

93
2ej



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

QUISTES DE CAVIDAD ORAL

T E S I S

Que para obtener el título de:
CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

Jorge Luis Gerónimo Moreno



México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1998



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 está 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

	Pag.
INTRODUCCION	6
QUISTES CLASIFICACION	7
CAPITULO 1	
QUISTES DE ORIGEN ODONTOGENICO	9
CAPITULO 2	
QUISTES DE ORIGEN NO ODONTOGENICO	23
CAPITULO 3	
SEUDOQUISTES DE LOS MAXILARES	36
CAPITULO 4	
QUISTES DE RETENCION MUCOSA	41
CAPITULO 5	
TRATAMIENTO DE QUISTES EN GENERAL	45
CONCLUSIONES	50
BIBLIOGRAFIA	52

INTRODUCCION

La presencia de los quistes en la cavidad oral no es rara por lo que su estudio para el dentista es de gran importancia. De acuerdo a su etiología se menciona que los de origen odontogénico son los mas frecuentes, siguiéndoles los no odontogénicos o fisurales, luego los de retención mucosa.

Estas lesiones en su mayoría comparten las siguientes características clínicas generales: lesiones benignas de crecimiento lento, no perforan hueso, son lesiones centrales o periféricas, cuyo diagnóstico en la mayoría de los casos es radiográfico. No importa su origen, la mayoría de estas lesiones reciben tres tipos de tratamiento: enucleación, achicamiento o marsupialización.

Para su estudio estas entidades patologías lo hemos dividido en capítulos de acuerdo a su clasificación: Capítulo 1.- Quistes de origen odontogénico, Capítulo 2.- Quistes de origen no odontogénico, Capítulo 3.- Seudoquistes de los maxilares, Capítulo 4.- Quistes de retención mucosa y Capítulo 5.- Tratamiento de los quistes.

QUISTES DE CAVIDAD ORAL

Empezaremos definiendo que QUISTE es una cavidad patológica _
revestida de epitelio que por lo regular contiene material liqui-
do o semisólido.

CLASIFICACION

En la región maxilofacial se pueden desarrollar muchos quis-
tes, por lo que para su estudio lo dividiremos en:

1.- DE ORIGEN ODONTOGENICO

a.- QUISTE PRIMORDIAL

b.- QUISTE DENTIGERÒ

- Quiste de la erupción

c.- QUISTE PERIODONTAL

- Apical

- Lateral

d.- QUISTE GINGIVAL

- del recién nacido

- del adulto

e.- QUERATOQUISTE ODONTOGENO

_ Síndrome de nevo de células basales, costilla bifida

- Quiste calcificante odontógeno

2.- NO ODONTOGENICOS

a.- QUISTES DE INCLUSION O FISURALES

- Quiste del palatino anterior medio
- Quiste maxilar anterior medio
- Quiste globulomaxilar
- Quiste mandibular medio
- Otros derivados de fallas durante el desarrollo embrionario
- Quiste nasopalveolar
- Quiste palatino del neonato
- Quiste linfoepitelial cervical benigno
- Quiste epidermoide y dermoide
- Quiste tirogloso
- Quiste gastrointestinal bucal heterotrópico

b.- SEUDOQUISTES DE LOS MAXILARES

- Quiste óseo aneurismático
- Quiste óseo estático
- Quiste óseo traumático

c.- QUISTES DE RETENCION MUCOSA

- Ránula
- Mucocèle
- Mucocèle del seno del maxilar

CAPITULO 1

QUISTES DE ORIGEN ODONTOGENICOS

Estos se derivan del epitelio asociado con el desarrollo del aparato dental, que pueden derivar de una de las siguientes fuentes:

- 1.- Germen dental
- 2.- Epitelio reducido de esmalte de una corona dental
- 3.- Restos epiteliales de Malasez
- 4.- Remanente de lámina dental
- 5.- Posiblemente capa basal del epitelio bucal.

QUISTE PRIMORDIAL

Es uno de los menos comunes, se desarrolla a partir de la degeneración del órgano del esmalte. El quiste primordial se encuentra en lugar de un diente, en vez de estar asociado directamente con uno de ellos.

Este quiste se forma sin duda alguna en etapa temprana de la vida.

ASPECTOS CLINICOS

Varía en tamaño, desplaza dientes mediante presión, asociado en ocasiones a un diente desuido erupcionado o retenido, la lesión no es dolorosa, a menos que se infecte.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS

Aparece como una lesion radiolúcida redonda u ovoide bien de marcada que muestra borde esclerótico, puede ser unicular o multilocular, puede estar debajo de la raíz de los dientes o en diente que falta congénitamente, frecuentemente en la zona de tercer molar.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

Compuesta de fibras colágenas, las cuales varían de tamaño y hallazgo de células inflamatorias crónicas.

TRATAMIENTO

Enucleación de la totalidad de la lesión.

QUISTE DENTIGERO

Más común que el quiste primordial, se origina después que la corona del diente se ha formado mediante la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y corona dental.

El quiste afecta o esta casi siempre asociado con la corona

de un diente permanente.

ASPECTOS CLINICOS

Siempre asociado a la corona de un diente impactado no erup--
cionado o incluido, o en supernumerario. Los sitios más comunes _
que se presentan son: terceros molares mandibulares y maxilares, _
debido a que frecuentemente se impactan.

La expansión del hueso afectado, la asimetría, el movimiento
de dientes, la reabsorción radicular y el dolor son característi-
cas de esta lesión.

El quiste que se asocia con dientes desiguos o permanentes en
niños se llama "QUISTE DE ERUPCION" o "HEMATOMA DE ERUPCION" las_
cuales la dilatación del espacio folicular que se encuentra alre-
dedor de la corona y es causado por sangre. Clínicamente es una _
lesión circunscrita, fluctuante, translúcida del reborde alveolar
y la cavidad aparece color púrpura que contiene sangre, de ahí el
nombre de "hematoma de erupción"

ASPECTOS RADIOGRAFICOS

Revelará área radiolúcida asociada con corona dental no erup-
cionada, a veces rodeada por una delgada línea esclerótica que re-
presenta una reacción ósea.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

Por lo regular compuesto de tejido conectivo con capa delgada de epitelio escamoso estratificado que reviste al lumen.

TRATAMIENTO

Enucleación, achicamiento y marsupialización.

COMPLICACIONES:

TRANSFORMACION A: - Ameloblastoma

- carcinoma epidermoide

- carcinoma mucoepidermoide

QUISTE PERIODONTAL APICAL

(Quiste radicular, Quiste periapical)

Este es el quiste odontógeno más común, a diferencia de otros este afecta al ápice de diente erupcionado y como resultado de una infección y necrosis del tejido pulpar.

El revestimiento del quiste deriva de los restos epiteliales de Malassez en ligamento periodontal.

CUADRO CLINICO

Asintomático, representa un proceso inflamatorio crónico, en algunos casos de larga permanencia, puede sufrir inflamación y de

sencadena absceso que avanza a celulitis o fístula que drena.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS

Idéntico al granuloma periapical pero de mayor tamaño, el quiste puede diferenciarse del granuloma por presentar una línea radiopaca delgada alrededor de la periferia radiolúcida.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

Epitelio que recubre al quiste, es de tipo escamoso estratificado y en los que avanzan a seno del maxilar epitelio de columnas pseudoestaticadas ciliadas. Tejido conectivo con fibras colágenas y fibroblastos, la luz del quiste contiene líquido con concentraciones bajas en proteínas y colesterol.

TRATAMIENTO

Quirúrgico, generalmente asociado a tratamiento endodóntico del diente afectado.

QUISTE PERIODONTAL LATERAL

Poco común pero bien delimitada y reconocido, en íntima asociación con superficie lateral de la raíz del diente erupcionado, predilección en área de premolares mandibulares. Se puede decir que su origen es de restos de lámina dental posfuncional.

ASPECTOS CLINICOS

En adultos, promedio 55 años, predominio en el sexo masculino, las zonas mas afectadas son: premolares, caninos, e incisivos mandibulares. Estas lesiones son asintomáticas.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS

Se observa área radiolúcida en superficie lateral de un diente radicular, rara vez mide más de 1 cm. de diámetro, rodeada por una delgada capa de hueso esclerótico.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

El quiste es un saco hueco, con pared de tejido conectivo y epitelio escamoso estratificado delgado. Células ricas en glucogeno y a veces células inflamatorias.

TRATAMIENTO

El tratamiento usual es la enucleación, si es posible sin extraer el diente afectado.

No hay tendencia de recurrencia después de escisión quirúrgica.

QUISTE DE LA LAMINA DENTAL DEL RECIEN NACIDO

(Quiste gingival del recién nacido, perlas de Epstein,)

Estos quistes son múltiples nódulos, ocasionalmente solitarios, que se encuentran en el reborde alveolar del recién nacido.

o del lactante, que se originan de los remanentes de la lámina dental.

ASPECTOS CLINICOS

En ocasiones son tan grandes que se hacen de manifiesto como pequeños abultamientos de color blanco en el reborde alveolar o zonas semejando como presión interna.

Las lesiones son asintomáticas aunque parece producir malestar en los pequeños.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

Son quistes verdaderos con lumen lleno de queratina descamada que ocasionalmente contienen células inflamatorias.

TRATAMIENTO

No se requiere tratamiento ya que desaparecen al erupcionar los dientes.

QUISTE GINGIVAL DEL ADULTO

Poco común. Quiste del tejido gingival blando que se presenta tanto en encía libre como adherida.

ETIOLOGIA

Diferentes fuentes

- 1.- Tejido glandular heterotrópico
- 2.- Cambios degenerativos en invaginación epitelial
- 3.- Remanentes de la lámina dental del órgano del esmalte
- 4.- Implantación traumática del epitelio.

De estas las dos últimas son las más válidas, son muy similares al quiste periodontal lateral. También existen evidencias que el quiste de la lámina dental del recién nacido persiste en la edad adulta, como se examinó según quistes que estaban llenos de ortoqueratina y fueron idénticos al del recién nacido.

ASPECTOS CLINICOS

Pueden presentarse a cualquier edad, más común en adultos de 40 años, casi todas se presentan en zona de premolar a caninos de mandíbula y área de lateral superior.

Lesión que aparece como abultamiento pequeño no doloroso, en encía, bien circunscrito que a veces se asemeja a un mucocele superficial. La lesión mide hasta 1 cm. de diámetro, el color de la mucosa, puede presentarse en encía libre o adherida, o en las propias papilas gingivales.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

Es un quiste verdadero, el epitelio varía de grosor y son células de epitelio escamoso estratificado delgado. Se puede observar restos de lámina dental ricas en glucógeno, pueden ser lesio-

nes quísticas o poliquísticas, puede haber o no reacción inflamatoria.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS

Es una lesión de tejido blando por lo que no se observa radiográficamente.

TRATAMIENTO

La excisión quirúrgica local de la lesión en los adultos.

QUERATOQUISTE ODONTOGENO

Aunque el termino de "QUISTE PRIMORDIAL" se ha usado como sinónimo de Queratoquiste Odontógeno. Ciertamente no todos, los qu^{er}atoquistes son quistes primordiales, por lo que se dice que se presta a confusión y para evitar esta se debe restringir el termino "Quiste Primordial" a su sentido original o sea el que se desarrolla en el sitio de un diente no existente a través de la degeneración del órgano del esmalte.

Estos quistes se caracterizan por:

- 1.- una superficie paraqueratinizada corrugada
- 2.- uniformidad en grosor del epitelio que varía de 6-10 células
- 3.- una capa basal de células empalizada, llamada "cerca de estaca". Son conocidos como queratoquistes.

ETIOLOGIA

No se ha establecido aún su origen definitivo aunque se dice que se forma de la lámina dental. Además se ha mostrado que el epitelio del quiste es mucho más activo que otros por su mayor actividad mitótica.

ASPECTOS CLINICOS

Se presenta a cualquier edad, el mayor índice entre 30 y 40 años, predilección en sexo masculino, la mandíbula es más afectada que el maxilar, en maxilar superior el sitio más común es la región del tercer molar seguido por región canina.

Con frecuencia los queratoquistes son múltiples y en ocasiones se asocian con el síndrome de quiste maxilar-nevo de células basales-costilla bífida. Puede presentar dolor aumento del volumen de los tejidos blandos, expansión del hueso y rara vez manifestaciones neurológicas como parestesia de labio o dientes.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS

Lesión radiolúcida unilocular o multilocular a menudo con un borde esclerótico delgado que representa hueso activo y esta es la confusión que aparece algunas veces asociados a un diente impactado o no erupcionado pero estos están separados por una capa fibrosa del diente.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

La pared odontogena del queratoquiste por lo regular es muy delgada. Epitelio característico:

- 1.- superficie de paraqueratina arrugada
- 2.- uniformidad en grosor de epitelio por lo regular 6-10 células de profundidad sin invaginaciones dermoepitelial.
- 3.- capa basal de células polarizada en forma destacada.

También es evidente la paraqueratina, además el tejido conectivo muestra pequeños islotes de epitelio que pueden ser microquistes, el lumen del queraquiste puede estar lleno de líquido de color paja o con material cremoso, algunas veces con gran cantidad de queratina, también puede haber colesterol como cuerpos hialinos.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Debe enuclearse quirúrgicamente, para que su recurrencia no sea tan alta se sugiere tres métodos básicos para tratarlos: 1.- Marsupialización, 2.- Enucleación y cierre primario, 3.- Enucleación y empacado abierto; así eliminar los remanentes adicionales de la lámina dental para evitar la recurrencia.

Se deberá checar después de la cirugía con radiografías cada año y al menos cinco años después de realizada la cirugía.

SINDROME DE QUISTE MAXILAR-NEVO DE CELULAS BASALES COSTILLA BIFIDA
(Síndrome de Gorlin y Goltz)

Este síndrome es muy complejo y hereditaria que se transmite por rasgo dominante autosómico.

ASPECTOS CLINICOS

- 1.- Anomalías cutáneas; queratosis palmar y plantar, carcinomas.
- 2.- Anomalías dentales y óseas: queratoquistes odontogenos, prognatismo, anomalías de costillas (con frecuencia bifidas) anomalía de vertebras.
- 3.- Anomalías oftálmicas: Distopía canthorum, ceguera congénita, estrabismo.
- 4.- Anomalías neurológicas: Retardo mental, hidrocefalo congénito y presencia de meduloblastoma.
- 5.- Anomalías sexuales: Hipogonadismo en hombres y tumores de ovarios.

Estos pacientes tienen relación con el Pseudohipoparatiroidismo.

MANIFESTACIONES BUCALES

Las mismas que el queratoquiste. Debido a que se desarrolla a temprana edad puede presentar deformidad y desplazamiento de dientes en desarrollo.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

La recurrencia es tan alta como los queratoquistes no asociados a este síndrome. Además se desarrollan ameloblastomas.

Siempre que el dentista reciba un diagnóstico de queratoquiste odontógeno, deberá descartarse la presencia de este síndrome, ya que estos pacientes encaran muchos problemas asociados.

QUISTE ODONTOGENO CALCIFICANTE

(Quiste odontógeno queratinizante o calcificante epitelial o ambos; Quiste Gorlin, tumor quístico queratinizado)

Lesión única que Gorlin descubrió por primera vez, es poco frecuente; la lesión es poco usual en aspectos de un quiste, posee en dos entidades un quiste y una neoplasia.

DIVISION CLINICA E HISTOLOGICA

1.- Uniquistico simple TIPO I

Se presenta a cualquier edad, lesión intra o extraósea, aparecen eritrocitos fantasmas, el revestimiento del quiste es poco escamosa o cuboidal.

2.- Productor de Odontoma TIPO II

Quiste unilocular que es intra o extraóseo parecido al anterior, además formación de tejido calcificante, semejante a odontoma. Por otra parte se puede observar en pared del quiste proliferación de tejido similar a fibroma ameloblástico.

3.- Y ameloblastomatoso proliferante TIPO III

Una lesión intraósea parecida al del ameloblastoma, así como _
el lumen del quiste.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS

La lesión intraósea parece como radioluscencias bien circuns--
critas y varias entidades diseminadas de material radioopaco, va--
rían desde manchas pequeñas hasta grandes masas que pueden medir _
varios centímetros que afectan más al maxilar.

TRATAMIENTO

Debido a que tiende su crecimiento se debe excisar mediante _
cirugía.

Puede haber recurrencia, se ha registrado una transformación _
carcinomatosa.

CAPITULO 2

QUISTES NO ODONTOGENICOS

(De inclusión o fisurales de la región bucal)

Se ha considerado que surgen a lo largo de las líneas de fusión de diversos huesos de origen embriológicos.

Son quistes verdaderos (es decir cavidades patológicas revestidas de un epitelio que contiene material líquido o semisólido).

Se derivan de células epiteliales que quedan atrapadas entre los procesos embrionarios de los huesos en unión.

Estos se pueden clasificar:

- 1.- Quiste maxilar anterior
- 2.- Quiste palatino medio
- 3.- Quiste globulomaxilar
- 4.- Quiste mandibular medio

Otros quistes adicionales derivados de fallas durante el desarrollo embrionario que lesionan las estructuras bucales o de tejido blando adyacente.

- 1.- Quiste nasopalveolar
- 2.- Quiste palatino del neonato
- 3.- Quiste del conducto tirogloso
- 4.- Quiste linfoepitelial cervical benigno
- 5.- Quiste epidermoide y dermoide
- 6.- Quiste gastrointestinal bucal heterotrópico

QUISTE MAXILAR ANTERIOR MEDIO

(Quiste del conducto nasopalatino; Quiste del canal incisivo)

Se encuentra dentro o cerca del canal incisivo, es el tipo más común de quiste del desarrollo de maxilar, se origina por la proliferación de remanentes epiteliales del conducto nasopalatino y se forma cuando el proceso palatino se fusiona con la premaxila dejando una vía en cada lado del tabique nasal. Así como se juntan y se fusionan los conductos y canales de cavidad bucal, se fusiona y luego salen a través de una abertura comun localizada en el hueso palatino justo en parte posterior de la papila palatina.

ASPECTOS CLINICOS

Se encuentran en una de cada cien pacientes por lo que es raro pueden presentarse a cualquier edad, incluso en feto, aunque es frecuente en cuarta y sexta década de vida.

Muchos quistes proporcionan pocos signos clínicos, algunas veces se infectan por mecanismos desconocidos produciendo dolor e hinchazon y se abren por una fístula muy pequeña, por papila palatina o cerca de ella que al hacer presión drena gota de pus.

La variante poco común se presenta como protuberancia dentro de papila incisiva y no se observa radiográficamente y se llama quiste de la papila palatina.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS

Se descubren al hacer examen radiográfico de rutina de los dientes. Aparece área radiolúcida redonda, ovoide o en forma de corazón simétrica y bien delimitada.

El área de localización en incisivos centales maxilares que arriba de ellos puede causar ligera separación de raíces.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

Revestidos por epitelio escamoso estatificado, epitelio columnar ciliado o epitelio cuboide o cualquier combinación de estos dependiendo de su origen a partir del conducto nasopalatino, el tejido conectivo con frecuencia causa inflamación. Se hará diagnóstico diferencial de los quistes inflamatorios asociados con un diente, así evitar la extracción.

TRATAMIENTO

Extirpación del quiste en su totalidad, sobre todo en pacientes edéntulos que se elaborará una prótesis total.

QUISTE PALATINO MEDIO

Surge del epitelio atrapado a lo largo de la línea de fusión del proceso palatino del maxilar superior.

ASPECTOS CLINICOS

Se localiza en la línea media del paladar duro, entre los procesos palatinos laterales. Puede crecer durante un período prolongado y producir tumefacción palatina que es visible clínicamente.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS

En la radiografía palatina se observa área radiolúcida y bien circunscrita opuesta a región premolar y molar rodeada con capa esclerótica de hueso.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

El epitelio que reviste el quiste es escamoso estratificado que cubre una banda de tejido conectivo fibroso. Puede mostrar células inflamatorias.

TRATAMIENTO

Extirpación quirúrgica y raspado completo.

QUISTE GLOBULOMAXILAR

Se encuentra dentro del hueso en la unión de la porción globular de la apófisis ascendente del maxilar superior y apofisis maxilar. La fisura globulomaxilar entre incisivo lateral y canino superior.

Sin embargo, el quiste se forma en la sutura osea entre la maxila y premaxila, que es la sutura incisiva, aunque otros autores afirman que este quiste debiera estar en el grupo de los quistes _ dentígeros ya que tiene mucha similitud radiográfica y clínica.

ASPECTOS CLINICOS

Rara vez presenta manifestaciones clínicas, se descubre por _ accidente mediante radiografías, raro que se infecte y puede haber malestar general.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS

Aparece radiolúcida en forma de pera invertida entre raíces _ del incisivo lateral y canino, causando divergencias de estas raíces. Varios casos que son bilaterales, deberá diferenciarse de un _ quiste periodontal apical originada por la lesión de la pulpa. Los dientes con quistes globulomaxilar son vitales a menos que se encuentren infectados.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

Revestido por epitelio escamoso estratificado o columnar cilia _ do, el resto de pared por tejido conectivo fibroso que suele mostrar infiltración de células inflamatorias.

TRATAMIENTO

Extirpación quirúrgica. Enucleación,.

QUISTE MANDIBULAR MEDIO

Lesión rara que se presenta en línea media de la mandíbula, su etiología desconocida se dice que puede formarse por proliferación de restos epiteliales atrapados en fisura mandibular media, durante la fusión de arcos mandibulares; otros dicen que puede ser de tipo odontógeno, como un primordial de un supernumerario, del esmalte en segmento mandibular, o puede ser un quiste periodontal lateral ubicado en la línea media.

ASPECTOS CLINICOS

Son asintomáticos y solo se descubren por radiografía de rutina, rara vez producen expansión de placas corticales de hueso y dientes adjuntos. Reaccionan en forma normal a pruebas de vitalidad.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS

Es radiolúcido unilocular bien circunscrita, aunque puede parecer multilocular.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

Lesión muestra epitelio escamoso estratificado delgado con muchos pliegues y proyecciones revistiendo el lumen central.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Pronóstico favorable y extirpación quirúrgica conservando los dientes adjuntos.

QUISTE NASOALVEOLAR

(Quiste nasolabial; quiste Klestadt)

No se encuentra dentro del hueso, pero puede considerarse como un quiste de inclusión raro. Se ha pensado que se origina en la unión del proceso globular, apófisis ascendente del maxilar superior y la apofisis maxilar como resultado de proliferación de epitelio atrapado en línea de fusión.

ASPECTOS CLINICOS

Puede causar edema del pliegue mucolabial así como el piso de la nariz, localizándose cerca de la unión del ala sobre el maxilar superior. Puede producirse erosión superficial debido a la presión del quiste nasopalveolar.

Frecuente en personas de cuarta década.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

Puede estar revestido de epitelio columnar pseudoestratificado, algunas veces es ciliado y hay células calciformes por epitelio es camoso estratificado.

TRATAMIENTO

Extirpación quirúrgica aunque se debe tener cuidado para no perforarlo y producir el colapso de la lesión.

QUISTE PALATINO DEL NEONATO
(Perlas de Epstein, Nódulo de Bohn)

Pequeños quistes múltiples del paladar presentes en fetos y neonatos, aparecen en paladar duro y son más numerosos en la unión del paladar duro y blando. Al parecer derivan de los remanentes epiteliales de las glándulas salivales palatinas que se desarrollan y en los rebordes alveolares se encontró un tercer tipo de quiste del recién nacido.

ASPECTOS CLINICOS

Ambos tipos de quistes palatinos aparecen como nódulos elevados blancos y pequeños, son múltiples con diámetro de unos 2 a 3 mm. y tienden a formar racimos a lo largo de la unión de paladar blando y paladar duro.

Frecuente en recién nacidos los quistes en la mucosa alveolar o palatina y su localización más común es en rafé medio palatino.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

Todos los quistes del neonato son quistes verdaderos y están llenos de ortoqueratina.

TRATAMIENTO

Sanan espontáneamente a través de la automarsupialización cuando se agrandan y entran en contacto con el epitelio que lo cubre.

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

Es un quiste del desarrollo en constitución dental, que puede formarse en cualquier sitio a lo largo del conducto tirogloso entre agujero ciego de la lengua y glándula tiroideas.

ASPECTOS CLINICOS

Suele presentarse en personas jóvenes, aunque puede ser a cualquier edad, clínicamente aparece como una masa quística de tamaño variable de mm. a cm. la protuberancia se desarrolla lentamente y es asintomático; sólo cuando esta cerca de la lengua hay disfagia.

También se puede localizar en piso de boca, cerca del cartílagos tiroideos o cricoide, a veces se forma fístula que sale en piel o mucosa.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

Puede estar revestida por el epitelio escamoso estratificado columnar ciliado o intermedio, por que las células se forman de faringeo embrionario, con frecuencia tejido linfoide, tiroideo o de glándulas mucosas.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Extirpación quirúrgica total recomendándose extirpación de hoides donde se encuentra implantado el quiste.

QUISTE LINFOEPITELIAL CERVICAL BENIGNO

(Quiste braquial hendido; Quiste cervical lateral;
nódulo linfático quístico benigno)

Se presenta en la parte lateral del cuello y se origina de remanentes de arcos braquiales. También puede originarse del epitelio atrapado en los gánglios linfáticos cervicales.

No es un quiste de inclusión verdadero.

ASPECTOS CLINICOS

Frecuente en adultos jóvenes, es de crecimiento lento, duración de semanas a años, la lesión es asintomática, presenta una masa móvil circunscrita en la porción lateral del cuello cerca del esternocleído mastoideo, también puede aparecer en ángulo de la mandíbula y área preauricular o parótida.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

Quiste revestido por epitelio escamoso estratificado o pseudoestratificado, presenta tejido conectivo y linfoide, con líquido acuoso delgado o mucoso gelatinoso espeso.

TRATAMIENTO

Extirpación quirúrgica llegando hasta vaina carotídea, donde esta lesión forma siempre un pedículo.

QUISTE EPIDERMOIDE Y DERMOIDE

El quiste dermoide es un tipo de teratoma quístico derivado del epitelio germinal embrionario y en ocasiones de otras capas germinales. Los sitios más comunes de recurrencia son en cabeza y cuello, piso de boca, área submaxilar y sublingual, los que se originan en arcos mandibulares.

ASPECTOS CLINICOS

Se originan en piso de boca, rara vez son congénitos y frecuente en adolescentes.

Lesión que produce convexidad en piso de boca, causa elevación de lengua, dificultad para comer y hablar; si el quiste está en zona más profunda entre músculos genihiodeo y milohioideo la convexidad es más en área submental.

La lesión es de varios centímetros y se siente como una masa pero puede ser más fluctuante según el contenido del quiste a veces se infectan y se abren intrabucalmente o en piel.

Se deberá hacer diagnóstico diferencial de Ránula o quistes tiroglosos de implantación muy superior

ASPECTOS HISTOLOGICOS

Según la complejidad de la lesión varia la apariencia histológica, su espacio puede estar lleno de queratina y material sebáceo, este es el quiste dermoide, y cuando esta lleno de queratina se llama quiste epidermoide, en otros casos puede encontrarse

glándulas sebáceas e incluso folículos de cabellos, además de glándulas sudoríparas, y por último algunas lesiones contienen estructuras de hueso, músculo y derivados gastrointestinales, que es equivalente a teratoma complejo,.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Deben extirparse quirúrgicamente tanto dermoide como epidermoide. Por lo general no recurre.

CAPITULO 3

SEUDOQUISTES DE LOS MAXILARES

Se llama así por que no son verdaderos quistes, no tienen pared epitelial y por que clínica y radiográficamente son muy similares a los quistes.

QUISTE OSEO ANEURISMATICO

ASPECTOS CLINICOS

Por lo general es una lesión que se presenta en las personas jóvenes, principalmente en menores de 20 años, con frecuencia existen antecedentes traumáticos. Son sensibles al tacto o dolorosas, particularmente al moverse, por lo que limita el movimiento del hueso afectado. aumento de volumen que microscópicamente se asemeja a esponja empapada de sangre con grandes poros.

MANIFESTACIONES BUCALES

Se presenta con alguna frecuencia en los maxilares, aunque es muy probable que se confunda con otras lesiones óseas.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS

La lesión es distinta muchas veces el hueso expandido aparece quístico con aspecto de panal de miel o burbuja de jabón y forma de globo excéntrica.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

Compuesto de un estroma de tejido conectivo fibroso con muchos espacios cavernosos llenos de sangre. Se observan células gigantes multinucleadas al igual que el granuloma; la diferencia es que en el granuloma no hay espacios cavernosos.

PATOGENIA

La lesión primaria del hueso que se inicia como una fístula ósea, arteriovenosa y que mediante sus fuerzas hemodinámicas, crea la lesión reactiva ósea secundaria: "el quiste aneurismal del hueso".

La lesión presenta un gran intento de reparación tratando de formar un hematoma en hueso, similar al hematoma de células gigantes. En el quiste aneurismal el hematoma tiene conexión circulatoria con los vasos sanguíneos a diferencia del granuloma que no tiene circulación con vasos dañados.

TRATAMIENTO

El raspado quirúrgico o la excisión son de elección. No se ha observado recurrencia en lesiones de maxilares.

QUISTE OSEO ESTATICO

(Depresión de glándula salival, cavidad ósea estático, defecto de la mandíbula, quiste o defecto de Stafne)

Es la inclusión de tejido glandular durante el desarrollo ya sea dentro o con mayor frecuencia adyacente a la superficie lingual del cuerpo de la mandíbula. Es una depresión profunda bien circunscrita, se puede decir que es un defecto congénito. Es más frecuente en hombres.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS

La lesión que es asintomática se descubre por rutina y aparece como radiolucidez ovoidea, situada por debajo del canal mandibular en zona de segundo y tercer molar a veces es bilateral. Se deberá diferenciar del quiste óseo traumático.

La lesión se puede considerar como un defecto del desarrollo más que lesión patológica.

Una vez diagnosticada no requiere tratamiento. Esta lesión se puede presentar también en depresión lingual anterior.

QUISTE OSEO TRAUMATICO

(Quiste óseo solitario; quiste hemorrágico; quiste óseo unicameral; cavidad ósea idiopática; quiste óseo simple)

La lesión es poco común y se presenta con frecuencia en maxilares, aunque no esta revestido de epitelio se llama quiste.

ETIOLOGIA

Existen diversas teorías de las cuales la mas aceptada, es aquella que sugiere que surge a partir de una hemorragia intramedular que se presenta después de una lesión traumática por falla de organización del coágulo sanguíneo. Otras teorías sugieren que se produce por necrosis de la médula grasa debido a isquemia o como resultado final de infección crónica leve, o como resultado de osteoclasia por traumatismo.

ASPECTOS CLINICOS

Se presenta con mayor frecuencia en personas jóvenes, sexo masculino, la porción posterior de mandíbula es más afectada que el maxilar superior.

Produce agrandamiento de mandíbula, la cavidad abierta presenta líquido color paja y partículas de coágulo sanguíneo necrosado y no tiene una membrana que lo cubra en el hueso.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS

Se descubre por una radiografía panorámica, zona radiolúcida

suavemente delineada de diversos tamaños, rara vez produce desplazamiento de dientes.

Se debe diferenciar del quiste óseo estático, por que el quiste traumático siempre se encuentra por arriba del canal mandibular y es característico que festonee las raíces de los dientes involucrados en la lesión.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

Puede presentar membrana de tejido conectivo que reviste la cavidad.

TRATAMIENTO

Enuclear el revestimiento y en este curso el sangrado restablece la lesión si se cierra la cavidad el llenado de hueso se produce en 6 a 12 meses.

CAPITULO 4

QUISTES DE RETENCION MUCOSA

MUCOCELE

ETIOLOGIA Y PATOGENESIS

Es una lesión común producida por un corte traumático del _
conducto salival, como el producido por el de morder el labio, ca
rrillo o el pinzar el labio con las pinzas de extracción. Así los
mucocele se han clasificado:

- 1.- Mucocele de extravasación (el mas común)
- 2.- Mucocele de retención

ASPECTOS CLINICOS

Afecta a glándula salival accesoria, con frecuencia en labio
inferior, pero también en paladar, carrillos, lengua (afectan a_
glándulas de Bladin-Nuhn), y en piso de boca.

Dependiendo su situación presenta aspecto clínico variable.

- LESION SUPERFICIAL, vesícula circunscrita elevada de mm. a cen-
tímetros o más de diámetro de color azulado.
- LESION PROFUNDA, presenta un abultamiento y debido al grosor _
del tejido que lo cubre el color es normal de mucosa.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

Casi todos son de tipo extravasación, cavidad revestida de tejido fibroso conectivo, el lumen con coágulo eosinófilo con leucocitos y fagocitos.

O por obstrucción, sialdenitis, dan como resultado formación de áreas muy pequeñas de moco estancado.

TRATAMIENTO

Enucleación. La recurrencia es menor cuando se eliminan los acinos de las glándulas salivales asociadas.

RANULA

Es una forma de mucocèle que específicamente se presenta en el piso de boca, asociados con conductos de glándulas salivales, submaxilar o sublingual. La etiología parece ser la misma que el mucocèle, aunque se sugiere el bloqueo del conducto o el desarrollo de un aneurisma ductal.

ASPECTOS CLINICOS

Masa no dolorosa que crece poco a poco en un lado del piso de la boca, lesión con asentamiento profundo, coloración normal de mucosa pero si es superficial puede tener color azulado translucido.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

Similar al mucocelo, excepto a veces presenta revestimiento epitelial definido. Por esto se considera que es un quiste de retención verdadero.

TRATAMIENTO

Si la lesión es grande se achicará y luego se procederá a la marsupialización, o bien si es recidivante se removerá toda la glándula sublingual.

QUISTE DE RETENCION DEL SENO DEL MAXILAR

Esta es una variante poco común que se encuentra accidentalmente en radiografía dental

La lesión parece retención de glándulas mucosas asociada con el revestimiento del seno del maxilar, se desconoce la causa del quiste aunque ocasionalmente existen antecedentes traumáticos. Otros han sugerido que la sinusitis, alergia y la infección del seno son factores predisponentes.

ASPECTOS CLINICOS

Son asintomáticas, hay expansión bucal con sensación de aumento de peso del lado afectado, generalmente y si no se infecta es asintomático.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS

Radioopacidad o radiolucidez bien definida en forma de cúpula o hemiesfera.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

Son análogos al mucocele, no tienen revestimiento definido, su revestimiento es en ocasiones de epitelio tipo respiratorio.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se debe tener cuidado por diferenciar con los quistes periapicales de los dientes, con los fibrosarcomas, y con el quiste ciliado quirurgico del maxilar superior.

TRATAMIENTO

No es necesario ningún tratamiento, la mayoría de estos persisten sin cambios o desaparecen espontáneamente.

CAPITULO 5

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES EN GENERAL

El tratamiento consiste esencialmente en suprimir el tumor quístico por la extracción del interior del maxilar superior o inferior o de tejidos adyacentes. Ya sea la extirpación total, o conservando parte de la estructura quística.

Hay tres metodos generales para tratar a los quistes de cavidad oral.

- 1.- Enucleación
- 2.- Achicamiento
- 3.- Marsupialización

ENUCLEACION

Es una técnica quirúrgica que consiste en la completa extirpación del quiste (cápsula y contenido), la cavidad ósea que lo aloja queda por lo tanto vacía.

El cirujano alemán Dr. Partsch, establece dos métodos de cirugía para tratar estos quistes recomendados tambien por el Dr. Guillermo Ries Centeno en su texto de "Cirugia bucal".

METODO DE PARTSCH II CON SUTURA

Esta técnica esta indicada en quistes no mayores de 3 cm. de diámetro; aunque se han practicado esta técnica con sutura en algunos quistes de mayor tamaño con óptimos resultados, pero esto se restringe a quistes no infectados ni supurativos.

Esta técnica debe seguir los siguientes pasos:

- 1.- Incisión
- 2.- Desprendimiento del colgajo (semilunar o newman)
- 3.- Osteotomía
- 4.- Enucleación de la bolsa quística
- 5.- Tratamiento de las cavidades vecinas
- 6.- Tratamiento del diente causante
- 7.- Tratamiento de la cavidad ósea
- 8.- Sutura
- 9.- Tratamiento posoperatorio.

TECNICA DE LA ENUCLEACION

Cuando el quiste es muy grande se puede vaciar el contenido, lo que tiene por objeto disminuir el volúmen e impedir el vaciado en la cavidad bucal. Esto se hace realizando una punción de la bolsa quística con aguja de calibre mediano y se succiona con jeringa de vidrio, luego se secciona la pared con bisturf o tijera y se practica la limpieza del contenido con gasas. Tomamos los bordes de la incisión de la bolsa quística con pinzas de Kocher 2

para cada borde y con un periostomo o espátula de Freer se desprende la bolsa quística de su alojamiento óseo, esta maniobra no es tan simple en quistes supurativos.

Extraída en su totalidad se practica la hemostasis de la cavidad ósea con gasas, y se hace el raspado con objeto de eliminar la mas mínima membrana. Luego se pasa una torunda de agua oxigenada y se efectuan toques con una solución de cloruro de zinc al 10 %, con el objeto de eliminar todos los restos.

METODO DE ACHICAMIENTO

Se practica en quistes de gran volúmen, (dentígeros, residuales, o paradentarios, etc.), por estar relacionados con tejidos de importancia como el paquete vasculonervioso o dentario inferior en mandíbula, en los que tienen relación con el seno maxilar, o fosas nasales. Y en ambos maxilares cuando se presentan en relación con los dientes vitales o cuando queremos que el diente causante del quiste ocupa sus respectivos lugares en la arcada.

TECNICA

Buscamos por inspección y palpación el sitio mas declive o de facil acceso, para crear una ventana quirurgica que comunique la cavidad quística con la cavidad bucal, en algunas ocasiones esta ventana se obtiene por extracción del diente originario del quiste paradentario.

Una vez anestesiado, se secciona un colgajo en forma circular se realiza la apertura con escoplo o con fresas y se secciona la bolsa quística permitiendo el vaciamiento del quiste. Se lava con solución alcanforada y para evitar el cierre de la ventana quirúrgica se coloca un tubo de goma o polietileno los cuales se mantienen con puntos de sutura a la encía vecina, los cuales se retiran de 8-10 días hasta que los bordes de la comunicación crean lo ha epitelizado evitándose de este modo su cierre temprano.

La disminución del volumen del quiste se realiza en tiempo variable dependiendo del tamaño del quiste, edad del paciente, de 6 meses, 1 año y 2 años. Después de esto según el examen radiográfico se procede al tratamiento y operación del quiste en su totalidad.

TECNICA DE MARSUPIALIZACION

DEFINICION

Marsupialización es el método quirúrgico que consiste en resecar la porción superior o techo del quiste, y luego suturar los labios de la herida a los bordes sanos de la misma.

Los beneficios que se obtienen es conservar prácticamente intacto el contorno de los tejidos; dientes que radiográficamente están comprometidos y que tienen vitalidad; la hemorragia es rara y se evita el potencial de fractura quirúrgica.

Si el quiste está relacionado con dientes incluidos la erupción de los dientes se presentara si el quiste puede ser marsupializado en forma adecuada.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSION

Siendo que en la región maxilofacial se pueden desarrollar muchos quistes y entre ellos los más frecuentes los de -- origen odontogénico, siguiendo los no odontogénicos y los de -- retención mucosa.

Aunque se considera que los quistes son lesiones benignas, de crecimiento lento, centrales o periféricas es de importancia para el cirujano dentista identificar los diferentes tipos de quistes que se localizan en la cavidad bucal y estructuras parabucles; evitando así complicaciones que pudieran ser funestas tanto para los dientes, así como tejidos adyacentes. -- Por lo que en éste texto se a tratado de mencionar a cada uno de los quistes clasificándolos de acuerdo a su origen, identificando los signos y síntomas clínicos, radiográficos, e histológicos más característicos de cada entidad patológica respectivamente.

De esta manera poder diferenciar una lesión patológica de otra y hacer un diagnóstico diferencial con los tumores --- odontogénicos. Concluyendo que el cirujano dentista deberá -- hacer un estudio minucioso de cada paciente afectado logrando establecer un buen diagnóstico, aplicando los procedimientos -- más indicados para cada caso en particular para su tratamiento ya sea por el método de Eucleación, acnicamiento o marsupialización.

Preservando dientes sanos y estructuras adyacentes de -- importancia y evitar infecciones agudas de los quistes así como fracturas patológicas por su gran tamaño.

La odontología como ciencia médica que contribuya a forjar un buen estado de salud.

