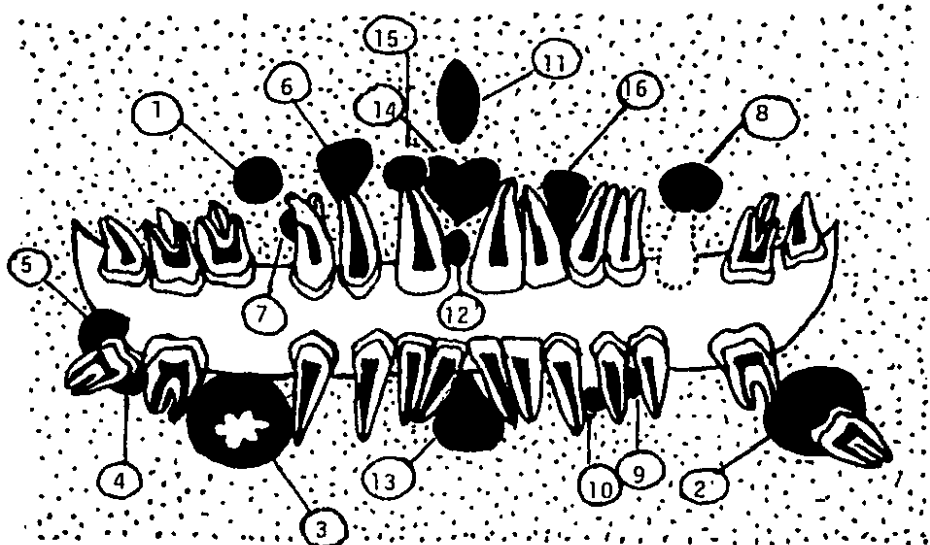
Latero - radiculares.

Residuales.

Periodónticos o parodontales del desarrollo.- Relacionado a dientes con vitalidad o no.

Son: Perialveolares

Gingival.



Diagramatización sobre topografía (óseo dentaria) de quistes maxilares: 1) Primordial, 2) Dentígero, 3) Odontomático, 4) y 5) Marginales - coronarios anterior y posterior, 6) y 7) Inflamatorios apical y latero - radicular, 8) Residual, 9) y 10) Perialveolares (parodontal y gingival), 11) 12) y 13) Medios (palatino, alveolar y mandibular), 14) y 15) Nasopalatinos (central y lateral), 16) Glóbulo maxilar.

POR SU TOPOGRAFIA:

Gingivales

Fisurales: Medios - Maxilares - Alveolares
Palatinos

Mandibulares

Nasopalatinos - Centrales

Laterales

Globulomaxilares.

C. TEORIA DE LA FORMACION DEL QUISTE.

El mecanismo de la formación de un quiste produce los siguientes cambios: El epitelio de la zona prolifera y por proliferación continua constituyendo una gran masa de células. Este epitelio carece de vasos sanguíneos propios; por consiguiente, la irrigación proviene del tejido conectivo circundante, las células centrales de la masa epitelial, degeneran y forman una pequeña cavidad revestida de epitelio, es el comienzo del quiste, a partir de este momento, la cavidad quística amenta de tamaño.

Las células epiteliales se vierten en su interior, como estas células están constituidas por sustancia proteica, la presión osmótica intraquística aumenta y llega a ser mayor en los líquidos tisulares y el

líquido de edema poco a poco ingresa en la cavidad.

Esto a su vez, comprime el tejido y el hueso vecino. El hueso se reabsorbe, destruye el hueso y de este modo agranda el defecto óseo.

Finalmente, interviene en el crecimiento de los quistes, lo que podría llamarse "secuestro" de la pared de tejido conectivo de la pared del quiste y se incorpora en la cavidad quística. (p.p. 1).

C A P I T U L O I I

QUISTES FISURALES

Los quistes fisurales se originan de los remanentes del epitelio que cubre los procesos faciales en desarrollo durante el periodo embrionario. Se han postulado ya diversos factores estos incluyen los restos epiteliales atrapados en las líneas de cierre de los procesos maxilares. (p.p. 9)

A) QUISTE ALVEOLAR MEDIO

Incidencia.- Este quiste es relativamente raro, sin embargo es más común en la maxila que en la mandíbula. Por lo regular se localiza en la línea media de la maxila en seguida hacia el lado lingual por arriba de los ápices de los dientes incisivos centrales. (p.p. 1,4 y 9)

La edad más común es en la adulta, en ambos sexos. (p.p. 1) Son de tamaño reducido y forma elíptica a causa de la resistencia que ofrecen las raíces dentarias a la expansión del quiste.

Etiología.- Se origina ya sea de las estructuras epiteliales vestigiales o de los restos epiteliales de la embriogénesis que permanece en la línea de cierre. (p.p. 9)

Características.- El quiste alveolar medio es con frecuencia asin-

tomático, hasta que la acentuada inflamación causa expansión del hueso o se infecta en un segundo lugar. (p.p. 9)

Clínicamente.- Se presenta como una tumefacción sólida en la línea media del paladar la mucosa puede ser pálida o blanqueada, pero siempre está intacta. No hay ulceración. La lesión es indolora pero puede causar molestias durante la masticación o fonación. Los dientes remanentes permanecen vitales. (p.p. 1)

Características histológicas.- Es un quiste revestido de epitelio escamoso estratificado o respiratorio, columnar ciliado o pseudoestratificado puede observarse ambos tipos de epitelio.

La cavidad quística contiene restos celulares líquido o queratina.

El tejido conectivo periepitelial puede mostrar una leve infiltración linfocítica y plasmótica. (p.p. 1, 9)

Características radiográficas.- Se presenta como una zona radiolúcida, solitaria, circunscrita en la parte anterior de la línea media del paladar. (p.p. 1)

El límite inferior de estos quistes resulta imperceptible.

Pronóstico.- Es excelente. (p.p. 4)

Tratamiento.- Enucleación del quiste sin alterar los dientes del área.

B) QUISTE MANDIBULAR MEDIO

Incidencia.- Es una lesión extremadamente rara, que se produce en la línea media de la mandíbula, su origen es discutido, algunos autores consideran que es una anomalía del desarrollo que se origina por la proliferación de los restos epiteliales atrapados en la fisura mandibular media durante la fusión de los arcos mandibulares bilaterales.

Sin embargo reciben el nombre de quistes mandibulares medianos. Como no se comprueba epitelio fisural en esta zona, tales lesiones se denominan erróneamente "fisurales", en realidad representan quistes primordiales que se originan a partir de un germen dentario accesorio. (p.p. 1, 8)

Se origina también de la zona de la sínfisis. (p.p. 9)

Etiología.- El epitelio al proliferar forma el quiste la inflamación y el traumatismo pueden considerarse como factores en el desarrollo de esta lesión. (p.p. 9)

El quiste mandibular mediano se localiza en los ápices de los dientes incisivos centrales inferiores. Los quistes son ovales, redondos, irregulares, los dientes adyacentes son vitales.

Características clínicas.- La mayoría de los quistes medios mandibulares del desarrollo son asintomáticos y se descubren únicamente durante el examen radiográfico de rutina. Pocas veces producen la expan-

si3n perceptible de las l3minas 3seas corticales. (p.p. 8)

Es relativamente peque1o de uno a tres cent3metros de tama1o, puede haber un abultamiento apreciable en el surco labial.

A pesar de que parece involucrar los 3pices de los dientes adyacentes que pueden estar en estrecha relaci3n con la inducci3n qu3stica, la l3mina dura, permanece intacta. (p.p. 9)

Reaccionan normalmente los dientes a las pruebas de vitalidad pulpar.

Caracter3sticas histol3gicas.- El revestimiento est3 formado por epitelio escamoso estratificado. La pared est3 incluida en tejido conectivo fibroso, el cual generalmente demuestra nula la respuesta inflamatoria.

Puede estar revestido de epitelio columnar ciliado pseudoestratificado. (p.p. 8 y 9)

Caracter3sticas radiogr3ficas.- El aspecto radiogr3fico es el de una imagen radiol3cida unilocular, bien delimitada, aunque tambi3n puede ser multilocular. (p.p. 8)

Su localizaci3n en la l3nea media y en zona limitiforme el predominio de la expansi3n se manifiesta rechazando todos los dientes vecinos que figura un abanico, la cual ya se explic3 que una vez tratado mec3nicamente

nicamente el quiste, vuelve a su estado original los dientes. (p.p.4)

Tratamiento y pronóstico.- Son pocos los casos para estar seguros del pronóstico, en cuanto al tratamiento es la enucleación cuidadosa - sin involucrar los ápices de los incisivos. Los dientes que tienen divergencia gradualmente mejoran su posición.

C) QUISTE PALATINO MEDIO.

O quiste palatino posterior medio.

Incidencia.- Este quiste es raro y ocurre principalmente en adultos de ambos sexos en la línea media del proceso alveolar de la maxila o en la línea media del paladar duro, entre los procesos palatinos laterales.

Generalmente se presenta en la fosa incisiva y el borde posterior del paladar duro. (p.p. 1, 8 y 9)

Un quiste nasopalatino grande puede confundirse con el quiste palatino posterior. (p.p. 5)

Etiología.- Deriva de los epitelios atrapados en la línea de fusión entre los procesos palatinos del maxilar y es probablemente el resultado de la inflamación o traumatismo. (p.p. 1 y 9)

Características clínicas.- No hay evidencia clínica a menos que

llegue a tener gran tamaño y causar expansión del hueso circundante con abultamiento palpable.

Está bien definido de contrario ovoide y esencialmente parece el mismo que el quiste alveolar medio. Asintomático o produce tumefacción. (p.p. 1 y 9)

Características histológicas.- El quiste está revestido de epitelio escamoso estratificado o respiratorio o columnar ciliado. Puede haber cierto grado de infiltración inflamatoria crónica en el tejido conectivo subepitelial. (p.p. 1 y 9)

Características radiográficas.- En la radiografía oclusal se ve una zona radiolúcida bien circunscrita en la línea media del paladar frente al sector de premolares y molares, frecuentemente bordeada de una capa de hueso esclerótico. (p.p. 8)

Pronóstico y tratamiento.- El pronóstico es favorable el tratamiento como el de la mayoría de los quistes fisurales, consiste en la eliminación quirúrgica y cureteado minucioso, enucleación. (p.p. 1, 8 y 9)

D) QUISTE GLOBULOMAXILAR

El término quiste globulomaxilar ya no es realmente apropiado, ya que el proceso globular se denomina ahora proceso premaxilar en la terminología embrionaria. Se le ha denominado ahora "Quiste fisural late-

ral", pero no ha logrado aceptación general. (p.p. 9)

Incidencia.- Es un quiste localizado en el hueso maxilar superior-entre el incisivo lateral y canino vitales. Este quiste puede aparecer antes de los treinta años, o sea en la edad adulta y sin predilección-sexual, puede ocurrir bilateralmente.

Se forma a partir de restos epiteliales atrapados en la región de la sutura incisiva o sea entre la premaxila y el maxilar y no entre - los procesos embrionarios globular (nasal medio) aquí puede haber un - poco de controversia con algunos autores en cuanto a su formación con- la porción globular del proceso nasal medial con el proceso maxilar - (entre el incisivo lateral y canino superior) (p.p. 5 y 9)

Se pensó que este quiste pudiera ser hereditario lo cual no se ha comprobado. (p.p. 5)

Etiología.- El quiste se desarrolla del epitelio residual en las - áreas de contacto del proceso globular, si el incisivo lateral y cani- no están inclinados.

Puede producir agrandamiento, también migración de los dientes ad- yacentes, pero cada uno da una respuesta normal a las pruebas de vita- lidad pulpar.

El descubrimiento del quiste puede ser casual a no ser que sea in- fectado. Puede visualizarse como dos láminas triangulares verticales,-

que se angulan para unirse una con otra por detrás del incisivo central superior. (p.p. 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 9)

Características clínicas.- El diagnóstico depende de su localización entre el incisivo lateral y el canino, además de una valoración clínica de los dientes de origen dental. (p.p. 5)

No da manifestaciones clínicas es asintomático, se han descubierto por accidente durante el examen radiográfico.

Características radiográficas.- Se presenta en las radiografías intrabucales, característica de zona radiolúcida piriforme entre el incisivo lateral y el canino solitario, el cuello de la pera hacia las coronas; el quiste produce separación de raíces del canino e incisivo lateral, puede producir tumefacción en los costados del paladar o labio superior. (p.p. 1, 5 y 8)

Como se dijo anteriormente tiene forma piriforme que es la que lo caracteriza o forma de higo o aerostato. Estos quistes pueden ser confundidos con apicales. (p.p. 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 9)

Características histológicas.- El quiste está revestido de epitelio escamoso estratificado o columnar ciliado. Generalmente, la pared es gruesa con linfocitos diseminados y células plasmáticas concentradas a lo largo del revestimiento. (p.p. 1, 8 y 9)

Tratamiento y pronóstico.- Es quirúrgico y consiste en escisión

cuidadosa, pero se puede utilizar el método de Partsch, los dientes ad yacentes no se tocan si la operación se realiza correctamente, se levanta un colgajo mucoperiosteico de la pared labial del hueso para lograr acceso adecuado a la región enucleándose cuidadoso del quiste.

La mayoría sanan por primera intención y la cicatrización primaria puede obtenerse sin usar apósitos ni otras sustancias para obliterar la cavidad. (p.p. 6)

Si la lesión es extremadamente grande puede usarse la marsupialización, para permitir la descompresión y cierta regeneración ósea. (p.p. 9)

El pronóstico es excelente. (p.p. 1)

E) QUISTE VESTIGIAL NASOPALATINO.

Los quistes que se originan en el conducto nasopalatino son los más comunes de los quistes no odontogénicos y se dividen en dos tipos- el quiste del conducto incisivo y el quiste de la papila palatina, según el quiste se localice en la papila incisiva o en el conducto nasopalatino. (p.p. 1, 5, 6 y 9)

El quiste del conducto incisivo.- Es un saco intraóseo cerrado tapizado por epitelio del tejido blando. Cuando está localizado por debajo del agujero incisivo se denomina quiste de la papila palatina. (p.p. 1, 5, 6 y 9)

(p.p. 5)

Incidencia.- Pueden ser asintomáticas o producir una elevación en la parte del paladar, la mucosa es normal y los dientes son vitales.

Predomina en adultos sin predilección de sexo, el quiste puede originarse en cualquier puente a lo largo del canal, pero la mayoría se originan en la parte inferior de la maxila entre los ápices de los incisivos centrales. (p.p. 1 y 9)

Etiología.- Embriológicamente, el conducto incisivo que comunica las cavidades nasal y bucal se forma cuando los procesos palatinos maxilares se fusionan con la premaxila, dejando dos vías de comunicación a cada lado del tabique nasal por lo cual en cada conducto se encuentran restos celulares epiteliales al aproximarse estos conductos a la superficie de la cavidad bucal se dirigen hacia delante y se unen antes de terminar como una apertura en el hueso palatino por detrás de la papila palatina.

Los conductos incisivos también contienen las raíces terminales de las arterias palatinas descendentes y esferopalatinas, el nervio nasopalatino y glándulas salivales menores. (p.p. 5)

Se han postulado diversas teorías para explicar la formación de quiste en los conductos nasopalatinos, como el trauma, infección bacteriana, bloqueo inflamatorio o mucoso del conducto. (p.p. 5)

Y como se dijo de los restos epiteliales de los conductos nasopalatinos vestigiales.

Características clínicas.- Asintomáticos, la única molestia posible es una protuberancia en línea media del paladar, en la parte anterior y a la palpación, el quiste generalmente es fructuante. La infección puede ser la responsable de la inflamación producida de los tejidos blandos ósea esto está en segundo lugar. Puede haber dolor bien localizado, irradiándose hacia los lados de la nariz y los ojos. Los dientes adyacentes son de color normal y no sensibles a la percusión. (p.p. 5 y 9)

Características radiográficas.- Muestran una zona radiolúcida circunscrita en la parte anterior del maxilar, al expandirse a las raíces dentarias y la espina nasal se supone a la radiolucencia dando un contorno en forma de corazón de naipe francés la presión del quiste puede provocar malposición dentaria.

El quiste se sitúa por encima y detrás de los incisivos superiores en relación con la localización habitual del quiste alveolar medio.

El quiste de la papila palatina no produce, ninguna imagen radiolúcida.

Posiblemente en cuanto a forma y tamaño haga dudar si se trata de un quiste o de un forámen grande, recuérdese que el forámen, presenta-

límites no bien definidos y se caracteriza porque ofrece formas más -
largas que anchas, ojivales, elípticas.

En cambio, el quiste presenta formas más circulares y límites bien definidos.

El diagnóstico debe ser sólo basado con la radiografía sin conside
rar los síntomas clínicos. (p.p. 1 y 4)

Características histológicas.- Tienen un revestimiento de epitelio respiratorio y escamoso estratificado, presencia de glándulas mucosas y nervios en la pared de tejido conectivo lo cual distingue ésta le -
sión de otros quistes e infiltración de linfocitos y plasmocitos de di
cho tejido. (p.p. 1)

Tratamiento y pronóstico.- Eucleación en algunos casos de carcino
ma adenoquistico se han reportado desarrollándose en las glándulas de
la pared del quiste. El pronóstico es favorable. (p.p. 9)

F) QUISTE NASOALVEOLAR.

Se le han usado designaciones como: quiste alveolar extranasal, -
quiste vestíbulo nasal, quiste del ala de la nariz y quiste mucoide de
la nariz, y sobre el nombre más conocido nasolabial.

También se le ha denominado quiste de Klestadt, debido a la publi-
cación de este investigador. (p.p. 5 y 9)

El quiste nasoalveolar (nasolabial), lo descubrió Zuckerdandl se trata en realidad, de un quiste de los tejidos blandos, pero se le incluye en este grupo simplemente porque es de origen fisural y porque a veces produce resorción de hueso. O sea que este quiste no se encuentra dentro del hueso, puede afectar secundariamente el hueso. (p.p. 1 y 8)

Incidencia.- Es uno de los menos comunes entre los quistes no odontogénicos y no epiteliales (seudoquistes), de los maxilares. (p.p. 1)

Este quiste suele observarse en la raza negra y se localiza en la base de una de las narinas. Ocasiona una tumefacción que puede verse y palpase debajo del labio superior, así como en el piso nasal. (p.p. 9)

Etiología.- La edad más común es en la adulta, en ambos sexos todos los dientes de la región poseen vitalidad. Se pensó que tenía origen de la unión de la apófisis globular ascendente del maxilar y maxilar (lateral y maxilar), como resultado de proliferación del epitelio-atrapado a lo largo de la línea de fusión. (p.p. 1 y 8). No hay predilección por alguno de los lados de la cara. La mujer es la más afectada pero esto es relativo.

Ya se explicó que se piensa de la hendidura embrionaria de la cara en el punto de fusión de los procesos maxilar, nasal, medio y nasal lateral. (p.p. 1, 5 y 9)

Características clínicas.- El quiste está situado en el lugar de fijación el ala de la nariz. No está localizado dentro del hueso, este quiste puede ocasionar bastante hinchazón. Generalmente abulta hacia el suelo del vestíbulo nasal, proyectándose debajo anterior del cornete inferior, y algunas veces causa obturación nasal. Algunos pacientes han experimentado dolor intermitente. (p.p. 5) Desplaza al cartílago del ala y distorsiona la forma de la nariz. (p.p. 9)

Características histológicas.- Se encuentra debajo de una delgada capa de tejido conectivo denso que contiene únicamente fibroblastos y pocos vasos. La capa de tejido conectivo está recubierta por epitelio escamoso estratificado o columnar y el quiste contiene líquido mucinoso, color pajizo. (p.p. 3, 4, 5, 6, 8 y 9)

Características radiográficas.- Las radiografías no muestran ninguna alteración ósea. Sin embargo puede aparecer radiolucencia si el quiste produce una resorción ósea por presión desde el lado del periotio. (p.p. 1 y 9)

Tratamiento y pronóstico.- El tratamiento es la eliminación quirúrgica a través de un abordaje intrabucal. La operación puede ser complicada por perforación de la mucosa nasal y se debe tener mucho cuidado cuando se repara recubrimiento del quiste en la mucosa (o sea volver el colgajo a su posición original y suturar). Esto será difícil si el quiste ha drenado previamente hacia la nariz y algunas veces el saco está adherido al borde del ala. El pronóstico es favorable. (p.p. 9)

C A P I T U L O I I I

PSEUDOQUISTES DE LOS MAXILARES.

Los pseudoquistes son cavidades no revestidas de epitelio, ni llenas de líquido, por eso se les llama pseudoquistes o quistes no epiteliales.

- Son: A).- QUISTE OSEO SOLITARIO
B).- QUISTE OSEO IDEOPATICO DE STAFNE
C).- QUISTE ANEURISMATICO

A) QUISTE OSEO SOLITARIO

Los quistes óseos solitarios no están tapizados de epitelio ocurre con más frecuencia en cualquier parte del cuerpo, especialmente en la parte superior de la diáfisis del húmero y otros huesos largos. Es una lesión rara, porque aparece (con diversa frecuencia) y se le han dado varios nombres: quiste óseo hemorrágico, quiste óseo de extravasación, cavidad ósea progresiva, quiste traumático, quiste óseo unicameral, quiste óseo unilocular y quiste óseo simple. (p.p. 3, 5 y 9)

El término " quiste ", en relación con esta lesión provoca controversia y probablemente sea erróneo.

Incidencia.- Se observa en personas menores de 20 años, (ó sea en la segunda década de la vida), es más común en los hombres que en las mujeres. Aunque a veces es asintomático, puede producir un agrandamiento del maxilar.

La lesión pocas veces es dolorosa, la zona afectada con mayor frecuencia se encuentra en el canino inferior y la rama hasta el tercer molar.

El segundo sitio de elección es la sínfisis mandibular.

Los quistes pueden persistir durante mucho tiempo, los dientes de la región son vitales y no se pierden a pesar de que los dientes se extienden en los espacios óseos. Existen antecedentes de traumatismo. (p.p. 1, 5 y 9)

Etiología.- Existen numerosas teorías sobre su etiología pero, en sí, es desconocida la causa. (p.p. 1) La más popular, es la de una hemorragia intraósea de origen traumático esto se presenta a una controversia ya que por ejemplo, casi nunca ocurre en la tibia, porque es uno de los huesos más expuestos.

Sin embargo en la médula de la mandíbula se sitúa en personas jóvenes que son las más expuestas a accidentes. Estos casos están muy relacionados con antecedentes de traumatismo.

Otras teorías, atrofia espontánea en el tejido en una lesión cen -

tral benigna de células gigantes, metabolismo anormal del calcio, infección crónica leve, necrosis de la grasa de la médula ósea secundariamente a isquemia, estas últimas teorías son un poco inciertas. Pueden también ser resultado de una aberración en el desarrollo y crecimiento del tejido óseo local. (p.p. 1 y 9)

Características clínicas.- El quiste es una cavidad solitaria en el hueso, sin revestimiento epitelial y muchas veces contienen un poco de suero. La presión intraquística es baja en comparación con la mayoría de los quistes. (p.p. 5) Se descubre en forma accidental en las radiografías de rutina.

La exploración quirúrgica revela un espacio en el hueso, que contiene un líquido translúcido o sanguinolento, fragmentos de coágulo sanguíneo necrótico, una delgada capa de membrana revestida de tejido conectivo o nada y algunas células gigantes.

Características histológicas.- De acuerdo a esto el material disponible para examen patológico, comprende simplemente una masa de fragmentos óseos, coágulos sanguíneos y restos pequeños de tejido blando. (p.p. 1 y 9) y están cubiertas por tejido conectivo laxo en forma de una delgada película.

Es rara en el maxilar superior. (p.p. 5)

Características radiográficas.- Se presenta como una zona radiolúcida amplia, que puede expandir las tablas del maxilar.

La radiolucencia se extiende por entre los dientes y posee un contorno festoneado, esta característica es exclusiva del quiste traumático, dejando un espacio vacío. Si el quiste es grande hay a menudo recortamiento de la cavidad entre las raíces de los premolares y molares o en zonas más alejadas de los dientes.

Los márgenes están menos definidos que en el quiste usual algunas veces se extiende dentro del proceso alveolar. (p.p. 5)

Puede haber pérdida de la lámina dura.

La imagen radiográfica depende mucho del tamaño y ubicación del quiste. (p.p. 3) Cuando aparece en la zona posterior se ve como una zona radiolúcida bien definida que tienden adaptarse a la forma del espacio medular.

Si la persona es joven en un espacio de cinco años el hueso se puede formar nuevo hueso, en algunos pacientes en la pubertad, a veces revelan espacios medulares en las zonas posteriores de la mandíbula porque parecen ser anormalmente radiolúcidos, pero estos no presentan bordes bien delimitados.

En resumen como ya se dijo, es un quiste benigno, el registro de un pseudoquiste en los casos favorables, puede diferenciarse del quiste verdadero epitelial por:

- Límites: - Son menos regulares (curvas leves) y menos definidos.
- No provocan resorción radicular
 - Se insinúan entre las raíces, los festonean. (p.p. 4)
 - Asintomáticos
 - Se presentan en el maxilar inferior.

Pronóstico y tratamiento.- El pronóstico es favorable. El tratamiento es sencillo consiste en abrir la lesión, raspaje del hueso y cierre con sutura, el coágulo sanguíneo resultante pronto se organiza, y el defecto óseo cura rápidamente. (p.p. 1)

B) QUISTE OSEO ANEURISMÁTICO

El quiste óseo aneurismático fue descrito por Jaffe y Lichtenstein, en 1942. Se presenta con más frecuencia en los huesos largos y en la columna vertebral. Es rara en los maxilares más bien puede ocurrir en otros huesos. Fue descrito con los nombres de Osteítis fibrosa quística, Osteomielitis hemorrágica, hematoma osificante y tumor aneurismático de células gigantes. (p.p. 5 y 9)

Incidencia.- Es raro, no se trata de un quiste verdadero, porque no está revestida de epitelio. Se presenta en personas menos de 20 años. Las lesiones tienen una duración de una a seis meses y por lo general se desarrollan en la mandíbula.

En el lado afectado se encuentra un agrandamiento sólido e insensibile. (p.p. 1) Hay variedad de la opinión de los autores en cuanto a sensibilidad. (p.p. 5)

El revestimiento mucoso es normal. Puede haber maloclusión como consecuencia de la deformalidad. (p.p. 1 y 5)

No hay marcada predominancia por algún sexo. (p.p. 1 y 9)

Etiología.- Los factores son desconocidos, a pesar de que casi siempre hay antecedentes de traumatismo, pero no es seguro por que puede estar directamente relacionado con el desarrollo de esta lesión. Se ha postulado posible relación con la lesión de células gigantes o alguna variación en la hemodinámica o en la irrigación del área. No tiene relación con el quiste óseo solitario y ocurre en huesos porque antes eran aparentemente normales.

El quiste óseo aneurismático y granuloma de reparación de células gigantes tienen un origen común en un hematoma de la médula, y si se mantienen en comunicación circulatoria con el vaso lesionado resulta un quiste óseo aneurismático o viceversa. (p.p. 1 y 5)

Características clínicas.- El dolor no es una característica en las lesiones de la mandíbula. Como es frecuente en otros huesos involucrados por esta lesión.

Característicamente es una lesión solitaria, benigna, causa como -

ya se dijo expansión local respetada por una delgada capa de hueso subperióstico suprayacente. (p.p. 9)

Durante la exploración se encuentra una cavidad ósea llena de un tejido pardo-rojizo, similar al tejido hepático pletórico de sangre. - (p.p. 1)

Características histológicas.- Tienen valor diagnóstico numerosos remansos de sangre están revestidos de células fusiformes de tejido conectivo y el tejido entre estos remansos o tabiques intermedios está compuesto de fibroblastos, numerosas células gigantes, focos de hemosiderina y pequeños vasos sanguíneos. (p.p. 1, 5 y 9)

Características radiográficas.- En la radiografía la radiolucencia puede ser unilocular por lo general presenta un aspecto multilocular o semejante a pompas de jabón. Se observa una lesión expansiva radiolúcida porque puede destruir la placa cortical. La lesión es de forma, - - blanda fusiforme o redonda suave de consistencia firme o elástica y - contiene muchos espacios llenos de sangre. El sangrado más una hemorragia súbita o chorro vigoroso, es un escurrimiento constante de sangre que puede ser difícil controlar. (p.p. 1 y 9)

Según Bhaskar, no es difícil de controlar el área involucrada por la lesión, tiene aspecto de panal porque consta de numerosos espacios llenos de sangre recubiertos por una sola capa de células aplanadas y células gigantes, es semejante a las regiones periféricas y centrales de

los granulomas reparativo de células gigantes. La mandíbula puede estar dilatada, pero las tablas no se destruyen. (p.p. 1)

Este quiste aneurismático como el traumático no son exclusivos de los maxilares, se ven en otros huesos del esqueleto.

Tratamiento y pronóstico.- El raspaje ocasiona hemorragia no difícil de controlar y el raspado local del quiste es curativo. (p.p. 1). El método de elección es enucleación por curetaje aunque la lesión es susceptible de tratarse por curetaje puede seguir la extirpación adecuada y requiere terapia adicional. (p.p. 9)

C) CAVIDAD OSEA IDEOPATICA DE STAFNE

No es en realidad un quiste del maxilar por su similitud clínica y radiográfica con las lesiones quísticas se incluye en éstas.

A pesar de que no son quistes de la mandíbula se pueden confundir con éstos.

Se puede conocer también como defecto óseo embrionario o cavidad ósea mandibulolingual. (p.p. 1)

Quiste óseo estático, del desarrollo y latente de Stafne. No es un verdadero quiste, sino un defecto asimétrico del desarrollo en el maxilar inferior en el surco hecho por la parte facial donde cruza el hue-

so o cerca del mismo.

Incidencia.- Es relativamente rara, han observado poco en niños. -
Puede ocurrir más bien en personas adultas. No hay diferencia sexual -
aunque, se han visto en algunas mujeres. Se ha localizado por debajo -
del canal (del conducto dentario), mandibular entre la región de los -
premolares y el ángulo. Como el tamaño de este quiste no varía con el -
tiempo, suele tener un borde nítido y denso. (p.p. 5)

Etiología.- La causa es desconocida pero se han sugerido varias -
teorías razonables, Stafne menciona que tales cavidades podían origi -
narse durante el desarrollo de los maxilares por falla en depósito nor -
mal de hueso en un área ocupada exclusivamente por cartílago o por fa -
lla en la aposición subperióstica o nivel del borde inferior.

Hay muchas teorías, unas que las cavidades podrían tener restos de
quistes óseos solitarios y granulomas eosinófilos, la verdad es desco -
nocida su etiología.

Características clínicas.- Es una lesión asintomática descubierta -
durante las radiografías de rutina en las cuales aparece como un defec -
to radiolúcido y ovalado. El área de rarefacción está bien delimitada -
por una línea radiopaca densa.

Algunas veces si se extiende mucho puede perforar el borde infe -
rior del cuerpo de la mandíbula. Pueden variar las cavidades entre uno
a tres centímetros de diámetro. No tienden a cambiar con el tiempo y -

ocasionalmente pueden ser bilaterales. Ya que estas son cavidades - -
óseas ideopáticas no puede mencionarse diagnóstico tisular, de hecho -
estas cavidades pueden estar vacías. (p.p. 9)

Características histológicas.- Pueden contener tejido glandular sa
lival normal, linfonodos o tejido glandular anormal.

Características radiográficas.- En las radiografías muestran una -
zona radiolúcida bien demarcada por lo general situada debajo del con-
ducto dental inferior y no delata la tabla cortical.

Durante la exploración se comprueba un defecto en la tabla corti -
cal lingual y una cavidad en la mandíbula.

La cavidad puede estar ocupada por una porción de la glándula sub-
maxilar o sublingual o puede contener tejido linfoide o conectivo.

El contenido de la cavidad está en comunicación a través del defeco
cortical lingual con los tejidos blandos del piso de la boca. - -
(p.p. 1)

Tratamiento y pronóstico.- En vista del hecho de que las lesiones-
son asintomáticas estas cavidades no son de importancia particular, -
por lo tanto no son patogénicas ni requieren de tratamiento. Puede -
construir un punto de debilidad y provocar una fractura patológica. A-
pesar que deben tomarse radiografías seriadas. (p.p. 9)

D) ENUCLEACION.

La enucleación consiste en cubrir un orificio de la cavidad quística levantando un colgajo mucoperiosteico y el espacio se llena con un coágulo sanguíneo se vuelve el colgajo, se sutura y con el tiempo si son personas jóvenes se formará hueso normal.

Este es el método más satisfactorio del tratamiento de un quiste.- Si el hueso que cubre el quiste permanece intacto será necesario una ventana y ésta puede hacerse usando fresa quirúrgica de alta o baja velocidad con irrigación o martillo y cincel. En otras ocasiones existe ya la ventana en hueso debido a la expansión del quiste.

Los bordes del quiste son más fáciles de definir si la membrana no se rompe y la enucleación se simplifica debido a que el recubrimiento puede separarse con más rapidez las curetas y elevadores periosteicos pequeños pueden usarse para despegar totalmente el quiste de sus paredes óseas.

Se debe mantener visible el campo operatorio libre de espículas óseas, sangre, coágulos y saliva. Después que se ha quitado el recubrimiento del quiste se debe de inspeccionar totalmente el defecto óseo y secar la superficie, luego la cavidad quística vacía debe irrigarse con cuidado con solución salina caliente y el colgajo suturarse en su posición.

En algunas lesiones externas puede estar indicada una biopsia. En

el momento de abrir se recorta del colgajo bucal mucoperiostico y luego el resto del colgajo regresa a la cavidad para cubrir la parte denudada de hueso.

Y se presiona con un apósito de gasa con iodoformo. Este procedimiento colapsará el cuerpo del quiste, pero permite el llenado del espacio quístico por invasión de nuevo hueso que se forma fuera del quiste.

Se pone en un frasco esterilizado con alcohol y se manda al laboratorio. Posteriormente se premedica y regresará el paciente a retirar los puntos después de siete días y posteriormente a observación por medio de la radiografía.

E) MARSUPIALIZACION

La marsupialización consiste en producir quirúrgicamente una ventana por medio de una eliminación de una porción grande del mucoperiostio suprayacente, hueso y la pared adyacente para disminuir la presión intraquística. Con una incisión de Partsch, y luego el borde del quiste que se ha cortado por completo alrededor de su circunferencia.

Idealmente la ventana puede ser tan grande como sea posible, porque si el diámetro es pequeño la continuidad de la membrana del quiste puede restablecerse y el quiste se llenará y expandirá nuevamente.

Debe evitarse la marsupialización o la operación de Partsch, de los quistes situados de los maxilares.

Este método está indicado cuando el quiste es demasiado grande para enuclearse para evitar la desvitalización de los dientes involucrados.

En caso de los quistes fisurales la marsupialización no es un procedimiento satisfactorio ya que no ocurre la obliteración de la cavidad.

Otra desventaja es que solo puede disponerse de una pequeña porción de la membrana del quiste para examen de biopsia en contraste con el espécimen completo que se obtiene por extirpación.

C O N C L U S I O N E S

Al término de la investigación de este trabajo he obtenido las siguientes hipótesis.

Considero importante el conocimiento de las lesiones quísticas, ya que debemos todo odontólogo saber diferenciar, diagnosticar y tratar - cada uno de los diferentes quistes de la cavidad bucal.

Los quistes fisurales y los pseudoquistes son benignos en la cavidad bucal, la diferencia de los quistes fisurales y de los pseudoquistes son:

Quistes fisurales.- Proviene del epitelio atrapado en el crecimiento de los maxilares. Con un contenido líquido semilíquido o sólido aumentan lentamente ejerciendo una presión de expansión pero no perfora la lámina cortical.

Tienen tendencia a infectarse y esto por que sea una causa de una inflamación pulpar hacia los tejidos periapicales cercanos.

Debe haber un cuidadoso examen clínico y radiográfico, ya que se detectan por medio de la radiografía, no debe confundirse un quiste -

con el seno del maxilar.

Tienen forma circunscrita o elíptica, solitaria, asintomáticos, los dientes de la zona se presentan vitales, la edad más común es en la adulta, en ambos sexos, revestidas de epitelio estratificado, el tratamiento de elección es enucleación. El pronóstico es favorable.

Pseudoquistes.- Son cavidades no revestidas de epitelio ni llenas de líquido. Por eso son quistes óseos no epiteliales.

Estas lesiones quísticas, se presentan más en mandíbula que en maxilar, la edad más común es en la segunda década de la vida.

Poseen un poco más de extensión que los quistes fisurales, puede haber tumefacción, migración de dientes y alguna sensibilidad de dientes vecinos vitales.

La lesión no son quistes verdaderos, muestran espacios llenos de sangre.

No es común encontrarlos en los maxilares, son más frecuentes en cualquier parte del cuerpo, especialmente en la parte superior de la diáfisis de los huesos largos, como el hueso del húmero. Es una le --

sión rara, el tratamiento es un raspado curativo y es rara su recurren
cia. El pronóstico es favorable.

Las complicaciones que puede tener son fracturas a pesar de que -
son raras como resultado de la formación quística, esto se debe a la -
debilidad del hueso cuando ocurre esto, el manejo se vuelve problema, -
se puede remover por completo el quiste y las porciones fracturadas re
ducirse o inmovilizarse. Puede ser necesaria la reposición de la por -
ción perdida de hueso mediante un trasplante.

Infección.- Es necesario un segundo tiempo para este problema, pri
mero el control de la infección y segundo someter a cirugía definitiva
para erradicar el quiste.

Estos quistes son favorables y benignos.

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

1.- BHASKAR S. N.

" Patología Bucal "

Ateneo Buenos Aires

2a. Edición 1974

Pág. 44 h. 51, 130, 131, 165 h. 173.

2.- CARDENAS CARDENAS GPE. ESPERANZA

" Tesis de Tumores no Odontogénicos en la cavidad oral y su
tratamiento ".

T RK

66

C 37

T 84

Guadalajara Jal. 1980

Pág. 9, 31.

3.- DR. GIBILISCO A. JOSEPH

DR. STAFNE C. EDWARD

" Diagnóstico Radiológico en Odontología "

1a. Edición 1978

Editorial Médico Panamericana

Buenos Aires Argentina

Pág. 171 h. 175

4.- GÓMEZ MATTALDI RECAREDO

" Radiología Odontológica "

Editorial Mundi S. A. I. C. y F.

Junio, Paraguay.

Pág. 285, 292 h. 298.

1979.

5.- GORLIN J. ROBERT

GOLDMAN M. HENRY

" Thoma Patología Oral "

Salvat Barcelona 1973

Pág. 501 h. 517

6.- KRUGER O. GUSTAVO

" Tratado de Cirugía Bucal "

2a. Edición México

Interamericana

1978

Pág. 196 h. 206.

7.- MORRIS L. ALVIN

BOHANNAN M. HARRY

" Las Especialidades Odontológicas en la Práctica General "

5a. Edición 1983.

8.- SHAFER G. WILLIAM

KHINE MAYNARD

LAVY M. BARNET

" Tratado de Patología Bucal "

México Interamericana

2a. Edición

1986

Pág. 68 h. 73

9.- WAITE E. DANIEL

NEHLISCH R. DONALA

" Tratado de Cirugía Bucal Práctica "

Cecsa Sócrates

Pág. 323 h. 241

1984.