

Vo Bo
20/01/93

281
2 EJ



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

FRECUENCIA DE QUISTES NO ODONTOGENICOS EN POBLACION MEXICANA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A .

ADRIANA RODRIGUEZ MORALES



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F. C. U.

1993



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

INTRODUCCION. . . . .	.1
CLASIFICACION DE QUISTES NO ODONTOGENICOS . . . . .	.3
QUISTE NASOPALATINO. . . . .	.4
QUISTE PALATINO MEDIO. . . . .	.16
QUISTE GLOBULOMAXILAR. . . . .	.18
QUISTE MANDIBULAR MEDIO. . . . .	.21
QUISTE NASDALVEOLAR. . . . .	.22
QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO. . . . .	.23
QUISTE EPIDERMOIDE. . . . .	.25
QUISTE DERMOIDE. . . . .	.26
QUISTE GASTROINTESTINAL HETEROTOPICO BUCAL. . . . .	.31
QUISTE OSEO ANEURISMATICO. . . . .	.35
QUISTE OSEO TRAUMATICO. . . . .	.40
QUISTE CILIADO QUIRURGICO DEL SENDO MAXILAR. . . . .	.44
DEFECTO OSTEOPOROTICO FOCAL DE MEDULA OSEA. . . . .	.44
DEPRESION LINGUAL MANDIBULAR POR GLANDULA SALIVAL. . . . .	.45
QUISTE LIMFUEPITELIAL. . . . .	.48
QUISTE PILAR. . . . .	.56
JUSTIFICACION. . . . .	.59
OBJETIVOS. . . . .	.59
HIPOTESIS. . . . .	.59
DISENO DE LA INVESTIGACION. . . . .	.59
DEFINICION DE LA POBLACION. . . . .	.60
MATERIALES Y METODOS. . . . .	.60
RESULTADOS. . . . .	.61
DISCUSION Y CONCLUSIONES. . . . .	.72
BIBLIOGRAFIA. . . . .	.78

INDICE DE TABLAS

TABLA 1

FRECUENCIA DE QUISTES NO ODONTOGENICOS POR SEXO. 63

TABLA 2

FRECUENCIA DE QUISTES EPIDERMOIDES POR EDAD Y SEXO. 64

TABLA 3

FRECUENCIA DE QUISTES EPIDERMOIDES DE LOCALIZACION
INTRABUCAL POR EDAD Y SEXO. 65

TABLA 4

FRECUENCIA DE QUISTES EPIDERMOIDES EXTRABUCALES POR
REGION Y SEXO. 66

TABLA 5

FRECUENCIA DE QUISTES DERMOIDES POR EDAD Y SEXO. 67

TABLA 6

FRECUENCIA DE QUISTES DERMOIDES POR REGION. 68

TABLA 7

FRECUENCIA DE QUISTES NASOPALATINOS POR EDAD Y SEXO. 68

TABLA 8

FRECUENCIA DE QUISTES PILARES POR EDAD Y SEXO. 69

TABLA 9

FRECUENCIA DE QUISTES PILARES POR REGION. 69

TABLA 10

FRECUENCIA DE QUISTES LINFOEPITELIALES POR EDAD Y SEXO. . . . 70

TABLA 11

FRECUENCIA DE QUISTES LINFOEPITELIALES POR REGION. 70

TABLA 12

FRECUENCIA DE OTROS QUISTES POR EDAD, SEXO Y LOCALIZACION. . . 71

INTRODUCCION

El estudio de los procesos patológicos que tienen asiento en los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal, es de primordial importancia dentro del proceso enseñanza-aprendizaje del Cirujano Dentista y por lo tanto para la adecuada atención de los pacientes en la Práctica Estomatológica diaria.

El Cirujano Dentista debe estar consciente, que al revisar un paciente ó una radiografía, se puede enfrentar con alteraciones patológicas, que en algunas ocasiones pueden presentar manifestaciones clínicas claras y en otras, solamente un buen escrutinio de los tejidos, por medio de la auscultación visual y la palpación concienzuda de los tejidos blandos bucales, aunado al hecho de realizar una buena historia clínica, le permitirá descubrir aquellos procesos anormales presentes en dichos pacientes. Si a esto sumamos la toma de buenas radiografías, una cuidadosa revisión de los tejidos duros que forman la cabeza y el cuello, y no solamente aquellos que forman los órganos dentarios, sino también los que rodean a éstos (hueso, ligamento periodontal y cavidades adyacentes normales), la atención estomatológica proporcionada, será de buena calidad, por lo que ello redundará en una buena salud de nuestros pacientes, no solamente bucal, sino en general de todo el organismo.

El Cirujano Dentista no solamente debe ser capaz de reconocer los procesos patológicos propios de la cavidad bucal, asimismo, debe ser capaz de localizar otros más que se encuentran en las áreas adyacentes de cabeza y cuello.

Los Quistes de origen no Odontogénico se localizan en cualquiera de las áreas intra y extra-bucales, en general son fá-

ciles de reconocer, ya que se presentan como aumentos de volumen de crecimiento lento ó como cavidades patológicas intraóseas.

Su diagnóstico es muy importante, ya que dependiendo del tamaño que alcancen, será la cantidad de tejido que retirará el Cirujano, por lo que la responsabilidad del Cirujano Dentista estriba en reconocerlos y diagnosticarlos en forma temprana, durante la revisión clínico-radiográfica de rutina y si su habilidad quirúrgica lo permite, extirparlos lo más pronto posible.

En el caso de que no le sea posible realizar este tipo de intervenciones quirúrgicas, deberá de remitirlo a un Especialista en Patología Bucal, el cuál a su vez, ya habiendo evaluado el caso, lo remitirá al Cirujano Bucal ó Maxillo-Facial, para su tratamiento definitivo.

En este mismo aspecto, el Cirujano deberá extirpar adecuadamente la lesión, colocarla en un medio fijador apropiado y enviarla a un Laboratorio especializado en Patología Bucal, con los datos clínico-radiográficos suficientes, donde un especialista de esta rama, lo revisará al microscopio, realizará una correlación anatomo-patológica y emitirá el diagnóstico correcto.

El objetivo de este trabajo, es presentar una recopilación de los casos de Quistes no Odontogénicos atendidos en las Clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México y se enviaron al Servicio de Diagnóstico en Patología Bucal de esa institución, analizar sus características clínicas, distribución y frecuencia, para concientizar a los Cirujanos Dentistas de Práctica General que su diagnóstico es importante durante la Atención Estomatológica diaria.

CLASIFICACION

" QUISTES NO ODONTOGENICOS "

DEL DESARROLLO	PSEUDOQUISTES	DE TEJIDOS BLANDOS
Nasopalatino	Oseo Traumático	Linfoepitelial
Globulomaxilar	Oseo Aneurismático	Dermoide
Mandibular Medio	Defecto Osteoporótico de Médula Osea	Epidermoide
Nasoalveolar	Defecto de Stafne	Pilar
Palatino Medio		Ciliado Quirúrgico del Maxilar Super- rior.
Del Conducto Tirogloso		
Gastrointestinal		
Heterotópico Bucal		

QUISTE NASOPALATINO

SINONIMIA:

Quiste del conducto nasopalatino; Quiste del canal incisivo; Quiste maxilar anterior medio; Quiste anterior medio; Quiste palatino medio anterior; Quiste maxilar medio.

MEYER (1) y CONGDON (2), fueron los primeros en describir este fenómeno como: "Un supernumerario único del seno paranasal, directamente por arriba del incisivo superior". Después en términos generales, como quiste anterior medio (3,4), quiste maxilar medio (5), palatino medio anterior (6), quiste del canal incisivo (7,8). Algunos autores (9-12) definen al quiste del conducto nasopalatino como aquel que está completamente dentro del hueso. El tipo de quiste en el tejido blando se define como quiste de la papila incisiva. Evitando el aspecto controversial de esta etiología y localización exactas, SALMAN (13), clasifica este quiste incluyendo al quiste palatino medio, dentro de los quistes palatinos mediales. Ya que, de la misma forma, la mayoría de estos quistes derivan a partir de remanentes epiteliales, se prefiere usar solamente el término quiste del conducto nasopalatino.

En 1914, MEYER (1) fue el primero en describir el quiste del conducto nasopalatino (QCNF) como un "seno nasal supernumerario". El QCNF, conocido comúnmente como quiste del canal incisivo, es el más común de los quistes no odontogénicos de los maxilares, apareciendo en el 1% de la población (14-20). La incidencia de quistes del canal incisivo varía desde el 1.3 al

11.7% (21,22). La distribución por sexos aparece igual según el reporte de PINDBORG y HJORTING HANSEN (23). De cualquier forma, algunos investigadores creen que se presenta predominantemente en hombres (24). La detección se hace generalmente entre la cuarta y sexta décadas (21,25).

Stafne (26), consideró que el quiste del desarrollo se observa en uno de cada 100 pacientes.

Su origen es a través de la proliferación de los remanentes epiteliales del conducto nasopalatino (14,15,27,28), que pueden proliferar por el estímulo de un trauma, infección (29), ó retención mucosa (16,17,27).

La causa exacta del quiste es confusa, pero los factores posibles incluyen: trauma y/o infecciones (30,31), así como la fuerza de masticación ó presión de una dentadura (30,32). Como causa, también se sugiere infección de los incisivos ó desde la nariz. La genética y raza son factores importantes (21,33). La degeneración quística espontánea de remanentes epiteliales solamente es sugestivo de la causa, porque este quiste se origina en el canal incisivo del feto humano (34).

El quiste del canal incisivo ó QCNP es el tipo más común de los quistes de desarrollo (21,35,36).

CAUSAS:

En la literatura, el desarrollo embriológico de la parte anterior del paladar esta todavía sujeta a controversia. El desarrollo de la cara y cavidad bucal, toma lugar durante la cuarta y octava semanas intrauterinas. Los centros de crecimiento forman elevaciones y procesos, los cuales se unirán en una etapa

posterior (37).

Usualmente, los surcos entre los procesos se suavizan por la proliferación del centro de crecimiento mesenquimatoso (38-42).

De hecho, hay pocas áreas donde los procesos de desarrollo hacen contacto ectodermo con ectodermo, con la subsecuente degeneración ectodérmica (40,42-44).

La construcción primaria de los procesos, involucra el desarrollo de los procesos naso-frontales desde la región del procencéfalo (45,46). Al término de la cuarta semana intrauterina, se desarrollan 2 procesos laterales y desde el proceso naso-frontal 2 procesos nasales medios (41,42,47). Algunos autores tienen establecido que éste es un solo proceso nasal medio con un surco central (40,44,48-50). El proceso nasal lateral no toma parte en la formación de la cavidad bucal (38).

A partir del primer arco branquial, se desarrollan 2 procesos mandibulares, que formarán el arco mandibular en el estadio temprano (38) y dos procesos maxilares.

Al final de la 5ª semana intrauterina, los procesos nasales medios se unen y forman el segmento intermaxilar. Este segmento intermaxilar es el responsable de la formación del filtrum del labio superior, la sutura alveolar superior en la región intercanina y el paladar primario (42,51,52). En la opinión de algunos embriólogos, el labio superior se forma enteramente a partir de ambos procesos maxilares (53); WOOD et al (54), rechazan la existencia de una premaxila.

Entre la 7ª y 8ª semanas intrauterinas, la parte media

de los procesos maxilares; los llamados procesos palatinos, crecen hacia abajo en una posición lateral a la lengua (37).

A causa de la aceleración del crecimiento de la mandíbula, la lengua adquiere más espacio (55) además intervienen otros mecanismos no completamente explicados (56), aunque el crecimiento horizontal de las tablas palatinas es otro mecanismo posible (57). Durante la 8ª y 12ª semanas, los 2 procesos palatinos unidos; primero en el 1/3 anterior y después más posteriormente, forman el paladar secundario. En la línea de fusión pueden quedar atrapados restos epiteliales (39,58-61).

Estos remanentes epiteliales emigran a la superficie debido a la actividad del mesénquima y durante esta migración desaparecen, si no sucede así, desaparecen en el primer año de vida (62,63).

En la línea media, entre los paladares primario y secundario, persisten 2 pequeñas aperturas, conocidas como del canal incisivo (53,62). Probablemente, el proceso palatino crece más que el paladar primario en cualquiera de los dos lados del séptum nasal (64). Esto da por resultado la formación de un par de capas epiteliales a través del canal incisivo hacia atrás y adelante (65-67), dichas capas conectan los epitelios nasal y bucal. Es rara la presencia de un conducto que conecte las cavidades bucal y nasal, en algunas ocasiones ésta se puede encontrar en fetos (68,69). A esta estructura, PETER (70) propuso el nombre de tracto nasopalatino.

En 1920, CONGDON (2) sugirió que el posible origen del quiste proviene de la proliferación de los remanentes epiteliales del conducto nasopalatino.

Se sugieren como causas: trauma, un golpe directo durante la formación del canal incisivo (71-73) ó indirectamente durante la masticación (74,75), en particular cuando la dentadura está mal ajustada (76), si ésto es cierto, el quiste no debe tener predilección por sexo.

También se sugiere como causa; la infección bacteriana, ya sea en la cavidad nasal, en la cavidad bucal ó simultaneamente y entonces los remanentes epiteliales proliferan (76-79). De cualquier forma, una conexión abierta con la cavidad bucal ó la cavidad nasal es extremadamente rara, y la entrada de bacterias es escasa (80,81).

Se sugiere un fenómeno de retención como otra posibilidad (66,69,74,78,82-87). Los conductos bloqueados de glándulas mucosas y acumulación de secreciones pueden ser los responsables de la expansión quística. Los factores en contra de este origen son que rara vez se pueden demostrar las conexiones entre las glándulas mucosas y el conducto luminal (88). También es improbable que la presión secretoria sea de la magnitud suficiente como para producir resorción ósea.

Se describe la presencia de líneas pigmentadas en el quiste del conducto nasopalatino, este hallazgo sugiere la degeneración de neuronas olfatorias (89,90). Existe la posibilidad que el quiste del conducto nasopalatino se origine desde el epitelio de los órganos vómero-nasales de Jacobson (91). De cualquier forma, la relación anatómica del canal incisivo, la falta de epitelio sensorial especial (92) y el hecho de que la expansión quística de los órganos de Jacobson probablemente

ocurre en la submucosa dentro de la cavidad nasal, está contra esa causa.

Ya que se describe la degeneración quística del canal incisivo (80,93,94) en la línea media del paladar (63,95,96) de fetos humanos, la proliferación espontánea de los remanentes epiteliales de la pared del conducto nasopalatino es otra explicación para su desarrollo (81).

Se sugiere un posible factor racial, por la característica de que los quistes nasopalatinos son muy largos y crecen rápidamente, característica parecida solamente al quiste palatino medio y al quiste nasoalveolar. los cuales se ven frecuentemente en pacientes negros jóvenes (80,97-102).

EPIDEMIOLOGIA:

El quiste del conducto nasopalatino es el más común de los quistes no odontogénicos del área bucal (103-107). En el espectro de los quistes de los maxilares comprende del 1.7% al 11.9% (72,81,84,91,104,108-111).

MEYER (3), establece una incidencia del 1.5% en el examen de 600 cadáveres. KILLEY et al (72), detectaron 2 quistes del conducto nasopalatino en el examen de 2394 cráneos. BURKET (82), estudió 35 necropsias de especímenes humanos, estableciendo que los quistes no odontogénicos en la región maxilar anterior comprendían el 33%. STAFNE et al (12) y ABRAMS (112), mencionan una incidencia total del 1%.

La edad promedio en momento de diagnóstico está entre la 2ª y 5ª décadas (81,113). Debido a su crecimiento atrasado, no es posible su detección temprana, el quiste del conducto nasopa-

latino se descubre rara vez en niños (72,97,114). Contrario a DAS y KOLEY (91) y PINDBORG y HJORTING-HANSEN (23), otros autores establecen que los hombres están más afectados que las mujeres (115,116). Se reporta la relación hombre-mujer de 1.8:1 ó arriba de 20:1 (72,81,92,104,113).

La pigmentación del quiste nasopalatino se observa en forma extremadamente rara. Sólo se tienen reportados 3 casos (117). En 2 casos, la pared estaba compuesta por fibras colágenas y contenía elementos neurovasculares, las glándulas mucosas se presentaron en 1 caso (117,118). REDMAN (119), sugirió un origen a partir del conducto nasopalatino, cuyas células se diferencian a epitelio olfatorio. STAM et al (120), consideran que el epitelio se desarrolla a partir de remanentes del órgano de Jacobson. El revestimiento epitelial en dichos quistes no presenta similitudes y es parecido al quiste del conducto nasopalatino, lo que indica derivación desde el mismo conducto epitelial sin antecedentes diferenciales. La detección de melanocitos dentríticos explica la presencia de melanina (118).

CARACTERISTICAS CLINICAS:

El quiste del conducto nasopalatino es generalmente asintomático, por lo que en consecuencia se detecta como coincidencia en radiografías y frecuentemente es la única indicación del desarrollo quístico. Ocasionalmente, las manifestaciones clínicas del mismo son por inflamación, más comúnmente en la parte anterior (91,113,121). En casos raros, se puede observar una fluctuación entre el paladar y el labio (106,111,122-124).

El quiste rara vez provoca deformación facial (101,102).

Se reporta abultamiento dentro de la cavidad nasal y distorsión de la porción caudal del séptum nasal y base del eje central (68,125,126). HYDE (78), presenta un caso donde la oclusión nasal da por resultado la pérdida del olfato.

Aún cuando el dolor es poco común (113,75), la expansión del quiste dentro del canal incisivo puede provocar presión sobre los nervios nasopalatinos, lo cual es creíble, ya que es una de las causas de estos síntomas (3,9,127,128), especialmente en casos de infección secundaria. Debido al drenaje intermitente, estos síntomas frecuentemente son poco severos y pueden persistir por un largo tiempo antes de que los pacientes soliciten tratamiento (129,130).

Aparece a cualquier edad incluso en el feto, aunque es más frecuente entre la 4ª y 5ª décadas de la vida y no tiene preferencia por sexo (26).

Se presenta como un aumento de volumen simétrico en la región anterior de la línea media del paladar. En los casos de quistes más grandes, puede observarse aumento de tamaño en la región labial del reborde alveolar maxilar (131).

La mayor parte de los casos son asintomáticos, el signo clínico que sugiere la lesión es el aumento de volumen simétrico. Por lo general, después de una infección se presentan síntomas que consisten en rápido aumento de tamaño (131).

Un caso clásico es el de pacientes con dolor en la porción anterior del maxilar. A la exploración clínica se observa deformación facial, sin inflamación palatina, los dientes del área por lo general son vitales. La radiografía oclusal demuestra

una radiolucidez irregular detrás del incisivo central. Se realiza la enucleación quirúrgica observándose una cavidad quística.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

El quiste esta situado dentro o cerca del canal incisivo, justo atrás de los incisivos centrales maxilares, puede verse en las radiografías muy relacionado con los ápices de los dientes superiores y se puede confundir con lesiones apicales (37).

El quiste aparece como un área radiolúcida bien circunscrita en ó cerca de la línea media, generalmente con una línea blanca marginal, indicando circunscripción cortical (10,132-134). En casos raros se pueden ver quistes accesorios (123). La diferencia radiográfica entre un quiste del conducto nasopalatino y una fosa incisiva normal puede ser difícil.

En su estudio de 2162 cráneos, ROPERHALL (76) concluye que el diámetro máximo de una fosa incisiva grande es de 6mm. Una radiolucidez de 6mm ó menos, con síntomas presentes, puede ser considerada como parte de la anatomía normal. Contrario al quiste, la fosa incisiva pocas veces es bien definida en los bordes superior e inferior (12,72). La aspiración puede ser de utilidad en la diferenciación entre un quiste y una fosa incisiva grande (6).

El contorno del quiste es circular, ovoide o en forma de pera (135). Ya que se considera que el quiste está presente en la porción bucal del canal incisivo, aquellos que son redondos se localizan más hacia la nariz (106). Algunas veces el quiste puede aparecer en forma de corazón, porque lo recorta el séptum nasal. La lámina dura alrededor de la raíces apicales está intacta (108,114,136). Rara vez se ve resorción radicular, causada por

actividad osteoclástica iniciada por la presión del quiste (5, 113,124). En quistes muy grandes, la expansión puede causar desplazamiento de las raíces de los incisivos centrales. Se describe la calcificación del contenido quístico (137-139).

CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS:

Muchos investigadores consideran que el tipo de revestimiento epitelial depende de la proximidad de la lesión a la cavidad nasal (72,81,88,111,140). La mayoría de los quistes localizados superiormente, están revestidos por epitelio respiratorio, mientras que aquellos localizados en una posición inferior cerca de la cavidad bucal, están compuestos de la variedad escamosa. El posible carácter pluripotencial de los remanentes epiteliales embriológicos (81,141) y la transformación del epitelio escamoso (72,88) en epitelio respiratorio se les considera otra explicación para los varios tipos de epitelio quístico. La actividad epitelial es baja como indica el estudio de MAIN (110), quien encontró un valor mitótico de 2.3 por 10mm de membrana basal en los quistes del conducto nasopalatino.

En su estudio, ABRAMS et al (88) identificaron un revestimiento epitelial escamoso en 50 (82%) de 61 conductos nasopalatinos. Otros revestimientos pueden consistir en epitelio cuboidal aplanado, epitelio columnar y epitelio respiratorio, ocasionalmente con células de Goblet (88,91,107,142-145). De cualquier forma, solamente los cortes seriados pueden demostrar todos los tipos epiteliales presentes (80).

El contenido de la pared quística es una ayuda importante en el diagnóstico (146). En el líquido quístico se pueden

encontrar eritrocitos, leucocitos, células epiteliales descamadas, restos de tejido y bacterias.

ABRAMS et al (88), encontraron un 88% de incidencia de nervios de talla moderada y un 87% de incidencia de arterias y pequeñas venas. Glándulas mucosas asociadas, se identificaron en el 31% de los casos. En la literatura, la presencia de glándulas sebáceas se reportó una sola vez (64). La presencia de cartílago hialino se puede explicar como metaplasia condroide en tejido inflamado y la formación reactiva de hueso se encuentran rara vez (147). Se reportó la presencia de un pequeño cálculo (137,139) y quistes con y sin colesterol (76,78).

La cavidad esta tapizada de epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado pseudoestratificado y epitelio cúbico. Con frecuencia, la pared de tejido conjuntivo de este quiste presenta infiltrado inflamatorio (26).

En un caso presentado por REDMAN (148), en un paciente masculino de 47 años, una lesión diagnosticada como quiste del conducto nasopalatino estaba revestida con epitelio olfatorio atrófico, conteniendo una cantidad variable de pigmento café dorado, los resultados del estudio histoquímico indicaron que el pigmento del quiste, las áreas atróficas de epitelio olfatorio y ciertas neuronas del sistema nervioso central contenían lipofuscina y melanina. Este descubrimiento junto con observaciones recientes, sugiere que los pigmentos neuronales y olfatorios consisten en acumulación de lipofuscinas producidas por auto-oxidación del contenido lisosómico y, en situaciones particulares, melanina sobreimpuesta.

En la opinión de varios autores (149-151), estos quistes se originan a partir de remanentes del Órgano Vomero-nasal de Jacobson. Esta área de estructura tubular se localiza en el piso de la cavidad nasal a lo largo y a cada lado del septum. Estas cavidades están revestidas en parte por epitelio olfatorio accesorio (152). A partir de remanentes del órgano de Jacobson se puede explicar la aparición del pigmento melánico. STAM et al (120), estudiaron 2 casos de quiste del conducto nasopalatino con melanina en su revestimiento epitelial en dos pacientes masculinos de 32 y 64 años.

TRATAMIENTO:

Ya que los nervios y arterias nasopalatinas corren a través del canal incisivo, la excisión quirúrgica de los quistes del conducto nasopalatino comúnmente dan por resultado una resección parcial de estas estructuras (37).

Ya que rara vez se observa crecimiento rápido del quiste del conducto nasopalatino, generalmente se acepta que la intervención quirúrgica solo será necesaria si se presentan síntomas clínicos tales como inflamación, descarga o dolor, o en casos de quistes muy grandes, para propósitos de diagnóstico histológico (153-154). Una excisión con colgajo palatino es el procedimiento apropiado (156-159).

En caso de quistes muy grandes, en donde es muy probable que se presente el riesgo de fístulas naso-orales u oro-antrales ó debilitación de los dientes, está indicada la marsupialización (101,102,113,160,161). En el caso de una pequeña perforación postoperatoria, será benéfico colocar una cubierta de acrílico, la cicatrización no será complicada y tardará poco tiempo (143).

Después de la excisión del quiste, usualmente hay regeneración ósea normal (142,162,163). HEDIN et al (115), en un estudio postoperatorio de 43 pacientes, encontraron regeneración ósea completa en un 70% de los casos después de 3 años. Hay la misma tendencia de regeneración ósea tanto con los quistes grandes como en los pequeños. Si de cualquier manera, después de 2 años, hay todavía una radiolucidez persistente, ésta está generalmente causada por una cicatriz (76,115,164). Ni reincidencia ni transformación maligna del quiste del conducto nasopalatino han sido mencionadas en la literatura (10,81).

Puede no estar justificada la excisión quirúrgica en pacientes dentados. Sin embargo, si en pacientes desdentados no se hace la enucleación del quiste antes de instalar un aparato de prótesis, ésto puede favorecer la infección aguda más la perforación de la mucosa con drenaje de pus (26).

QUISTE PALATINO MEDIO

La diferenciación entre un quiste palatino medio y un quiste del conducto nasopalatino es difícil (13,165-167).

El quiste palatino medio se origina a través de los remanentes epiteliales que se incluyen durante el cierre del paladar secundario (5,63,81,94,168,169). Se observa paralelismo entre él y el desarrollo de Perlas de Epstein (63,157,171,176). BURKE et al (95), sugieren que "una aparente diferenciación glandular abortiva resulta en la formación quística y ésta puede ser un origen adecuado del quiste fisural palatino medio". Aunque el quiste palatino medio frecuentemente puede aparecer en fetos, usualmente desaparece en la vida fetal tardía ó postnatal porque

la estructura del quiste tiene comunicación con la superficie mucosa y eventualmente drena hacia afuera a causa de la actividad de crecimiento del tejido subyacente (62,63,94,95,172). La llamada submucosa quística, entre el hueso y la superficie mucosa del paladar (173), puede ser una parte de este proceso.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Se encuentra en la línea media del paladar duro entre las apófisis palatinas laterales; aparece en cualquier edad y no tiene predilección por sexo. Puede crecer durante un periodo prolongado y producir una tumefacción palatina clínicamente visible (26).

Se manifiesta con una inflamación localizada en la línea media del paladar atrás de la papila incisiva (128,165,168,173). El quiste puede elevar el piso nasal e interferir con la respiración (83,98,174,175).

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Radiográficamente, el quiste se presenta como una radiolucidez bien definida, ovoidea ó circular detrás del forámen incisivo (5,165,168,173).

Se observa una zona radiolúcida bien circunscrita en la parte media del paladar, frente al sector de premolares y molares, bordeada de una capa de hueso esclerótico (26).

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

El margen del quiste consiste de epitelio escamoso, transicional ó respiratorio (132,160,170,175,176). La ausencia de mucosa glandular en la pared del quiste se menciona como un

importante criterio para el diagnóstico y diferenciación histológica entre un quiste del conducto nasopalatino y un quiste palatino medio (83,157,168). Sin embargo, 2/3 partes del quiste del conducto nasopalatino no presentan glándulas mucosas en sus paredes lo cual hace difícil la diferencia por medio de este criterio (37).

Muchas autoridades creen que el quiste palatino medio es actualmente un quiste del conducto nasopalatino que se formó más dorsocranealmente en el canal incisivo (81,125). Por esta razón, el término quiste palatino medio ha sido abandonado en el QUIEN de la clasificación quística (107). Un punto de vista parecido se tiene para el quiste maxilar alveolar medio (177,178).

Es una cavidad revestida por epitelio escamoso estratificado y rodeada por tejido conjuntivo fibroso denso, que puede tener infiltrado inflamatorio crónico (26).

TRATAMIENTO:

Curetaje minucioso y enucleación es la terapia de preferencia, a menos que existan fistulas oro-nasales (100,160, 179).

QUISTE GLOBULOMAXILAR

SINONIMIA:

Quiste premaxilar-maxilar

CAUSAS:

El quiste globulomaxilar es un proceso quístico formado de células del ectodermo atrapadas en la fisura globulomaxilar (180).

El quiste globulomaxilar lo describió primero Thoma (181) en 1937, este proceso puede estar localizado entre las raíces del incisivo lateral y el canino vitales.

Las opiniones de la existencia del quiste globulomaxilar varían. ¿Es correcta la hipótesis de Thoma ó son muchos procesos radiográficamente similares al quiste globulomaxilar?

Christ (182) describe 6 casos en que la radiografía y las fotografías clínicas son aquellas de quistes globulomaxilares, cuando en realidad, 4 de ellos fueron queratoquistes odontogénicos y los otros dos, quistes inespecíficos. Zegarelli (183) describe 3 casos en que la clínica y rasgos radiográficos conducen a un diagnóstico de quiste globulomaxilar, pero el examen histopatológico indica diagnóstico diferente. Esto hace parecer que la existencia del quiste globulomaxilar es dudosa. Varios autores sugieren que no existe una conexión ectodérmica entre el proceso globular y el proceso maxilar, así que no hay posibilidad que las células del ectodermo se encuentren atrapadas en esta región. Por lo tanto, el quiste en esta área puede ser cualquier quiste: un lateral periodontal, dentífero, o primordial (184, 185). Otros autores describen áreas radiolúcidas que tienen rasgos definitivos de quiste globulomaxilar, pero el examen histopatológico revela procesos tumorales (183, 186, 187).

FERENCZY (188), postuló que el quiste globulomaxilar se forma apartir de restos epiteliales atrapados en la región de la sutura incisiva. CHRIST (182) evaluó a fondo la literatura relacionada con los quistes globulomaxilares y concluyó que desde el punto de vista embriológico, los procesos faciales "per se" no existen y el ectodermo no queda atrapado entre las fisuras facia-

les del complejo nasomaxilar. De este modo, ella piensa que este quiste debe retirarse de la categoría de los quistes orofaciales de inclusión, ya que los conceptos embriológicos modernos no apoyan este punto de vista (26).

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Rara vez presenta manifestaciones clínicas. Casi todos los casos registrados se han descubierto de manera accidental durante un examen radiográfico de rutina. Rara vez el quiste se infecta y cuando eso sucede, el paciente puede quejarse de malestar local o dolor en el área (26).

Suele aparecer antes de la edad de 20 años. No parece haber predilección sexual, aunque tal vez aparezca con más frecuencia en varones (26).

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

En radiografías, este proceso aparece en forma de pera como un área radiolúcida dentro de la cresta alveolar presionando las raíces del lateral adyacente y el canino vitales (1812), que ocasiona divergencia radicular (26).

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

El quiste se describe con una pared gruesa revestida por una "hiperplasia no odontogénica" de epitelio escamoso estratificado (180).

Cavidad tapizada de epitelio escamoso estratificado o epitelio columnar ciliado. Sin embargo, Christ (182) destacó que en la literatura no hay ningún caso aceptado de quiste globulomaxilar que esté revestido de epitelio columnar ciliado

seudoestratificado. El resto de la pared se compone de tejido conjuntivo fibroso, que por lo general presenta infiltrado inflamatorio (26).

En un gran número de casos, reexaminados (37 quistes globulomaxilares), se demostró que correspondían a quistes radiculares, granulomas periapicales, quistes periodontales laterales, queratocistes odontogénicos, granulomas centrales de células gigantes, un GOC y un mixoma odontogénico. Por esta razón se sugiere no utilizar el término "Quiste Globulomaxilar" (131).

TRATAMIENTO:

Enucleación quirúrgica, si es posible preservando dientes adyacentes (26).

QUISTE MANDIBULAR MEDIO

Su origen es discutible, pudiendo ser por la degeneración quística de un germen dental supernumerario (26).

CARACTERISTICAS CLINICAS:

La mayor parte de los quistes mandibulares medios son clínicamente asintomáticos y solo se descubren durante el examen radiográfico de rutina. Rara vez producen expansión obvia de las placas corticales óseas y los dientes adyacentes, quienes a menos que sufran otra alteración, reaccionan en forma normal a las pruebas de vitalidad (26).

Puede presentarse a cualquier edad y parece no tener preferencia por sexo. Se localiza en la línea media, por debajo de los incisivos centrales inferiores (26).

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Area radiolúcida circunscrita uni o multilocular (26).

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

Epitelio escamoso estratificado o una combinación de epitelio de este tipo y cilíndrico ciliado (26).

TRATAMIENTO:

Extirpación quirúrgica conservando dientes adjuntos (26).

QUISTE NASOALVEOLAR.

SINONIMIA:

Quiste nasolabial y Quiste de Klestadt.

Al quiste nasopalveolar se le denomina también nasolabial. El primer término no es adecuado pues no es un quiste verdadero del maxilar, si no que más bien corresponde a un quiste de tejidos blandos que no afecta al alveólo, por lo que se prefiere la denominación de Quiste nasolabial (131).

No se conoce bien la patogenia de la lesión, en el pasado se pensó que se originaba por secuestro epitelial en el sitio de fusión entre las porciones globulares de los procesos nasal lateral y maxilar; después se refutaron las bases embriológicas planteadas. En la actualidad se acepta que la patogenia se relaciona con el desarrollo de las porciones superior e inferior de los conductos nasolagrimal. Se piensa que el quiste se origina en restos del sólido cordón celular que forma la terminación caudal del conducto nasolagrimal. El quiste puede originarse también en la porción anteroinferior del conducto después

del desarrollo. La presencia de quistes nasoalveolares bilaterales apoya esta teoría (131).

CARACTERISTICAS CLINICAS:

El quiste nasoalveolar puede causar tumefacción del pliegue mucolabial, así como elevación del piso y ala de la nariz, se localiza cerca de la unión del ala nasal y el surco nasogeniano. Puede producir erosión superficial de la cortical externa del maxilar debido a la presión del quiste, pero debe señalarse que no son lesiones óseas, por lo tanto, no se observan en la radiografía (26).

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

Desde el punto de vista microscópico, el quiste nasoalveolar puede estar revestido por epitelio columnar pseudoestratificado, el cual algunas veces es ciliado, a menudo con células caliciformes y epitelio escamoso estratificado (26).

TRATAMIENTO:

El quiste puede extirparse quirúrgicamente, aunque debe tenerse cuidado de impedir la perforación y el colapso de la lesión (26).

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

Aparentemente se origina de los remanentes de este conducto. La razón de la aparición del quiste se desconoce, pero puede favorecerse por la infección del tejido linfóide en el área de los remanentes del conducto tirogloso al drenar un absceso de vías respiratorias superiores (26).

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Clínicamente aparece como una masa quística, firme, en la línea media, de tamaño variado, desde pocos milímetros a varios centímetros. Puede estar a un lado de la línea media. Por lo general, la protuberancia se desarrolla lentamente y es asintomática, a menos que esté situada en la parte alta del conducto, cerca de la lengua. En dichos casos puede haber disfagia (26).

El quiste en sí puede estar cerca del extremo superior del conducto, en el piso de la boca o en posición inferior cerca del cartilago cricoides. A veces se formará un fistula que sale del quiste y se abre en piel o superficie mucosa (26).

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

Cavidad revestida por epitelio escamosos estratificado, epitelio columnar ciliado o epitelio de transición. Al aumentar la presión intraquística, las células pueden aplanarse. La pared de tejido conjuntivo del quiste con frecuencia contendrá pequeñas placas de tejidos linfoide, tiroideo y glándulas mucosas (26).

TRATAMIENTO:

Extirpación quirúrgica total radical. Aunque es raro, tiene interés el hecho de que se han notificado casos de carcinoma desarrollado a partir de remanentes del conducto tirogloso ó del revestimiento epitelial de los quistes de dicho conducto (26).

QUISTE EPIDERMÓIDE

Deriva de la inclusión de restos epiteliales en la línea media, durante el cierre de los arcos mandibular y branquial hioideo (26).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

El quiste epidermoide se observa raramente en neonatos o infantes. La mayoría aparecen en adultos jóvenes, generalmente antes de los 35 años y no presenta predilección por sexo (189).

La localización se puede describir anatómicamente como sublingual o genioglosa, geniohioidea o lateral (190). El tipo sublingual o geniogloso del quiste dermoide, se localiza en la línea media bajo la lengua o entre los músculos geniohioideo y milohioideo y presiona la lengua hacia abajo atrasando el crecimiento. El quiste geniohioideo aparece en la línea media del área submentoniana entre la piel y el músculo geniohioideo, dando apariencia de papada. El quiste lateral se localiza bajo la mandíbula. Este crecimiento desciende, se acerca al hueso hioides desplazando el piso de la boca y presionando la lengua hacia el lado opuesto (191).

Los síntomas incluyen un atraso progresivo de agrandamiento en el área involucrada. El quiste tiene una consistencia característica de masa. Puede ocurrir que dificulte el habla, deglución y respiración. Las dificultades al deglutir y respirar pueden desarrollarse rápidamente. El dolor poco común a menos que halla presión o infección en la extensión del nervio lingual (192). El quiste puede estar infectado secundariamente, puede desarrollarse un seno en el tracto y abrirse intra o extra bucal-

mente. Degeneración maligna con nódulos linfáticos, ha sido sugerida pero nunca se ha documentado (193).

Se presenta en la adolescencia, no muestra preferencia alguna por sexo. Se localiza en piso de boca y áreas submandibular y sublingual (26).

Aparece como un aumento de volúmen de consistencia suave, móvil, generalmente asintomático, a menos que se infecte en forma secundaria, cuando alcanza gran tamaño puede provocar disfagia ó problemas con la deglución (26).

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

Un quiste epidermoide tiene un epitelio escamoso estratificado marginal sin anexos estructurales y generalmente presenta queratinización (194).

Según la complejidad de la lesión, varía la apariencia histológica del quiste epidermoide, algunos quistes sólo se componen de una pared de tejido conjuntivo revestido por una capa delgada de epitelio escamoso estratificado, que suele queratinizarse y el espacio puede estar lleno de queratina. Es posible que no haya otras estructuras especializadas manifiestas (26).

TRATAMIENTO:

Debe extirparse quirúrgicamente y por lo general no recurre (26).

QUISTE DERMOIDE.

Se proponen varios métodos de clasificación para el quiste dermoide del piso de la boca, basados en su etiopatogenia, histología, y criterio anatómico.

Colp (195), distingue 3 tipos diferentes, de acuerdo a la relación anatómica entre el quiste dermoide y los músculos del piso de la boca: 1) Quiste sublingual o geniogloso medio: alrededor del músculo geniohioideo; 2) Quiste submentoniano o geniohioideo medio: entre los músculos geniohioideo y milohioideo y 3) Quiste lateral; sobre el cuerpo de la mandíbula.

Basado en el criterio histológico, MEYER (196) llama a todos los quistes dermoides disontogénicos, y los divide en 3 grupos: 1) el tipo epidermoide, que es una membrana epitelial soportada por una cápsula fibrosa, sin apéndices dérmicos; 2) el tipo dermoide, consiste de un revestimiento epitelial con apéndices dérmicos así como glándulas sebáceas, sudoríparas, y folículos pilosos en la cápsula; 3) el tipo teratoide que es un revestimiento epitelial con una cápsula fibrosa que contiene apéndices dérmicos, derivados de tejido conjuntivo así como hueso, músculo, y mucosas gástrica y respiratoria.

La patogénesis del quiste dermoide localizado en el piso de la boca no está establecida definitivamente. Un cierto número de investigadores apoya la teoría de implantación epitelial embriológica, mientras que otros proponen la teoría de la implantación traumática (197). El complejo desarrollo embriológico de las estructuras del piso de la boca, la consistencia en la descripción clínica, y la usual ausencia de lesión significativa de esta área, sugieren que la mayoría de estas lesiones son congénitas como contra parte opuesta a un origen traumático (197).

MEYER (198), SFOUGE (199), SHAFER et al (200), LUCAS

(201), y muchos otros autores, mencionan que el quiste dermoide del piso de la boca deriva de enclavamiento de células epiteliales o restor en la línea media, durante el cierre de los arcos hioideo y mandibular.

MEYER (198), establece que algunos de estos quistes pueden formarse por remanentes del tubérculo impar de His que junto con el proceso lateral desde el interior de la superficie de cada arco mandibular, desde el cuerpo de la lengua y el piso de la boca (202). SEWARD (203), cree que el quiste dermoide medio se origina por la implantación del epitelio al momento de la fusión embrionaria de los componentes del arco mandibular derecho e izquierdo que forma las dos terceras partes anteriores de la lengua.

El quiste congénito de piso de boca se observa en la vida postnatal, desarrollandose a través de varios mecanismos relacionados al desarrollo embriológico. Esto incluye: 1) introducción de células del ectodermo que son expulsadas fuera, en el momento de cierre del neuroporo anterior; 2) atrapamiento de restos del ectodermo durante el cierre del primero y segundo arcos branquiales en la posición media; 3) remanentes del precursor anterior de la lengua (el tubérculo impar); y 4) mala posición del tejido embriológico adyacente ej. intestino anterior (204,205). La revisión de la literatura indica que solamente dos tipos de estructuras del quiste congénito se ven en el piso de la boca; éstos son el quiste dermoide y el gastrointestinal heterotópico (193).

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Se presenta en la adolescencia, no muestra preferencia

por sexo. Se localiza en piso de boca (26).

El quiste dermoide ocurre principalmente en testículos y ovarios pero puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo en un punto de fusión embriológica (206). De cualquier forma, es raro en la cavidad bucal. Al revisar una gran población de pacientes que presentan quistes dermoides encontró que solamente el 6.9% incluye cabeza y cuello, en la cavidad bucal se ve aproximadamente en el 25% de los casos tardíos, o en 1.6% de la población total. Hoy en día, menos de 50 casos están registrados en la literatura (207-209).

Varias clasificaciones incluyen al quiste dermoide bucal, pero la clasificación histológica de Meyer prevalece (204). El divide al quiste en tres tipos según su complejidad epidermoide, dermoide, y teratoide.

Deriva de la inclusión de restos epiteliales en la línea media durante el cierre de los arcos mandibular y branquial hioideo (26).

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

Un quiste dermoide tiene apéndices dérmicos además de epitelio escamoso estratificado queratinizado, y su lumen se llena con queratina y material sebáceo (194).

Cubierto por epitelio escamoso estratificado queratinizado rodeado por una pared de tejido conjuntivo fibroso. Se encuentran numerosos derivados ectodérmicos que incluyen anexos dérmicos como: glándulas sebáceas e incluso folículos pilosos, además de glándulas sudoríparas ocasionales. El espacio contiene material sebáceo y queratina (26).

En acuerdo a las siguientes características histológicas, el quiste dermoide se divide en tres grupos. En el tipo simple, que es el más común, y se llama epidermoide, la pared del quiste está revestida por epitelio escamoso estratificado simple, que puede estar parcialmente queratinizado. El compuesto ó tipo dermoide, es parecido al tipo anterior, pero el revestimiento epitelial presenta evidencia de formación de piel especializada accesoria parecida a cabello, glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas. El tercero y más raro es el complejo ó tipo teratoide que además, contiene tejido conjuntivo, elementos parecidos a músculo, cartilago y puede contener otras formas de tejido epitelial (199).

NEW y ERICH (210) mencionan que aproximadamente 25% de todos los quistes dermoides localizados en cabeza y cuello se originan en el piso bucal. En la boca, los quistes dermoides se originan más comúnmente en la porción anterior del piso de la boca. La incidencia en esta región es aproximadamente 1.6% de todos los quistes dermoides (211).

TRATAMIENTO:

Debe extirparse quirúrgicamente; por lo general no recurre (131).

Es preferible la remoción quirúrgica del quiste dermoide en el piso de la boca desde un abordaje intrabucal. En caso de que el quiste esté bajo el músculo geniohioideo, de cualquier forma muchos sugieren y prefieren el abordaje extrabucal (203,212). Después de la exisión completa, el quiste dermoide del piso de la boca no recurre. El cambio maligno en este quiste lo reportaron NEW y ERICH (210), pero solamente en quistes que

aparece fuera de la cavidad bucal (212).

El diagnóstico diferencial clínico de quiste dermoide incluye infecciones del piso de la boca, ránula, infecciones de las glándulas submandibular y sublingual, obstrucción del conducto de Wharton, higroma quístico, quiste del conducto tirogloso, quiste de la fisura branquial, tumores benignos y malignos del piso de la boca y quiste branquiogénico (213-215).

QUISTE GASTROINTESTINAL HETEROTOPICO BUCAL

SINONIMIA:

Quiste Teratoide.

CAUSAS:

Probablemente se origina por restos embrionarios fuera de lugar (26).

Se reportan varios mecanismos en la literatura concernientes a las bases embriológicas para la aparición del quiste teratoide. EPPLEY (216) enlistó cuatro mecanismos. Estos incluyen: 1) sumersión de células ectodérmicas que fueron atrapadas fuera, al momento del cierre del neuroporo anterior; 2) atrapamiento de restos ectodérmicos durante el cierre del primero y el segundo arcos branquiales en la porción media; 3) remanentes del precursor anterior de la lengua (el tubérculo impar), y 4) mala colocación de los tejidos embriológicos adyacentes. El término quiste dermoide aparece frecuentemente en la literatura y MEYER (217) sugiere retención en todos los tipos de quistes de piso de boca. En la revisión de la literatura, EPPLEY (216) establece que existen dos tipos de quistes congénitos del piso de la boca; el quiste dermoide y el gastrointestinal heterotópico.

El origen de la mucosa gástrica heterotópica no se conoce, aunque puede derivarse del atrapamiento de restos embrionarios durante el desarrollo temprano. Su explicación puede ser que en el embrión de 3 a 4mm, el estómago primitivo yace en la región media del cuello cerca del anclaje de la lengua (218,219). Clínicamente, los quistes bucales de duplicación entérica, revestidos por mucosa gástrica o intestinal, se descubren con frecuencia durante la infancia (213-215,220-226). La mucosa gástrica heterotópica se observa completamente fuera del tracto gastrointestinal, desde la cavidad bucal hasta el recto. Esto solamente se ve en la duplicación intestinal, divertículo de Meckel, pólipos umbilicales, la vesícula biliar, el quiste del conducto, y quiste pancreático. Además tejido del tracto gastrointestinal, aparece en la vejiga urinaria, la columna espinal, y puede existir la intratorácica e intra-abdominal (227). La localización más usual del quiste coristoma es en el tercio anterior de la lengua (5 casos). Se describen dos lesiones de la base de la lengua y una del mismo tipo de la lengua (213,214,218,219,222-224,228-230). Muchos más casos son reportados en la literatura Checoslovaca.

El incompleto descenso y los errores en el desarrollo de la posición están relacionados con la heterotopía gástrica en el intestino anterior. En lado distal del intestino anterior, la presencia de mucosa gástrica se explica por que las células que revisten el canal intestinal primitivo están a cualquier nivel, por ejemplo, metaplasia. El tejido heteroplásico congénito está mejor formado y es más complejo que el que se encuentra, en este tejido metaplásico (227). DAYAL (228), en su estudio de células

productoras de gastrina (Células G) en mucosa gástrica con origen en el desarrollo y metaplásica, observó células G en mucosa ectópica de diverticulum de Meckel, intestino delgado, y duplicaciones intestinales. El no las observó en mucosa ectópica en pacientes con esófago de Barrett, confirmando el origen metaplásico de ésta condición (231).

Se forman islas heterotópicas de mucosa gástrica en el esófago, intestino delgado, páncreas, divertículo de Meckel, y quistes torácicos. Están reportados solamente 15 reportes de quiste intraoral con margen gástrico o mucosa intestinal, de los cuales cuatro se localizaron en el piso de la boca (205,232,233). Siete de los pacientes fueron de un año, aunque el quiste puede aparecer a cualquier edad.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

El quiste aparece como un nódulo pequeño que está totalmente dentro del cuerpo de la lengua, ya sea en la porción anterior, posterior, en el piso de la boca, el cuello ó adyacente a la glándula submandibular. Puede ser asintomático o causar dificultades al comer o hablar. Algunos quistes se unen a la mucosa superficial mediante un tubo o una estructura parecida a un conducto (26).

Sintomáticamente, el quiste gastrointestinal heterotópico es similar al quiste dermoide en que esta presentación es dependiente en esta relación a el músculo milohioideo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Un quiste teratoide tiene epitelios escamoso y respi-

ratorio, anexos dérmico y distintos componentes del mesodermo (194).

La pared esta formada en parte por epitelio escamoso estratificado y en parte por mucosa gástrica parecida a la que se ve en el cuerpo y fondo del estómago. Algunas veces el epitelio intestinal está presente, incluyendo células de Paneth, de Goblet y argentáfinas. La presencia de muscularis mucosae es un descubrimiento variable (205).

Se describe mucosa heterotópica gástrica que ocurre fuera del tracto gastrointestinal. PICARD (220) reporta un caso de mucosa gástrica revestida por epiglotis en una niña de 13 días. En este paciente se encontró una masa sólida, firme, que mide 1x1x2 cm y se localiza en el lado izquierdo de la base de la lengua. Se reportó otro caso en un niño de 8 meses con heterotopía gástrica en la glándula salival (221).

El revestimiento de estas lesiones esta formado de mucosa gástrica similar a la cardiaca, del fondo, o región pilórica del estómago. Mucosa cardiaca y/o fúndica se encuentra en siete casos. En adicción a epitelio gástrico, mucosa pilórica solo se ve en un caso. La mucosa que se encuentra en la epiglotis y en lesiones de la glándula salival son del tipo cardiaco y fúndico respectivamente. La configuración de la cadena de la muscularis mucosae es irregular y discontinua (213,218,219, 222,224). En otros casos reportados, todas las capas del estómago, incluyendo muscular externa, se describen (213,230). La estructura gástrica ectópica notada en la epiglotis y en la glándula salival contiene solo tres capas (220,221).

En adición al epitelio gástrico, este quiste puede presentar otros tipos de revestimiento de mucosa parecidos a epitelio escamoso estratificado (213,217,224), columnar simple (213,224), y columnar ciliado (224). Esto solo varía en la comunicación con la superficie. Un quiste reportado por Gorlin, comunica con la superficie de la lengua por un orificio revestido por epitelio escamoso (218).

TRATAMIENTO:

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica, aunque esta lesión no puede diagnosticarse clínicamente y rara vez se sospecha (26).

QUISTE OSEO ANEURISMÁTICO

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

El Quiste Oseo Aneurismático (QOA) es una lesión intraósea benigna formada por espacios cavernosos llenos de sangre, de varios tamaños, asociados con tejido conjuntivo fibroso conteniendo células gigantes multinucleadas y osteoide. Igual que el Quiste Oseo Traumático (QOT), la mayoría de los casos se diagnostican en un grupo de jóvenes y la relación hombre-mujer es casi igual. El QOA aparece con más frecuencia en la columna vertebral o huesos largos, pero cuando aparece en los maxilares, la mandíbula es la localización frecuente (55%). En un estudio de QOA de todos los sitios anatómicos hecha por WANG (234), el 71% de los pacientes refirió una historia de trauma.

Se presenta más frecuente en menores de 30 años de edad y en el sexo femenino; cuando afecta mandíbula y maxilar se localiza en las regiones posteriores, en especial en la zona de

molares (131).

Cerca de la mitad de los casos presentan dolor y un signo clínico frecuente es la presencia de una tumoración firme, no pulsátil (131).

La incidencia en la zona craneal y maxilofacial es de alrededor del 5% de las lesiones óseas en otros sitios el quiste corresponde al 3% de todas las lesiones óseas (131).

Aunque la causa del QOT, QOA, y granuloma central de células gigantes (GCCG) permanece inexplicado, las teorías que se ofrecen incluyen: a) un disturbio circulatorio local, tal como: a) hemorragia intramedular, b) obstrucción venosa; c) aneurisma arteriovenoso; d) una manifestación secundaria de una lesión pre-existente, como displasia fibrosa o fibromixoma; y e) una alteración del desarrollo (235-238).

Cuando se comparan y contrastan las características clínicas, radiográficas e histopatológicas de las tres lesiones, éstas presentan varias similitudes notables:

1. Las tres lesiones se diagnostican más frecuentemente en las dos primeras décadas de la vida.
2. El sitio más común de las tres lesiones es la mandíbula.
3. Un alto número de pacientes con QOT y QOA relatan una historia de trauma (239,240).
4. Típicamente, el QOA y el GCCG comparten algunas características histopatológicas, i.e. células gigantes multinucleadas, estroma vascular y formación osteoide. La única diferencia es la presencia de espacios cavernosos llenos de sangre vistos en el QOA. Algunos autores reportan la presencia de células gigantes multinucleadas y hueso inmaduro en el revestimiento epitelial del QOT

(241,242).

5. Los QOT y QOA pueden verse en asociación con otras lesiones óseas; displasia ósea florida (243), y asociados con una lesión primaria benigna de hueso como; granuloma de células gigantes, displasia fibrosa, osteoma y fibromixoma (237).

Con estas similitudes en mente, esto invita a considerar la posibilidad que las tres entidades pueden estar patogenicamente relacionadas (244):

1. Las tres entidades se originan de pequeñas lesiones vasculares intraóseas ó defectos, tales como hemorragias intramedulares ó anomalías aneurismáticas de pequeños vasos sanguíneos.
2. El trauma menor puede romper los pequeños agrandamientos aneurismáticos resultando un sangrado intramedular y la formación de un hematoma.
3. Si el hematoma mantiene una conexión circulatoria directa, esto puede causar un incremento en la presión sanguínea dentro de la lesión, expansión, y el desarrollo de un quiste óseo aneurismático.
4. Si el hematoma tiene solamente pequeños vasos sanguíneos, son la subsecuente formación de tejido blando compuesto de capilares de revestimiento endotelial, proliferación de fibroblastos, y células gigantes multinucleadas. Estas lesiones representan el granuloma central de células gigantes.
5. Si la sangre que provee al hematoma se interrumpe ó bloquea, puede causar necrosis y resorción de hueso trabecular dejando bordes de hueso compacto, resultando el desarrollo de un quiste óseo traumático (245).

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Las características radiográficas del QDA no son patognómicas y no se puede dar un diagnóstico basado solo en la radiografía. La lesión es una masa de expansión quística que esta bien circunscrita y normalmente es unilocular, pero puede presentarse como una radiolucidez multilocular. Conforme la lesión se agranda, puede aparecer en forma de burbujas de jabón. El diagnóstico diferencial radiográfico es el mismo que el descrito por el QOT. La lesión que involucra al diente puede provocar desplazamiento y resorción radicular externa, pero generalmente permanece vital (37).

Las características radiográficas incluyen una lesión destructiva u osteolítica en la mandíbula o los maxilares, que en algunos casos es multilocular, aunque por lo general es unilocular. En ocasiones, los bordes son un poco irregulares en comparación con los bordes lisos que se encuentran en los procesos quísticos benignos odontogénicos (131).

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

La aspiración del QDA generalmente producen pequeñas cantidades de fluido viscoso rojo oscuro. Cuando se curetea, el espécimen quirúrgico está conformado por tejido blando, rojizo oscuro que parece un coágulo de sangre. Las características histológicas típicas son espacios cavernosos que parecen una esponja llenas de sangre, no revestidos por células endoteliales, y están rodeados por bandas de tejido conjuntivo fibroso, contienen focos de hemosiderina, hueso inmaduro y células gigantes multinucleadas. Los estudios de laboratorio, calcio, fosfato, y

fosfatasa alcalina en suero están en los límites normales (245).

Se observa un estroma de tejido conjuntivo fibroso que contiene cantidades variables de células gigantes multinucleadas en relación con espacios sanguíneos sinusoidales. Estos espacios sinusoidales están cubiertos por fibroblastos y macrófagos (histiocitos) en lugar de células endoteliales, lo que se confirma en estudios ultraestructurales e inmunohistoquímicos. El tejido que se sitúa entre los elementos vasculares sinusoidales, contiene un gran número de células gigantes multinucleadas, elementos fibroblásticos, eritrocitos extravasados y hemosiderina, en un patron que simula el granuloma central de células gigantes. Con frecuencia se observa formación de hueso, análogo al del fibroma osificante o al de la displasia fibrosa (131).

TRATAMIENTO:

Aunque se usan la resección total y/o irradiación para el tratamiento del OOA, el tratamiento recomendado consiste en la enucleación quirúrgica y curetaje con o sin cauterización, criocirugía, ó injerto óseo. En una revisión de 50 casos de quiste óseo aneurismático de los maxilares por ELDEEB et al. (246), la recurrencia fue del 26%.

En unas cuantas lesiones puede intentarse el curetaje de la misma, pero hay una alta incidencia de recurrencia con este tratamiento. El curetaje adecuado de las lesiones mandibulares puede requerir un abordaje extrabucal o acompañarse de crioterapia (131).

Por la naturaleza benigna de la lesión no está indicada la radioterapia, aunque se han tratado algunos casos con este

método. Es importante el seguimiento del paciente por la posibilidad de recurrencia (131).

QUISTE ÓSEO TRAUMÁTICO

SINONIMIA:

Quiste traumático; Quiste óseo solitario; Quiste hemorrágico; Quiste de extravasación; Quiste óseo unicameral; Quiste óseo simple y Cavidad idiopática.

El quiste óseo traumático se puede definir como una cavidad quística intraósea que posee un fino revestimiento de tejido conjuntivo sin epitelio. RUSHTON (247), en 1946, define el siguiente criterio para el diagnóstico de un quiste traumático: (a) el quiste debe ser simple, sin revestimiento epitelial; (b) no debe presentar evidencia de infección aguda o prolongada; (c) la lesión debe presentar principalmente líquido y no tejido blando; (d) las paredes de la cavidad deben estar formadas de hueso duro; y (e) los estudios de laboratorio e histopatología no deben excluir el diagnóstico. Generalmente se localiza en la mandíbula (9 de 10 casos) según KAUGARS y CALE (248); y en la primeras dos décadas de la vida (edad en hombres 18 años). De los casos reportados, el 51% aparecen en hombres. Esta lesión se llama quiste unicameral, quiste solitario, quiste hemorrágico, quiste de extravasación, cavidad progresiva de hueso, y quiste simple. Con frecuencia se descubre accidentalmente en un examen radiográfico y por lo general no provoca expansión de la corteza ó dolor. En 27 a 80% de los casos los pacientes relatan una historia de trauma (242,248,249).

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Se encuentra relacionado con antecedentes de traumatismo. En este caso, se postula que se forma un hematoma en la porción medular del hueso causado por el golpe. Antes que el hematoma coagule, se rompe y deja una cavidad vacía en el hueso que después por obstrucción linfática o del drenaje venoso, se expande hacia la corteza. Al llegar a la corteza se limita la expansión de la cavidad. Se presenta a cualquier edad y no tiene preferencia en la distribución por sexo. Es muy frecuente en los maxilares, pero es relativamente frecuente en el húmero y en otros huesos (131).

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Radiograficamente, el quiste óseo traumático aparece como una radiolucidez bien definida que con frecuencia tiende a festonear las raíces de los dientes. Porciones de lesión radiolúcida están bien delimitadas en el hueso, en otras áreas los márgenes pueden ser menos definidos. La lesión aparece con más frecuencia en el cuerpo o porción posterior de la mandíbula, superior al canal mandibular (248). Se encuentran lesiones múltiples o bilaterales.

Zona radiolúcida bien delimitada con bordes irregulares pero definidos, que a menudo se localiza en la porción posterior de la mandíbula. Puede haber mínima o ninguna fenestración interradicular con o sin lamina dura. En ocasiones, se aprecia resorción externa mínima de las raíces, es de tamaño variable, a veces con un borde esclerótico delgado que depende de la duración de la lesión. Algunos son tan grandes que afectan la mayor parte del

área molar, cuerpo de la mandíbula, así como parte de la rama (131).

CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS:

Cuando se examina el tejido blando, se encuentra tejido conjuntivo delicado, bien vascularizado sin evidencia de componente epitelial, también es posible observar eritrocitos extravasados y hemosiderina, así como osteoclastos pequeños (131).

TRATAMIENTO:

El seguimiento puede ser útil como ayuda al diagnóstico además de: (a) una precisa y completa historia médica y dental pasada y presente; (b) profundo examen clínico de los dientes, tejidos blandos y áreas bucales y extrabucales; (c) edad del paciente; (d) localización de la lesión en hueso; (e) duración de la lesión en hueso; (f) examen de vitalidad dental; (g) suero, calcio, fósforo y niveles de fosfatasa alcalina y (h) aspiración de la lesión (245).

Un diagnóstico definitivo se puede hacer por medio de exploración quirúrgica de la lesión y examen quirúrgico de su contenido. La lesión debe auscultarse con un estetoscopio y aspirarse con una aguja de gran calibre antes de la intervención quirúrgica, para asegurar que no es un tumor vascular o una malformación arteriovenosa. Al explorar la cavidad, generalmente está vacía, pero puede contener líquido hemorrágico o de color amarillento. El cureteado de las paredes de la cavidad puede producir fragmentos de tejido conjuntivo y trozos de tejido de granulación, pero no revestimiento epitelial (245).

Una vez que se completa la entrada a la cavidad, el

médico debe provocar una hemorragia antes de cerrarla, ya que después de la coagulación se produce reparación ósea y disminuye la posibilidad de recurrencia (131).

Aunque muchas de las pulpas asociadas con esta lesión son vitales, aproximadamente 10 a 15% de éstas no responden al examen de vitalidad (241,242). En casos donde la lesión no es de origen pulpar, HOWE (242) y LAZANSKY et al (250) y otros realizan la rutina del examen pulpar de todos los dientes relacionados a la lesión y aconsejan que en un tiempo adecuado debe permitirse la regeneración de nervios antes de la terapia endodóncica. En la opinión de HOWE (242), un diente que no responde al examen pulpar 18 meses después de la operación y estaba asociado con una lesión periapical, debe ser tratado endodóncicamente.

El tratamiento aceptado del quiste óseo traumático consiste en la exploración y ligero cureteado de las paredes del hueso (249). En la mayoría de los casos, el coágulo de sangre provoca la organización y osificación y la cavidad se llena de hueso nuevo después de 6 a 24 meses.

Aunque esta lesión se observa raras veces en la mandíbula de adultos de más de 30 años de edad, es muy posible que algunas lesiones puedan sufrir remisión espontánea y completa sin tratamiento (242).

En el diagnóstico diferencial radiográfico de cualquier radiolucidez bien circunscrita se deben considerar las condiciones del seguimiento: periodontitis apical, queratoquiste odontogénico; granuloma central de células gigantes; ameloblastoma; mixoma odontogénico y neurolemmoma ó neurofibroma

(245).

QUISTE CILIADO QUIRURGICO DEL SENO MAXILAR

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Básicamente, es un quiste del tipo de implantación, en el cual el epitelio del seno maxilar queda atrapado a lo largo de la línea de entrada quirúrgica al mismo (posterior a una operación de Cadwell-Luck) y después prolifera para formar una cavidad quística verdadera, separada anatómicamente del seno. Se puede presentar a cualquier edad y no presenta diferencia en la distribución de sexos (26).

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Zona radiolúcida bien definida que está estrechamente relacionada con el seno maxilar y con frecuencia parece que avanza en forma gradual hacia éste, pero que anatómicamente está separada del mismo, como se puede demostrar con la inyección de material radiopaco dentro del seno. Entonces se puede ver el defecto de llenado del quiste (26).

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

Cavidad revestida por epitelio columnar ciliado pseudoestratificado idéntico al del seno maxilar. Si existe infección o inflamación, se puede encontrar metaplasia escamosa. La pared del quiste está formada por tejido conjuntivo fibroso con ó sin infiltración de células inflamatorias (26).

DEFECTO OSTEOPOROTICO FOCAL DE MEDULA OSEA

SINONIMIA:

Defecto osteoporótico de médula ósea, hueso focal osteoporótico y médula de los maxilares.

Las lesiones son más comunes en las partes edentulas y esto sugiere que al menos en alguno de los casos resultan de la falta de regeneración ósea normal después de la extracción dental (26).

CARACTERISTICAS CLINICAS:

En casi todos los ejemplos, las lesiones fueron asintomáticas y se descubrieron durante el examen radiográfico de rutina. Se presenta en mujeres y se localiza en el area de molares mandibulares (131).

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Radiolucidez de tamaño variable, que mide unos pocos milímetros o más, con una periferia mal definida que indica la falta de reactividad del hueso adyacente (26).

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

El tejido que se elimina de estos defectos consiste de médula roja normal, médula grasa o combinación de las dos. Las trabéculas óseas que por lo regular están presentes en los cortes son largas, delgadas, irregulares y carecen de capa osteoblástica (26).

TRATAMIENTO:

El aspecto radiográfico de estas lesiones no es lo bastante característico para permitir hacer un diagnóstico con seguridad, y por esta razón se deben investigar quirúrgicamente (26).

Una vez que se ha establecido el diagnóstico, no es necesario el tratamiento adicional (26).

DEPRESION LINGUAL MANDIBULAR POR GLANDULA SALIVAL

SINONIMIA:

Depresión del desarrollo de la glándula salival mandibular lingual, cavidad ósea estática, defecto de la mandíbula cavidad óseo mandibular lingual, quiste óseo estático, quiste óseo latente y quiste ó defecto de Stafne.

La mayor parte de las autoridades están de acuerdo, en que esta entidad es un defecto congénito, aunque rara vez se ha observado en niños y su naturaleza anatómica precisa aún es incierta. HARVEY y NOBLE (251) señalaron que el defecto radiolúcido puede representar un enclavamiento de tejido de la glándula salival dentro de la mandíbula durante el desarrollo embrionario ó, con más frecuencia, una indentación en la superficie lingual de la mandíbula con una porción de la glándula submaxilar dentro del defecto. KARMIDL y WALSH (252), en un estudio de 4963 pacientes adultos expuestos a radiografías, encontraron 18 casos de depresión de la glándula, lo cual da una frecuencia aproximada de 0.4% (26).

Estudios similares sobre la frecuencia de dicha depresión, variaron desde 0.1% en 10 000 casos investigados por OIKARINEN y JULKU (253) hasta 1.3% en un grupo de 469 muestras secas analizadas por LANGLAIS y colaboradores (254). CORRELL y colaboradores (255), realizaron un estudio de 2693 radiografías, que revelaron un total de 13 casos de defectos corticales linguales, lo cual representa una frecuencia de 0.48% (26).

CARACTERISTICAS CLINICAS:

STAFNE (256) describió por primera vez las cavidades

mandibulares óseas linguales. Las cavidades son ovoidales, asintomáticas, cercanas a la placa cortical lingual de la mandíbula y situadas debajo del canal mandibular entre el ángulo y el primer molar; rara vez aparecen en la parte anterior de la mandíbula.

Esas cavidades óseas, se presentan la mayoría de las veces en hombres viejos o de edad media. La prevalencia de las cavidades ha variado del 0.1% al 0.48% en pacientes vivos (257-263) y del 0.73% al 1.28% en mandíbulas disecadas (264,265).

Las cavidades que han sido operadas la mayoría de las veces contenían tejido normal de la glándula salival, pero también se encontraron otros tejidos normales, (por ejemplo, siendo gordo, tejido conjuntivo fibroso, tejido linfático, músculo estriado, y vasos sanguíneos) ó las cavidades estaban vacías (263,266-284). La sialografía submandibular la recomendó por primera vez por FORDYCE (275) para determinar el contenido de las cavidades detectadas radiográficamente. De cualquier forma, solamente cerca de un 40% de los casos estudiados por sialografía tienen un lóbulo de la glándula dentro de la cavidad (263,272,273,279,288-295).

La causa de las cavidades óseas aún no ha sido explicada por completo. De cualquier forma, hay algunas evidencias de su desarrollo y procesos activos (264,288,289).

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

La lesión habitualmente es asintomática y se descubre durante el examen radiográfico de rutina. Se observa con mayor frecuencia en hombres (26).

Radiográficamente, las cavidades en su mayoría son zonas radio-

lúcidas monoculares rodeadas total o parcialmente por una pared esclerótica densa (26).

Aparece como una radiolucidez ovoide y está delimitada por un borde radiopaco. Por lo general, está situada entre el canal mandibular y el borde inferior de la mandíbula, con frecuencia en el área del segundo o tercer molar o justo abajo del ángulo. En ocasiones es bilateral (26).

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

El examen microscópico muestra tejido normal de la glándula submandibular (26).

QUISTE LINFOEPITELIAL

SINONIMIA:

El término quiste linfoepitelial lo usó por primera vez KING en 1949 (290). Otros términos utilizados en la literatura son: quiste branquial (290,291), quiste branquiogénico (290), pseudoquiste de amígdala oral (292), quiste linfoide benigno, quiste branquial hendido, quiste cervical lateral, nódulo linfático quístico benigno y quiste de inclusión epitelial (292).

CAUSA:

Se origina a través de la transformación quística del epitelio atrapado en los ganglios linfáticos cervicales. La fuente de este epitelio se desconoce pero es probable que se origine en la glándula salival (26).

Existen dos teorías que tratan de explicar el desarrollo del QLE. Una de ellas propone la degeneración quística de estructuras epiteliales de origen glandular incluidas en el tejido linfoide (293,294). La segunda, fue la que mencionó Knapp en

1970, en donde explica que el GLE es en realidad una amígdala obstruida (295).

Probablemente el aspecto más controvertido del GLCB es su origen como quiste del desarrollo. La teoría clásica de la evolución de estas lesiones atribuye este origen a los remanentes de la segunda fisura branquial, remanentes del seno cervical (formada por la fusión del segundo arco branquial con la cresta del epipericardio) y a la dilatación quística de las fisuras branquiales interna, externa ó una combinación interna y externa (296). Esta teoría se apoya principalmente por la observación de que estos quistes, que por consiguiente calificó como arco branquial o simple quiste branquial, se encuentran en la parte superior y media del cuello en una área que probablemente contiene grandes concentraciones de remanentes branquiales. La teoría de la fisura branquial la propusieron BHASKAR y BERNIER en 1959 (297) y más recientemente por otros investigadores, quienes favorecen la inclusión de epitelio en un nódulo linfático cervical como la hipótesis más creíble, considerando el desarrollo de estos quistes en esta localización. Siguiendo esta revisión de 468 quistes, BHASKAR y BERNIER (297), piensan que estas lesiones resultan apartir de cambios quísticos de inclusión epitelial parotídea dentro de un nódulo cervical. Su argumento básico contra la teoría de la fisura branquial está basada en aspectos embriológicos.

Se sabe que los aparatos branquiales normalmente aparecen después de los 26 días "in útero" y desaparecen entre los 32 y 45 días. Por otra parte los nódulos cervicales que se originan como agregaciones linfoblásticas después del 2º mes de vida fetal

no se puede identificar como nódulos hasta después del tercer mes. Como un resultado de esta discrepancia en secuencia temporal, parece razonable asumir que las inclusiones nodulares no pueden ser de origen branquial. Estos autores propusieron que las inclusiones se originan de la parótida, porque estas glándulas normalmente se desarrollan después de los 45 días de vida intrauterina como un anclaje no encapsulado que permite la incorporación de nódulos linfáticos dentro de la glándula y/o permite secuestro del tejido parotídeo atrapado durante el desarrollo nodular. Otros puntos que sobresalen en favor de esta teoría incluyen el raro descubrimiento de quistes similares dentro de la glándula parótida, que no es de origen branquial. El fracaso de la teoría de la fisura branquial para explicar la presencia de tejido linfoide en este quiste; el factor que QLCB, en contradicción a fistula, está raramente presente como nacimiento; y que el QLCB no existe conexión desde la faringe hasta la piel. Los autores sugieren el término quiste linfoepitelial para estas lesiones (298).

La presencia de quistes descritos como branquiales rara vez se localizan en el área parotídea donde se concentran nódulos linfáticos con inclusiones salivales (299). La falta de senos subcapsulares y medulares en la pared del quiste que se reportan en una reciente revisión de 23 casos de QLCB (300), se presentan como evidencia contra la teoría de BHASKAR y BERNIER (297). Esta teoría solamente es desafiada por otros investigadores al considerar el origen de las inclusiones epiteliales. Los estudios de histoquímica, inmunohistoquímica, y estudios de microscopía

electrónica de transmisión y de barrido de estas lesiones tienen presente que este revestimiento epitelial tiene un notable parecido al epitelio de la cavidad glandular de las amígdalas palatinas y el tracto digestivo superior (301,302). Estos descubrimientos llevan a la hipótesis reciente de que las inclusiones epiteliales en los nódulos son las responsables del futuro desarrollo de un QLCB y que probablemente se originan desde las células epiteliales del anillo de Waldeyer (303). En un esfuerzo para producir detalles adicionales relativos al origen del componente epitelial de estas lesiones, se llevaron a cabo estudios del contenido de este quiste pero los hallazgos no son definitivos (298).

CARACTERISTICAS CLINICAS:

La mayoría de las lesiones son unilaterales, solamente el 2% ocurren bilateralmente. Dos tercios se encuentran localizados en el lado izquierdo del cuello y la tercera parte en el derecho (304). Son más comunes en pacientes en un rango de edad entre 20 y 40 años, menos del 3% de los quistes aparecen después de los 50 años. La lesión no presenta predilección en la distribución por sexos y no está asociada con malformaciones hereditarias en cabeza y cuello (300,305).

La apariencia clínica del quiste es el de una masa blanda, fluctuante, que va desde 1 a 10 cm de diámetro (306). En muchas ocasiones la lesión se torna clínicamente evidente ó se agranda en relación con infección del tracto respiratorio superior, ó trauma (300,307). En el primer momento, el agrandamiento se debe a la inflamación del tejido linfoide de las paredes del quiste (305). Los síntomas y signos asociados con la lesión

incluyen: inflamación progresiva (80%) ó intermitente (20%), dolor (30%), infección (15%), síntomas de presión (7%), u obstrucción respiratoria.

El quiste linfoepitelial bucal aparece como un nódulo elevado de color amarillento, asintomático, bien circunscrito que puede aparecer a cualquier edad. Bhaskar notificó una serie de 24 casos en la cual la edad principal fue 36 años, variando entre los 15 y 65 años. En la misma serie, los varones estaban afectados con más frecuencia que las mujeres en proporción de 2:1 (26).

En 1950, en una revisión de 250 casos de carcinoma branquiogénico, y basado en la teoría de fisura branquial como origen de estas lesiones, MARTIN et al (308), proponen el seguimiento para el diagnóstico tentativo de dichas lesiones: 1) El tumor debe aparecer en la extensión de la línea desde la parte anterior del tragus, el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, hasta la clavícula; 2) la apariencia histológica de esta lesión debe de consistir con un origen desde tejido presente en los vestigios branquiales; 3) el paciente debe sobrevivir menos de 5 años sin el desarrollo de otros tumores que pueden ser considerados como primarios; y 4) debe demostrarse que el desarrollo del cáncer en la pared del revestimiento epitelial del quiste esté situado en la cara lateral del cuello. Bajo lo presente, muy pocas lesiones han sido encontradas que llenen todas las características antes mencionadas.

El QLE se presenta como un pequeño nódulo de superficie lisa, no ulcerado, bien circunscrito, móvil, blanco-amarillento y asintomático (290,293,294). Su tamaño varía entre 3 mm y 1.5 cm

de diámetro y afecta por igual a hombres y mujeres. En cuanto a la edad, se han descrito entre 7 y 81 años, siendo la mayoría diagnosticados en la cuarta década de la vida (290,292-294,309). En 24 casos, Bhaskar hace mención de que el tiempo de permanencia de la lesión en boca, desde que el paciente se dio cuenta de ella hasta su diagnóstico definitivo, fue entre un mes y cinco años, con un promedio de 15.1 meses (293). La mayoría de los QLE se localizan en el piso de la boca (292-294), pudiendo encontrarse también en cara ventral y superficie postero-lateral de la lengua, paladar blando, pilar anterior del istmo de las fauces y el vestíbulo bucal (292).

CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS:

La evaluación por citología y cultivos puede proveer información adicional, como la presencia de células, su tipo y morfología, así como la presencia y tipo de bacterias presentes en QLCB infectados para la determinación apropiada de antibiótico preoperatorio. En muchas ocasiones, el líquido por aspirado puede estar teñido con sangre, pero la aspiración de sangre real debe alertar al clínico sobre la posibilidad de cualquier otra entidad diferente a QLCB o que existe una probable comunicación entre el quiste y un vaso sanguíneo mayor en el cuello. ROSEMAN y GOFFIN (310) reportaron en 1984 una comunicación fistulosa entre QLCB y la vena yugular interna. En tales casos, el conocimiento de la naturaleza de la aspiración puede ayudar a evitar una situación potencialmente desastrosa.

El conocimiento de estos parámetros clínicos, puede ayudar en la mejor preparación del acceso quirúrgico (298).

La lesión consiste básicamente en una cavidad quística

revestida de epitelio escamoso estratificado, rodeada por tejido linfóide que habitualmente presenta nódulos linfáticos. El epitelio de revestimiento es bastante delgado, carece de clavos epiteliales y por lo regular es paraqueratósico. A veces el epitelio de revestimiento es de tipo columnar, con o sin células caliciformes. A menudo el lumen del quiste contiene células epiteliales sueltas, linfocitos y un coágulo amorfo, eosinófilo (26).

Histológicamente, el QLCB está revestido por epitelio escamoso estratificado (90%), epitelio respiratorio (8%), o ambos (2%). La aparición de infecciones crónicas en este quiste pueden resultar en reemplazo parcial del revestimiento epitelial por tejido fibroso o de granulación (305).

En raras ocasiones, el QLCB también contiene epitelio gástrico (311). El tipo de revestimiento epitelial está asociado con los síntomas clínicos del QLCB; Los quistes revestidos por epitelio columnar tienden a permanecer latentes, en contraste con aquellos revestidos por epitelio escamoso, que generalmente tiene un contenido purulento. Esta observación se atribuye al mayor grado de descamación celular que aparece en quistes que están revestidos por epitelio escamoso (312).

La pared del QLCB contiene tejido linfóide, ya sea difuso ó nodular, frecuentemente con centros germinales y senos subcapsulares y/o medulares (305). En la pared del QLCB se identificaron: Tejido salival, glándulas sudoríparas, glándulas sebáceas, rudimentarias folículos pilosos y cartílago (296,300,306). La aparición de carcinoma de células escamosas en este quiste o la existencia de quiste cervical linfoepitelial

maligno, se conoce como carcinoma branquiogénico, y su existencia es controversial. Algunos reportes encontraron la presencia de carcinoma in situ (313) e invasión de carcinoma de células escamosas (314,315) en el quiste linfoepitelial cervical, aunque es rara la aparición de carcinoma branquiogénico.

Histológicamente el QLE está compuesto por dos elementos: una cavidad quística y tejido linfoide periquístico. La primera es de tamaño variable, la mayor parte de las veces está tapizada por epitelio plano estratificado paraqueratinizado, que no muestra clavos epiteliales (293). Algunos autores mencionaron la presencia de epitelio pseudoestratificado columnar ciliado con células mucosas aisladas (294). La cavidad también contiene células descamadas, linfocitos y material eosinófilo homogéneo (293). CHAUDHRY y colaboradores (309), afirman que la presencia del tejido linfoide corresponde a una respuesta inmunológica local tipo autoinmune. En el tejido linfoide se observaron islas de epitelio de origen glandular, en ocasiones dispuestas en forma de conductos, así como vasos linfáticos (293). El tejido conjuntivo laxo vecino al tejido linfoide, puede mostrar células de tipo inflamatorio (294).

TRATAMIENTO:

El tratamiento debe consistir en la extirpación quirúrgica local conservadora, la lesión rara vez recurre (26).

El diagnóstico diferencial clínico puede incluir al quiste dermoide (290), ránula cervical, higroma, absceso, inflamación y linfadenopatía neoplásica, tumor del cuerpo carotideo, trombosis de la vena yugular, aneurisma micótico, lipoma

(292,294,295), quiste tiroideo, y tumor ectópico de la glándula salival (306,316-317), mucocoele (290,292,294,295,320), neuroma (295), fibroma (292,294) y sialolito (290). En la evaluación clínica del quiste linfoepitelial cervical benigno (QLCB), información considerable puede ser provista por aspiración, ultrasonografía y tomografía computarizada. Particularmente la aspiración es de ayuda en la identificación del contenido quístico.

QUISTE PILAR

SINONIMIA:

Quiste sebáceo, Quiste tricolémico.

HISTOGENESIS:

Los quistes pilares originalmente se llamaron quistes sebáceos y después quistes tricolémicos. El nombre se cambió cuando se hizo aparente que la queratinización en ellos, es análoga a la queratinización que toma lugar en la vaina externa de la raíz del cabello, o tricolema (321). La vaina externa de la raíz del cabello no se queratiniza cuando cubre a la vaina interna de la raíz. Esta se queratiniza normalmente en 2 áreas, el istmo de los folículos pilosos anágenos y el saco circundante de los cabellos catágenos y telógenos, porque en estas dos regiones desaparece la vaina interna de la raíz. El istmo folicular de los cabellos anágenos es la porción media y corta de los folículos pilosos, y se extiende desde el músculo erector pilaris a la entrada del conducto sebáceo. En la punta inferior del istmo folicular, la cubierta interna de la raíz se desprende totalmente, exponiendo la cubierta externa de la raíz, la cual en su porción expuesta,

sufre un cambio a un tipo específico de queratinización homogénea, sin la interposición de un estrato granular. Este tipo de queratinización tricolémica también toma lugar en el saco que rodea a los pelos catágenos y telógenos, porque los pelos en estas etapas pierden la cubierta interna de la raíz. La diferenciación referente a la queratina del pelo en los quistes tricolémicos ha sido confirmada por tinciones inmuno-histoquímicas, porque ellos se tiñen con anticuerpos antiqueratina derivada del cabello humano, en contraste a los quistes epidermoides que se tiñen con anticuerpos antiqueratina obtenida de callos humanos (322).

El examen del revestimiento epitelial de los quistes tricolémicos con microscopio electrónico, nos demuestra que, en su camino desde el estrato periférico hacia el centro, las células epiteliales tienen un incremento en el número de filamentos citoplásmicos. La transición de células nucleadas a células anucleadas es abrupta y está asociada con la pérdida de todos los organelos citoplásmicos. La unión entre las células queratinizadas y las que se están queratinizando muestra interdigitaciones (323). Las células queratinizadas están llenas de tonofilamentos y, a diferencia del quiste epidermoide, retienen sus conexiones desmosómicas (324).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Los quistes tricolémicos son clínicamente indistinguibles del quiste epidermoide. Difieren del quiste epidermoide, en frecuencia y distribución. Son menos comunes que el quiste epidermoide, constituyendo únicamente alrededor del 25% del material combinado; alrededor del 90% de los quistes tricolémi-

cos aparecen en el cuero cabelludo. El quiste tricolémico frecuentemente muestra una herencia paterna dominante autosómica y son solitarios en solo el 30% de los casos; el 10% de los pacientes tienen más de 10 quistes (325). Además, en contraste con el quiste epidermoide, el quiste tricolémico se enuclea fácilmente y aparece como un quiste de pared blanca, liso y firme (326).

CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS:

Tiene una pared formada por células epiteliales que tienen puentes intercelulares poco visibles. La capa periférica muestra un ordenamiento característico en empalizada que no se ve en un quiste epidermoide. Muchas células localizadas cerca de la cavidad quística parecen agrandadas y no tienen límites bien definidos. Estas células agrandadas no producen capa granular, pero parecen flotar dentro del lumen (227).

El contenido del quiste consiste en material eosinófilo amorfo. Frecuentemente existe calcificación dentro del quiste pilar; como también puede haber fisuras de colesterol. En un quiste epidermoide puede haber una fuerte reacción a cuerpo extraño. Este resulta cuando se rompe la pared de un quiste, y puede experimentar una desintegración parcial o completa (327).

El quiste muestra un epitelio parecido en parte al tipo del quiste epidermoide y en parte parecido al tipo del quiste pilar (327).

Aún pensando que los quistes tricolémicos y el quiste de proliferación tricolémica muestran tipos tricolémicos de queratinización y pueden aparecer juntos, uno es esencialmente un quiste y el otro esencialmente un tumor sólido (327).

JUSTIFICACION.

Los quistes de cabeza y cuello (no odontogénicos), son alteraciones del desarrollo craneofacial que se encuentran con cierta frecuencia en la población mexicana, en la revisión de la literatura no existen estudios previos sobre la frecuencia con que se presentan estos quistes en nuestra población.

OBJETIVOS.

El objetivo de esta investigación fue encontrar la frecuencia con que se presentan los quistes de cabeza y cuello en la población de pacientes que acude a atención dental a las clínicas de la Facultad de Odontología, UNAM.

HIPOTESIS.

Los quistes de cabeza y cuello en la población que acude a la Facultad de Odontología, UNAM no presentan diferencias estadísticas significativas en comparación con los reportados en la literatura mundial.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

Nuestra investigación es de tipo analítico; transversal y retrospectivo.

Las variables utilizadas son:

Edad.- Se medirá en años ó no especificada.

Sexo.- Femenino. Masculino ó no especificado.

Area anatómica.- Solamente se señalarán el área ó áreas afectadas ó no especificada.

Lado afectado.- Derecho, Izquierdo, Medial ó no especificado.

Diagnóstico Clínico.- Se anotará el diagnóstico que aparece en la hoja de solicitud o sin diagnóstico.

Diagnóstico Histopatológico.- Se anotará el diagnóstico dado por el Servicio de Diagnóstico en Patología Bucal, Facultad de Odontología, UNAM.

DEFINICION DE LA POBLACION.

El tipo de población para este estudio es la que acudió a la Facultad de Odontología UNAM, del año 1959 al año 1991, de cualquier edad y sexo, cuya lesión sometida a examen microscópico sea compatible con un diagnóstico histopatológico de quiste de cabeza y cuello. Se eliminarán del estudio aquellos casos en los cuales al revisar las laminillas, el diagnóstico no corresponda con cualquier quiste no odontogénico de cabeza y cuello, asimismo se eliminarán aquellos casos con los datos clínicos mínimos incompletos. Por ser una investigación retrospectiva de los archivos del Servicio de Diagnóstico en Patología Bucal no necesita grupo de comparación.

MATERIALES Y METODOS.

Se revisaron los archivos del Servicio de Diagnóstico en Patología Bucal, Facultad de Odontología, UNAM, del año 1959 al año 1991 y se separaron las historias clínicas con diagnóstico de quistes no odontogénicos (QNO). Se revisaron las laminillas en un microscopio de luz transmitida marca Carl Zeiss y se eliminaron aquellos que no correspondían a un diagnóstico de QNO. Se tabu-

laron los datos de sexo, edad, localización anatómica, lado afectado y diagnóstico histopatológico. Los datos se vaciaron en un programa computarizado especialmente diseñado a base del sistema DBASE III PLUS y se trataron estadísticamente con el sistema SPSS, usando una computadora PC compatible marca ACER de dos floppys, dos Mb de memoria RAM y disco duro de 30 Mb. Los resultados se presentan en gráficas y tablas.

RESULTADOS.

Se revisaron un total de 6023 solicitudes de examen histopatológico y hojas de diagnóstico, de las cuales 101 (1.67%) correspondieron a QND. De ellos 43 (42.57%) correspondieron a pacientes del sexo masculino, 56 (55.44%) a pacientes de sexo femenino y en 2 casos (1.98%) no se conoció este dato.

La frecuencia de los diferentes tipos de QND por sexo se presentan en la tabla 1.

Se observó que el quiste más común fue el Epidermoide con 54 casos (53.46%), siendo más frecuente en el sexo masculino entre la 1ª y 2ª décadas (tabla 2), no hubo preferencia por sexo. La frecuencia de este quiste en cuanto a la localización intrabucal se presenta en la tabla 3, su localización más común fue en el área extrabucal (N=47 = 87.0% tabla 4). El siguiente en frecuencia fue el Dermoide con 21 casos (20.79%), más frecuente en el sexo masculino, en la 2ª década de la vida (tabla 5), el área oral de localización extrabucal más frecuente fue en cuello (tabla 6). El tercer lugar en frecuencia fue para el Quiste Nasopalatino con 11 casos (10.87%), que se presentó más comúnmente en el sexo masculino y durante la 2ª década (tabla 7). El

Quiste Pilar con 6 casos (5.94%), se presentó con igual frecuencia en ambos sexos y fue más común en la 2ª década (tabla 8), su localización más frecuente fue en la zona parietal (tabla 9). El Quiste Linfopitelial (4 casos = 3.96%), al igual que el anterior su frecuencia en ambos sexos fue la misma y se presentó principalmente entre la 1ª y 3ª décadas (tabla 10). Del Quiste Oseo Traumático encontramos solamente 2 casos, uno en sexo masculino de 35 años y otro en sexo femenino de 17 años. El Quiste Gastrointestinal Heterotópico Bucal se presentó con 1 caso en el sexo femenino de 40 días de nacida. El Quiste Palatino medio con 1 caso también en sexo femenino de 25 años. Y el Defecto de Stafne con 1 caso en sexo femenino de 56 años (tabla 12).

TABLA 1. FRECUENCIA DE QUISTES NO ODONTOGENICOS POR SEXO.

QUISTES	SEXO		NO. REG	TOTAL
	M	F		
EPIDERMOIDE	31	22	1	54
DERMOIDE	13	9	-	21
NASOPALATINO	6	4	1	11
PILAR	3	3	-	6
LINFOEPITELIAL	2	2	-	4
OSSED TRAUMATICO	1	1	-	2
GASTROINTESTINAL				
HETEROTOPICO	-	1	-	1
DEFECTO DE STAFNE	-	1	-	1
FALATINO MEDIO	-	1	-	1
TOTAL	56	43	2	101

TABLA 2. FRECUENCIA DE QUISTES EPIDERMOIDES POR EDAD Y SEXO.

EDAD	SEXO		NO REG	TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO		
0-9	1	2	-	3
10-19	5	6	-	11
20-29	11	12	-	23
30-39	-	1	-	1
40-49	3	4	-	7
50-59	1	3	-	4
60-69	-	2	-	2
70-79	1	-	-	1
NO REG.	-	1	1	2
TOTAL	22	31	1	54

**TABLA 3. FRECUENCIA DE QUISTES EPIDERMOIDES DE LOCALIZACION
 INTRABUCAL POR EDAD Y SEXO.**

LOCALIZACION	SEXO		EDAD	TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO		
MUCOSA BUCAL	-	1	13	1
ESPACIO RETROMOLAR	1	-	28	1
DORSO DE LA LENGUA	1	-	29	1
ENCIA GINGIVAL LINGUAL	1	-	13	1
MUCOSA YUGAL	-	1	46	1
ENCIA DE 3er MOLAR SUP.	1	-	45	1
CARRILLO	-	1	5	1
TOTAL	4	3	-	7

TABLA 4. FRECUENCIA DE QUISTES EPIDERMOIDES EXTRABUCALES POR
 REGION Y SEXO.

REGION	SEXO		NO REG	TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO		
OCULAR	6	5	-	11
MANDIBULAR	3	4	-	7
AURICULAR	2	6	-	8
NASAL	2	3	-	5
MALAR	2	2	-	4
MEJILLA	2	2	-	4
LABIOS	1	1	-	2
CUELLO	-	1	-	1
FRONTAL	-	1	-	1
NO REGISTRADOS	-	3	1	4
TOTAL	18	28	1	47

TABLA 5. FRECUENCIA DE QUISTES DERMOIDES POR EDAD Y SEXO.

EDAD	SEXO		TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO	
10-19	1	4	5
20-29	3	6	9
30-39	1	1	2
40-49	-	-	-
50-59	2	1	3
60-69	-	1	1
NO REG.	1	-	1
TOTAL	8	13	21

TABLA 6. FRECUENCIA DE QUISTES DERMOIDES POR REGION.

REGION	TOTAL
CUELLO	5
AURICULAR	4
OCULAR	2
LABIO	2
FRONTAL	2
MALAR	2
NASAL	1
TEMPORAL	1
NO REGISTRADOS	2
TOTAL	21

TABLA 7. FRECUENCIA DE QUISTES NASOPALATINOS POR EDAD Y SEXO.

EDAD	SEXO		NO REG.	TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO		
20-29	-	3	-	3
30-39	2	2	-	4
40-49	-	-	-	-
50-59	1	-	-	1
NO REG.	1	1	1	3
TOTAL	4	6	1	11

TABLA 8. FRECUENCIA DE QUISTES PILARES POR EDAD Y SEXO.

EDAD	SEXO		TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO	
10-19	-	1	1
20-29	2	1	3
30-39	-	1	1
40-49	1	-	1
TOTAL	3	3	6

TABLA 9. FRECUENCIA DE QUISTES PILARES POR REGION.

REGION	TOTAL
PARIETAL	2
TEMPORAL	1
OCCIPITAL	1
AURICULAR	1
LABIOS	1
TOTAL	6

TABLA 10. FRECUENCIA DE QUISTES LINFOEPITELIALES POR EDAD Y SEXO.

EDAD	SEXO		TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO	
0-9	-	1	1
10-19	2	-	2
20-29	-	1	1
TOTAL	2	2	4

TABLA 11. FRECUENCIA DE QUISTES LINFOEPITELIALES POR REGION.

REGION	TOTAL
CUELLO	2
PILAR ANTERIOR	1
MASETERINA	1
TOTAL	4

TABLA 12. FRECUENCIA DE OTROS QUISTES POR EDAD, SEXO
Y LOCALIZACION

QUISTE	EDAD	SEXO		LOCALIZACION
		FEMENINO	MASCULINO	
OSEO TRAUMATICO	35	-	1	2º MOLAR INF.
OSEO TRAUMATICO	17	1	-	2º MOLAR INF.
PALATINO MEDIO	25	1	-	PALADAR MEDIO
DEFECTO DE STAFNE	56	1	-	MOLARES INF.
GASTROINTESTINAL				
HETEROTOPICO	40 días	1	-	PISO DE BOCA
TOTAL		4	1	

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

De acuerdo a la literatura mundial revisada, encontramos algunas variantes en cuanto a la frecuencia de los Quistes en relación con la edad, sexo y localización.

Se observó que el quiste más común fue el Epidermoide, del cual se encontraron 54 casos, siendo mas frecuente en el sexo masculino (M=31; F=22; NR=1); La edad mas frecuente fue entre la primera y segunda décadas de la vida y su localización intra-bucal más común fue el espacio retromolar. La muestra aquí presentada revela que fue más frecuente encontrarlo en la piel que en la cavidad bucal (47= 87%). Sin embargo según SHEAR (21), la mayoría de los quistes aparecen con una distribución igual en ambos sexos entre los 15 y 35 años y aparece con mayor frecuencia en el piso de la boca.

Los Quistes Dermoides originados en el piso de la boca rara vez son congénitos, en comparación con los que aparecen en otros sitios. Casi siempre ocurren en la adolescencia y no muestran preferencia por sexo. Se piensa que estos quistes se derivan de la inclusión de restos epiteliales en la línea media durante el cierre de los arcos mandibular y branquial del hioides.

Este quiste fue el siguiente en frecuencia, dentro de este estudio y se presentó con 21 casos, siendo más frecuente en el sexo masculino (M=13; F=8), en la segunda década de la vida, y todos tenían localización extrabucal; NEW y ERICH (207) estudiaron una serie de 103 quistes Dermoides de cabeza y cuello y señalaron que el piso de la boca y las áreas submaxilar y

sublingual fueron los sitios comunes de aparición. Según SHEAR (21), este quiste no tiene predilección por sexo, se encuentra entre los 15 y 35 años y su localización más frecuente es en piso de boca. Un hallazgo sorprendente en este estudio fue el encontrar que todos los Quistes Dermoides se localizaron en áreas extrabucales.

El Quiste Nasopalatino se encuentra dentro o cerca del canal incisivo, según SHAFER y col. (26), es el tipo más común de quistes del desarrollo maxilar. Se origina por la proliferación de remanentes epiteliales del conducto nasopalatino, estructura formada por un conducto o cordón de células epiteliales que se localizan dentro del canal incisivo. Estos se unen a las cavidades nasal y bucal y el canal se forma cuando los procesos palatinos se fusionan entre sí y con la premaxila, dejando una vía en cada lado del tabique nasal. Así como estos conductos se juntan y los canales se aproximan a la cavidad bucal, se fusionan y luego salen a través de una abertura común localizada en el hueso palatino justo en la parte posterior de la papila palatina. A veces, el canal incisivo se subdivide en dos canales separados, uno para el conducto nasopalatino y el otro para el nervio y vasos nasopalatinos.

A diferencia de otros reportes donde el Quiste Nasopalatino fue el más común en este estudio, tomó el tercer lugar en frecuencia con 11 casos, se presentó más comúnmente en el sexo masculino (M=6; F=4; NR=1) y fue más frecuente durante la segunda década de la vida. En el estudio de SHEAR (21), se encontró con mayor frecuencia en el sexo masculino entre la 4ª y 6ª décadas.

El Quiste Pilar (6 casos) se presentó con igual fre-

cuencia en ambos sexos (M=3; F=7) y fue más frecuente durante la segunda década.

El Quiste Linfoepitelial se presenta en la parte lateral del cuello y clásicamente se ha descrito como originado de los remanentes de los arcos branquiales. No se le considera un quiste de inclusión verdadero, debido a su origen durante el desarrollo.

BHASKAR y BERNIER (297), informaron de una serie de 468 casos con este tipo de quistes y analizaron a fondo las posibilidades de su histogénesis. Su testimonio es convincente de que esta entidad se origina a través de la transformación quística del epitelio atrapado en los ganglios linfáticos cervicales. El origen de este epitelio se desconoce, pero es probable que se derive de glándulas salivales, lo cual es una posibilidad embriológica. Por esta razón, BHASKAR y BERNIER (297), sugirieron los términos "nódulos linfáticos quísticos benignos" ó "quistes linfoepiteliales benignos" como término más clásico.

El quiste Linfoepitelial, del cual tenemos solamente 4 casos se presentó con la misma frecuencia en ambos sexos (M=2; F=2), principalmente entre la primera y tercera décadas; En el estudio de RICKLES y LITTLE en 1967 (299), se indica que este quiste no tiene predilección por sexo y se presenta de la 1ª a la 6ª décadas.

Por lo general, el quiste Oseo Traumático es una lesión que se presenta en las personas jóvenes, principalmente en menores de 20 años, sin que exista predilección por sexo. No obstante, de acuerdo con el examen de 50 casos que realizaron LICH-

TENSTEIN (235), TILLMAN (239) de 94 y BIESECKER y col. (237) de 66; la lesión también se presenta en adultos. Con frecuencia se puede obtener información acerca de si una lesión traumática precede a su desarrollo.

Se han observado casos de este quiste en casi todo el esqueleto, aunque más del 50% se presentan en los huesos largos, la columna vertebral, con frecuencia en la clavícula, costillas, cráneo, huesos de manos y pies, así como en otros sitios.

Del Quiste Oseo Traumático encontramos solamente dos casos, uno en sexo masculino de 35 años y otro en sexo femenino de 17 años, ambos localizados en el área del 2º molar inferior; En un análisis de HOWE (242), en la distribución por edad fue más común durante la 2ª década, más frecuente en el sexo masculino y su localización más común fue en la mandíbula.

Al realizar una revisión GORLIN y JIRASEK (205) encontraron islas heterotópicas de mucosa gástrica en esófago, intestino delgado, quistes torácicos, páncreas, vesícula biliar y divertículo de Meckel. Además, HARRIS y COURTEMANCHE (327), citaron por lo menos 17 casos de quistes revestidos con mucosa gástrica o intestinal en cavidad bucal, lengua ó piso de la boca, probablemente originados por restos embrionarios fuera de lugar.

Según SHAFER (26), este quiste coristomático puede encontrarse en pacientes de cualquier edad, aunque la mayoría fueron lactantes o niños pequeños, además, la lesión predomina en el sexo masculino.

En nuestra revisión, este quiste se presentó con un caso del sexo femenino de 40 días de nacida. Según SHEAR (21), la mayoría de los casos aparecen en el sexo masculino, en infantes y

su localización más común es en la porción anterior de la lengua.

Desde que en 1942 STAFNE (256), reconoció por primera vez la depresión mandibular de la glándula salival, se han informado de numerosos casos y la lesión no debe considerarse rara. KARMIDL y WALSH (252), obtuvieron una frecuencia de 0.4% en un estudio de 4963 pacientes; OIKARINEN y JULKU (253) encontraron una frecuencia del 1.3% en un grupo de 469 muestras; CORREL y col. (255), 0.48% en un grupo de 2693 muestras. En la actualidad, la mayor parte de las autoridades están de acuerdo en que esta entidad es un defecto congénito, aunque rara vez se ha observado en niños y su naturaleza anatómica precisa aún es incierta. También es inexplicable el hecho de que sea más frecuente en hombres que en mujeres.

De este Defecto de Stafne se encontró solamente 1 caso (0.99%) en un paciente del sexo femenino de 56 años, por lo cual no podemos discutir su frecuencia con los resultados de las investigaciones de otros autores. En sus estudios SHEAR (21) reportó que aparentemente ocurre con más frecuencia en el sexo masculino durante la edad media. Sin embargo no difiere mucho de los previamente reportados.

El quiste palatino medio surge del epitelio atrapado a lo largo de la línea de fusión de los procesos palatinos. Este quiste se localiza en la línea media del paladar duro entre los procesos palatinos laterales. Puede crecer durante un periodo prolongado y producir tumefacción palatina bien definida, la cuál es visible clínicamente. La causa de la proliferación epitelial y

la subsecuente formación del quiste se desconoce, así como también su distribución en edad y sexo.

En nuestro estudio encontramos 1 caso, en una paciente del sexo femenino de 25 años. Según BURKE (95), puede presentarse frecuentemente en fetos y en la mayoría de los casos desaparece durante los primeros meses de vida.

Por lo general, este grupo de quistes aparece entre la 3ª y 5ª décadas. En la casuística aquí presentada, se observó en un paciente de 25 años.

El quiste Linfocelular se reporta con más frecuencia en hombres y este estudio no señala preferencia. Los quistes Dermoide y Epidermoide no tienen preferencia por sexo y aquí se observaron con mayor frecuencia en hombres. Los resultados de este estudio, sugieren que las diferencias encontradas pueden deberse a factores étnicos.

"BIBLIOGRAFIA"

1. MEYER AW: Unique supernumerary paranasal sinus directly above the superior incisor. J Anat 48:118, 1914.
2. CONGDON, E.D.: A supernumerary paranasal sinus. Anat. Rec. 1920: 19:367-371.
3. MEYER, A.W.: Median anterior maxillary cysts. J. Am. Dent. Ass. 1931: 18:1851-1877.
4. MEYER, A.W.: Our inadequate terminology concerning the anterior palatine region. Anat. Rec. 1931: 49:19-30.
5. CIOLA, B., HARTFORD, C. & CALENA, D.L.: Midline maxillary cyst complicated by unerupted mesiodens. Oral Surg. 1972: 34:978-983.
6. BERLOVE, I.J.: Anterior median palatine cyst N.Y. Dent.J. 1956:26: 381-384.
7. BERNIER, J.L. & TIECKE, R.W.: Incisive canal cyst. J. Oral Surg. 1950: 8: 254-256.
8. THOMA, K.H.: Incisive canal cyst. Am. J. Orthod. 1943: 27:226-228.
9. KRUGER, G.O.: Textbook of oral and maxillofacial surgery, 5th edition. C.V. Mosby Co., St. Louis 1959, pp. 247-249.
10. SHAFER, W.G., HINE, M.K. & LEVY, B.M.: A textbook of oral pathology. W. B. Saunders Co., Philadelphia-London-Toronto 1974, pp. 67-69.
11. SILVA, C.A.: Facial cleft or fissural cyst. Am. J. Orthod. 1938: 24:801-803.
12. STAFNE, E.C., AUSTIN, L.T. & GARDNER, B.S.: Median anterior maxillary cyst. J. Am. Dent. Ass. 1936: 23:801-809.
13. SALMAN, I.: Cysts of jaws. J. Oral Surg. 1951: 9:188-206.

14. GOAZ PW, White SC: Oral Radiology: Principles and Interpretation. St Louis, Mosby, 1982, 443-445.
15. SHAFER WG, Hine MK, Levy BM: A Textbook of Oral Pathology 4th Ed. Philadelphia. Saunders, 1983, 70-72.
16. STAFNE EC, Austin LT, Gardner BS: Median anterior maxillary cyst. JADA 23:801, 1936.
17. ALLARD RHB, Van Der Kwast WAM, Van Der Waal I: Nasopalatine duct cyst. Review of the literature and report of 22 cases. Int J Oral Surg 10:447, 1981.
18. CHAMDA RA, Shear M: Dimensions of incisive fossae on dry skulls and radiographs. Int J Oral Surg 9:452, 1980.
19. CHAMPBELL JJ, Baden E, Williams AC: Nasopalatine cyst of unusual size: Report of case. J Oral Surg 31: 776, 1973.
20. ANNEROTH G, HALL G, STUGE U: Nasopalatine duct cyst. Int J Oral Maxillofac Surg 15:572, 1986.
21. SHEAR M. Cysts of the oral regions. Bristol: Wright PSG, 1983: 67-79.
22. ANNEROTH G, HALL G, STUGE U. Nasopalatine duct cyst. Int J Oral Maxillofac Surg 1986: 15:572-80.
23. PINDBORG, HLORTING-HANSEN E. Nasopalatine duct cyst. Atlas for diseases of the jaws. Copenhagen: Munksgaard, 1974: 138-9.
24. KRUGER GO. Textbook of oral and maxillofacial surgery. 6th ed. St. L CV Mosby, 1984: 258-9
25. ABRAMS AM, HOWELL FV, BULLOCK WK. Nasopalatine cysts. Oral Surg 1963: 16:306-32.
26. SHAFER WG, LEVY BM.: Trastornos del desarrollo y del crecimiento: Tratado de patología bucal. 4ª ed. 70-79, 1987.
27. ROPER-HALL HT: Cyst of developmental origin in the prema-

- xillary region, with special reference to their diagnosis
28. NORTJE CJ, WOOD RE: The radiologic features of the nasopalatine duct cyst. An analysis of 46 cases. Dentomaxillofac Radiol 17:129, 1988.
 29. BRODE H, ARAICHE M: Nasopalatine cyst: Report of a case. J Oral Surg 17:64, 1959.
 30. DAS AK, KOLEY DL. Fissural cysts of the palate. J Ind Dent Assoc 1970: 42:169-72.
 31. KILLEY HC, KAY LW, SEWARD GR. Benign cystic lesions of the jaws their diagnosis and treatment. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1977: 107-13.
 32. SHAFER WB, HINE MK, LEVY BM. A textbook of oral pathology. Philadelphia: WB Saunders, 1974: 70-2.
 33. NORTJE CH, FARMAN G. Nasopalatine duct cyst. An aggressive condition in adolescent Negroes from South Africa. Int J Oral Surg 1978: 7:65-72.
 34. ABRAMS AM, HOWELL FV, BULLOCK WK: Nasopalatine cysts. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 16:306, 1963.
 35. ALLARD RHB, VAN DER KWASR WAM, VAN DER WAAL I. Nasopalatine duct cyst. Int J Oral Surg 1981: 10:447-61.
 36. STAFNE EC, GIBILISCO JA. Oral roetgenographic diagnosis. Philadelphia WB Saunders, 1975: 171-4.
 37. R.H.B. ALLARD, W.A.M. VAN DER KWAST AND I. VAN DER WALL.: Nasopalatine duct cyst; review of the literature and report of 22 cases. Int. J. Oral Surg. 1981: 10: 447-461.
 38. AREY, L.B.: Developmental anatomy, 7th edition. W.B. Saunders Company, Philadelphia & London 1965, pp. 204-206.

39. CHRIST, T.T.: The globulomaxillary cyst; an embryological misconception. *Oral Surg.* 1970: 30:515-526.
40. LITTLE, J.W., LEXINGTON, K. & JAKOBSON, J.: Origin of the globulomaxillary cyst. *J. Oral Surg.* 1973: 31: 188-195.
41. PATTEN, B.M.: Prinzansky, S. (ed.): Congenital anomalies of the face and associated structures. Thomas, Springfield 1961, pp. 11-45.
42. PATTEN, B.M. Embryology of the palate and the maxillofacial region. In: Grabb, W.C. & Broch, K. R. (eds.): Cleft lip and palate. Little Brown & Co., Boston 1971, pp. 21-53.
43. ESCHLER, J.: Embryologie und Physiologie des menschlichen Zwischenkiefers. *Fortschr. Kieferorthp.* 1965: 26:377-390.
44. ESCHLER, J.: Untersuchungen über den menschlichen Zwischenkiefer. *Verh. Anat. Ges.* 1966: 61:409-418.
45. PATTEN, B.M: Human embryology, 3rd edition. Mc. Graw-Hill book Co., New York-Toronto-Sidney-London 1968, pp. 345-359.
46. SICHER, H.: Orban's oral histology and embryology, 6th edition. c.v. Mosby Co., St. Louis 1966, pp. 1-18,247-252.
47. MOORE, K.L.: The developing human, 2nd edition. W.B. Saunders Co., Philadelphia and London 1977, pp.156-175.
48. LIMBORGH, J. VAN: Personal communication, 1980.
49. LIMBORGH, J. VAN : Spletten van lip, kaak en verhemelte. *Ned. Tijdschr. v. Tandheelk.* 1952: 69:169-180.
50. FERENCZY, K.: The relationship of globulomaxillary cyst to the fusion of embryonal processes and to cleft palates. *Oral Surg.* 1958: 11:1386-1393.

51. GRABB, W.C., ROSENSTEIN, S.W. & BROCH, K.R.: Cleft lip and palate. Little Brown & Co., Boston 1971, pp. 21-53.
52. TOUW, J.J.A.: De eerst ontwikkelingsfase van het craniofaciale gebied Department of Orthodontics, Free University, Amsterdam 1979.
53. HAMILTON, W.J.: Prenatal growth and development. In: Cohen, B. & Kramer, I.R.H. (eds.): Scientific foundations of dentistry. W. Heinemann Medical Books Ltd., London 1976, pp. 12-28.
54. WOOD, N.K., WRAGG, L.E. AND STUTEVILLE, O. H.: The premaxilla: embryological evidence that it does not exist in man. *Anatom. Rec.* 1967: 158: 485-489.
55. PERMAR, D.: Oral embryology and microscopic anatomy, 4th edition. Lea and Febiger, Philadelphia 1967, pp. 16-28.
56. SPERBER, G.H.: Craniofacial embryology. J. Wright & Sons Ltd., Bristol 1973, pp. 22-35, 79-86.
57. DIEWERT, V.M. & TAIT, B.: Palatal process movement in the rat as demonstrated in frozen sections. *J. Anat.* 1979: 128: 609-618.
58. BEVELANDER, G.: Atlas of oral histology and embryology. Lea & Febiger, Philadelphia 1967, pp. 222-223.
59. BHASKAR, S.N.: Synopsis of oral histology. C.V. Mosby Co., St. Louis 1962, pp. 30.
60. BURDI, A.R.: Distribution of midpalatine cyst: a reevaluation of human palatal closure mechanisms. *J. Oral Surgg.* 1968: 26:41-45.
61. LATHAN, R.A.: The development, structure and growth pattern of the human midpalatal suture. *J. Anat.* 1971: 108:31-41.
62. MONTELEDONE, L. & MCLELLAN, M.S.: Epstein's pearls of the

palate. J. Oral Surg. 1964: 22:301-304.

63. SWINDLE, P.F. & MAHAR, W.P.: Blood vessels of median palatal fissural cysts. Oral Surg. 1969: 27:368-373.

64. FRANCIS, T.C. & ARCHARD, H.O.: Nasopalatine duct cyst with epidermoid features; report of a case. J. Oral Surg. 1967: 25:265-268.

65. BELLAIRS, A.D'A.: Observations on the incisive canaliculi and nasopalatine ducts. Brith. Dent. J. 1951: 91: 281-291.

66. FRÖHLICH, E. VON: Zur Morphologie und Genese des Ductus und des Zysten des Ductus nasopalatinus. Dtsch. Zahn-Mund-Kieferheilk. 1962: 37:231-241.

67. FRÖHLICH, VON E.: Die Knorpelbildung im Bereich der Ductus nasopalatini. Dtsch. Zahn-Mund-Kieferheilk. 1967: 49:50-58.

68. BONE, R.: Cystic lesions of the maxilla. Laryngoscope 1972: 82: 308-320.

69. RAWENGEL, G.: Die Nasengaumengänge und andere epitheliale Gebilde im vorderen Teile des Gaumens bei Neugeborenen und Erwachsenen. Arch. Mikr. Anat. 1923: 97:507-522.

70. PETER, K.: Die Entwicklung der asengaumenstränge und andere Epithelzüge im vorderen Teil des menschlichen Gaumens. Arch. Mikr. Anat. 1923: 97:523-553.

71. BRODIE, H.: Nasopalatine cyst. J. Oral Surg. 1959: 17:64-65.

72. KILLEY, H.C., KAY, L.W. & SEWARD, G.R.: Benign cystic lesions of the jaws, their diagnosis and treatment. Churchill Livingstone, Edinburgh London & New York 1977, pp. 14-15, 106-114, 167-173.

73. ROPER-HALL, H.T.: Premaxillary cysts. Brit. Dent. J. 1934: 74:197-206.

74. COHEN, M. & LEVINE, J.: Incisive canal cyst of edentulous maxilla. *Int. J. Orthod.* 1936: 22:526-529.
75. THOMA, K.H. & GOLDMAN, H.M.: *Oral Pathology*, 5th edition. c.v. Mosby Co., St. Louis 1960, pp. 623-826.
76. ROPER-HALL, H.T.: Cysts of developmental origin in the premaxillary region with special reference to their diagnosis. *Brit. Dent. J.* 1938: 65:405-434.
77. HAUENSTEIN, K.: Die entzündlichen Erkrankungen im Canalis nasopalatinus. *Dtsch. Zahnärztl. Wochenschr.* 1929: 32:372-375.
78. HYDE, W.H.: Incisal canal cyst. *Dent. Items* 1942: 64:105-108.
79. SCHROFF, J.: Cysts in the incisors canal. *J. Dent. Res.* 1930: 10:739-762.
80. CAMPBELL, J.J., BADEN, E. & WILLIAMS, A.C.: Nasopalatine cyst of unusual size: report of a case. *J. Oral Surg.* 1973: 31: 776-779.
81. SHEAR, M.: *Cyst of oral regions*. J. Wright & Sons Ltd., Bristol 1976, pp. 67-79.
82. BURKET, L.W.: Nasopalatine duct structures and peculiar bony pattern observed in the anterior maxillary region. *Arch. Path.* 1937: 23:793-800.
83. COHEN, M.M.: Fissural cysts of the median palatine suture. *Am. J. Orthod. Oral Surg.* 1943: 29:442-451.
84. GROHS, R.: Epithelial rests in the region of the palatinal papilla of the upper jaw. *J. Dent. res.* 1934: 14:187-188.
85. KEITH, D.A.: Phenomenon of mucous retention in the incisive canal. *J. Oral Surg.* 1979: 37:832-834.
86. NOYES, H.J.: Nasopalatine duct and Jacobson's organ in

- newborn infants. J. Dent. Res. 1935: 15:155-156.
87. THOMA, K.H.: Cyst of the papilla palatina. Int. J. Orthod. 1936: 22:521-525.
88. ABRAMS, A.M., HOWELL, F.V. & BULLOCK, W.K.: Nasopalatine cyst. Oral Surg. 1963: 16:306-332.
89. REDMAN, R.S.: Nasopalatine duct cyst with pigmented lining suggestive of olfactory epithelium. Oral Surg. 1974: 37:421-428.
90. STAM, F.C., WAAL, I. VAN DER, KWAST, W.A.M. VAN DER: Pigment in the lining of nasopalatine duct cysts: report of two cases. J. Oral Path. 1979: 8:170-175.
91. DAS, A.K. & KOLEY, D.L.: Fissural cysts of the palate. J. Indian Dente. Ass. 1970: 42: 169-172.
92. BRANDT, W. & ROPER-HALL, H.T.: The aetiology of cysts of developmental origin in the premaxillary region. Brit. Dent. J. 1941: 70:213-221.
93. KRONFELD, R.: Roentgenologisch-histologische Untersuchung einer medianen oberkieferzyste. Korr. Zahnarztzte 1928: 52:360-369.
94. SCOTT, J.H.: The early development of oral cysts in man. Brit. Dent. J. 1955: 98:109-114.
95. BURKE, G.W., FEAGANS, W.M., ELZAY, R.F. & SCHWARTZ, L.D.: Some aspects of the origin and fate of midpalatal cysts in human fetuses. J. Dent. Res. 1966: 45:159-164.
96. STOUT, F.W. & COLLIER, W.K.: Etiology and incidence of the median maxillary anterior alveolar cleft. Oral Surg. 1969: 28:66-72.
97. BROOK, A.H., WINTER, G.B. & OSBORNE, J.A.: The occurrence of benign cystic lesions of the jaws in children. Proc. Brit. Paed-

dod. Soc. 1971: 1:16-19.

98. FRERICHS, D.W. & SPOONER, S.W.: Median palatine cyst. Oral Surg. 1953: 6:1181-1185.

99. KARMODY, C.S.: Nasoalveolar cysts. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1972: 81:278-283.

100. RHYMES, R.: Median palatine cyst: report of case. J. Oral Surg. 1964: 22:513-515.

101. SAUNDERS, L.A., WISNIEWSKI, H. & SOUMERAI, S.: Extensive incisive canal cyst. Oral Surg. 1968: 26:284-290.

102. SCHIFF, B.S., KRINGSTEIN, G. & STOOPACK, J. C.: An extremely large and facially distorting nasopalatine duct cyst. Oral Surg. 1969: 27:590-594.

103. BHASKAR, S.N.: Synopsis of oral pathology, 5th edition. C.V. Mosby Co., St. Louis 1977, pp. 209-210, 225-231.

104. CABRINI, R.L., BARRES, R.E. & ALBANE, H.: Cysts of jaws: a statistical analysis. J. Oral Surg. 1970: 28:485-489.

105. HAKALA, P.E., CALONIUS, P.E.B., ALTONEN, M. & SAINIO, P.: The relative incidence of cysts of jaws. Proc. Fin. Dent. Soc. 1972: 68:292-299.

106. HAMMER, H.: Ein Beitrag zur Kenntnis der nasopalatinalen Zysten. Dtsch. Zahn-Mund-Kieferheilk. 1936: 3: 696-701.

107. PINDBORG, J.J., KRAMER, I.R. & TORLONI, H.: Histological typing of odontogenic tumours, jaw cysts and allied lesions. World Health Organisation, Geneva 1971, pp. 19,41.

108. BRADLEY, J.L.: Cysts of the jaw bones. J. Oral Surg. 1951: 9: 295-308.

109. FICKLING, B.W.: Cysts of jaws: a long-term survey of types

- and treatment. Proc. R. Soc. Med. 1965: 58:847-854.
110. MAIN, D.M.G.: Epithelial jaw cyst: a clinicopathological reappraisal. Brit. J. Oral Surg. 1970: 8:114-125.
111. SHEAR, M.: Cysts In: Cohen, B. & Kramer, I. R.H. (eds.): Scientific foundations of dentistry. W. Heinemann Medical books Ltd., London 1976, pp. 258-260.
112. ABRAMS, A.M.: Comments on nasopalatine duct cyst. J.Oral Surg. 1967: 25:269.
113. NORTJE, CH. J. & FARMAN, G.A.: Nasopalatine duct cyst. Int. J. Oral Surg. 1978: 7:65-72.
114. SEWARD, G.R.: Radiology in general practice. Brit. Dent. J. 1963: 115:136-144, 175-179, 229-235.
115. HEDIN, M., KLÄMFELDT, A. & PERSSON, G.: Surgical treatment of nasopalatine duct cysts. Int. J. Oral Surg. 1978: 7:427-433.
116. SHEAR, M.: Odontogenic and non-odontogenic cysts. Abstracts of paper, European meeting of oral pathology, Amsterdam 1976, pp. 1,5,8-9.
117. DOUGLAS, D. D. RICHARD, J. L. RICHARD, C. R.: Concurrent nasopalatine duct cyst and bilateral mesiodens. Oral Surg 1988, pp. 264,265.
118. ADEL EL-BARDAIE, HIROMASA N. AND TAKASHI T.: Pigmented nasopalatine duct cyst: report of 2 cases. Int. J. Oral Maxillo-fac. Surg. 1989, 18: 138-139.
119. REDMAN, R.S.: Nasopalatine duct cyst with pigmented lining suggestive of olfactory epithelium. Oral Surg. 37: 421-428, 1974.
120. STAM, F.C. VAN DER WAAL, I. & VAN DER KWAST, W.A.M.: Pigmented in the lining of nasopalatine duct cyst: report of 2 cases. J. Oral Pathol 18: 170-175, 1979.

121. KWAST, W.A.M. VAN DER: Non-odontogene en odontogene kysten. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1964: 114:1474-1475.
122. DECHAUME, M.: Kystes du maxillaire superieur par inclusion epitheliate. Rev. de Stom. 1934: 36:112-116.
123. STAFNE, E. C. & AUSTIN, L.T.: Further observations on median anterior maxillary cysts. J. Am. Dent. Ass. 1937: 24:957-963.
124. WILD, H.A.P.: Comments on cysts in the region of nasopalatine duct. Dent. Items Interest 1930: 52:63-64.
125. HESLOP, J.H.: Comments on "The surgical management of some benign cysts of the jaws" by H.C. Killey. Brit. Dent. J. 1963: 114:16-17.
126. MATHIEU, L.: Les kystes du maxillaire supérieure d'origine non dentaire. Act. Odontostomatol. 1972: 99:465-378.
127. MORGAN, G.A.: Median anterior maxillary cysts. J. Canad. Dent. Ass. 1958: 24:287-291.
128. THOMA, K.H.: Diagnosis and treatment of odontogenic and fisural cyst. Oral Surg. 1950: 3: 961-986.
129. GINGRASS, R.F.: Incisive canal cyst. j. Am. Dent. Ass. 1940: 27: 96-98.
130. KWAST, W.A.M. VAN DER & ROORDA, L.A.M.: Fissurale cysten in de bovenkaak. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1963: 107:1479-1481.
131. REGEZI JA. CCIUSBA JJ.: Quistes no odontogenicos: Patología bucal. 333-351, 1991.
132. CHOUKAS, N. & TOTO, P.D.: Fussural cyst of the palate. Oral Surg. 1964: 17: 497-502.
133. RUSHTON, M.A.: A cyst in the median palatine suture. Brit. Dent. J. 1930: 51:109-110.

134. STAFNE, E.C.: Oral roetgenographic diagnosis. W.B. Saunders Co., Philadelphia & London 1969, pp. 186-190.
135. WUEHRMANN, A.H. & MANSON-HING, L.R.: Dental radiology. C.V. Mosby Co., St. Louis 1965. pp. 386-389.
136. GYSEL, C.: Bij een naso-palatinale cyste. Ned. Tijdschr. v. Tandheelk. 1968: 10:686-689.
137. AMIES, A.B.F.: Calculus in a cyst of the incisive canal. Australian D.J. 1955: 59:292-295.
138. FREEDMAN, G.L., HOOLEY, J.R. & FUNK, E.C.: Unusual radiographic apperance of a probable incisive canal cyst. J. Canad. Dent. Ass. 1968: 34:317-320.
139. LOVESTEDT, S.A. & BRUCE, K.W.: Cysts of the incisive canal with concretments. J. Oral Surg. 1954: 12:48-53.
140. BERRNIER, J.L. & ASH, J.E.: Atlas of dental and oral pathology, 4th edition. Am. Reg. of Path., Washington 1948, pp. 91-92.
141. STOELINGA, F.J.W.: Kaakcysten. Stafleu & Tholen N.V., Leiden 1971, pp. 14-16, 21, 91-93.
142. BLAKE, H. & BLAKE, F.S. & PATERSON, N.J.: Nasopalatine cyst. Oral Surg. 1954: 7: 1062- 1065.
143. BREAKSTONE, G.E.: Nasopalatine cyst involving the greater portion of the palate. Oral Surg. 1954: 7:1183-1187.
144. FRY, J.C.: Two cases of sinus in the incisive canal. Brit. Dent. J. 1932: 53:528-529.
145. N.Y. Inst. of Clin. Oral Path: A nasopalatine cyst. NY Dent. J. 1947: 13:154-155.
146. LUCAS, R.B.: Pathology of tumours of the oral tissue, 3rd edition. Churchill Livingstone, Edinburgh & London 1976, pp. 352-356.

147. U.S. NAVAL DENTAL SCHOOL.: Color atlas of oral pathology. J. B. Lippencott Co., Philadelphia 1956, pp.28.
148. REDMAN, R.S. Nasopalatine duct cyst with pigmented lining suggestive of olfactory epithelium. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology 37: 421-428, 1974.
149. BROMAN, I. Das Vomero-nasale Jacobsoni-Ein Wassergeruchsorgan Anat Hfte, Abt. I, 58: 137-191, 1920
150. PEARSE, A.G.E. Histochemistry. Boston: Little, Brown & Co. 1968.
151. REDMAN, R.S. Nasopalatine duct cyst with pigmented lining suggestive of olfactory epithelium. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology 37: 421-428, 1974.
152. WEISS, L. & GREEP, R.O. Histology, p771. New York: Mc Graw-Hill. 1977.
153. KILLEY, H.C.: The surgical management of some benign cysts of the jaws. Brit. Dent. J. 1963: 114:9-15.
154. RUD, J.: Surgical management of fissural cysts of the maxilla. J. Oral Surg. 1964: 22:146-150.
155. TANPHILJEV, D.E.: O diagnostije i terapii kist nosonebnogo (reztsovogo) kanala. Stomatologia (Moscow) 1969: 48:106-107.
156. ARCHER, H.: Oral Surgery, 5th edition. W.B. Saunders Company, Philadelphia and London 1966, pp. 427-429.
157. CARDU, V.A., FEDER, M. & STRATIGOS, G.T.: Surgical removal of a nasopalatine cyst. NY Dent. J. 1973: 39:484-487.
158. MORSHEIMER, L.E.: Median anterior maxillary cyst. Dent. Radiogr. Photogr. 1966: 39:39.
159. MULLANEY, T.P. & LENDX, J.A.: Surgical treatment of

- idiopathic internal resorption with concurrent nasopalatine duct cyst. J. Am. Dent. Assoc. 1970: 81:425-427.
160. ROBINSON, H.B.G.: Cysts of the oral cavity. In: surgery, Vol. 1, 5th edition. W.B. Saunders, Philadelphia 1975, pp. 518, 521-522, 660-661, 664-672.
161. TAINTER, J.F. & FAHID, A.: Case report: median palatine cyst. Dent. Surg. 1977: 53:33-36.
162. ROBINSON, H.B.G.: Cysts of the oral cavity. In: Surgery, vol. 1, 5th edition. W.B. Saunders, Philadelphia 1975, pp. 518, 521-522, 660-661, 664-672.
163. MANDEL, L. & BAURMASH, H.: Nasopalatine cysts. NY State Dent. J. 1957: 23:87-92.
164. DOORN, M.E. VAN: Enucleation and primary closure of jaw cysts. Int. J. Oral Surg. 1972: 1:17-25.
165. CHOUKAS, N.C.: Case report of a median palatine cyst with criteria for differential diagnosis. Oral Surg. 1957: 10:237-242.
166. STOELINGA, F.J.: Laterle ontwikklings (fissurale) Kysten in de bovenkaak. Ned. Tijdschr. v. Tandheelk. 1971: 78:258-264.
167. SUTHERLAND, K.G.: The pathology and treatment of diseases of the palate. Australian Dent. J. 1968: 13:111-124.
168. HATZIOTIS, J.: Median palatal cyst: report of a case. J. Oral Surg. 1966: 24:345-346.
169. MEYER, I.: Comments on report of median palatine cyst. J. Oral Surg. 1966: 24:346.
170. COURAGE, G.R. & HANSEN, L.S.: Median palatine cysts. Oral Surg. 1974: 37:745-753.
171. MAHER, W.P. & SWINDLE, P.F.: Etiology and vascularisation of dental lamina cysts. Oral Surg. 1970: 29:590-597.

172. ROWE, N.L.: Comments on "The surgical management of some benign cysts of the jaws" by H!C! Killey. Brit. Dent. J. 1963: 114:17-18.
173. THORNTON, W.E., ALLEN, J.W. & BYRD, D.L. Median palatal cyst: report of a case. J. Oral Surg. 1972: 30: 661-663.
174. GORMLEY, M.B.: Large median palatal cyst. Oral Surg. 1973: 36:606-607.
175. SMALL, E.W.: Cysts. Dent. Clin. N. Am. 1971: 15: 369-398.
176. GORDON, N.C., SWANN, N.P. & HANSEN, L.S.: Median palatine cyst and maxillary antral osteoma. J. Oral Surg. 1980: 38:361-365.
177. SICHER, H.: Anatomy and oral pathology. Oral Surg. 1962: 15:1264-1269.
178. THOMA, K.H.: Facial cleft or fissural cyst. Int. J. Orthod. 1937: 23:83-89.
179. BAHN, S.L.: Supernumerary tooth in the right nostril associated with a median palatine cyst. Oral Surg. 1966: 21: 409-413.
180. SHLOMO T. AND BADRI A.: Lesions resembling globulomaxillary cysts, Oral Surg, 1977, 44: 25-29.
181. THOMA, K.: Facial Cleft or Fissural Cysts, Int. J. Orthod. Oral Surg, 23: 83-89, 1937.
182. CHRIST, T.F.: The Globulomaxillary Cyst: And Embryologic Misconception, Oral Surg. 30: 515-526. 1970.
183. ZEGARELLI, D.J., and ZEGARELLI, E.V.: Radiolucent Lesions in the Globulomaxillary Region, J. Oral Surg. 31: 767-771, 1973.
184. SICHER, H.: Orban's Oral Histology and Embryology, ed. 6, St. Louis, 1966, The C.V. Mosby Company, pp. 1-17.

185. KRAUS, B.: Prenatal Growth and Morphology of the Human Body Palate. J. Dent. Res. 39: 1177-1199, 1960.
186. AISENBERG, M.S., and TUMAN, B.W.: Ameoloblastoma Arising Within a Globulomaxillary Cyst, Oral Surg. 13: 1352-1355, 1960.
187. YOKOYA, M.M.: Complicated Malignant Neoplasm and Globulo-maxillary Cyst, Oral Surg. 19: 10-20, 1965.
188. FERENCZY, K.: The relationship of globulomaxillary cysts to the fusion of embryonal processe and to cleft palate. Oral Surg., 11: 1388, 1958.
189. LEVEQUE H, SARACENO C, TANG CK, et al: Dermoid cysts of the floor of the mouth and lateral neck. Laryngoscope 89:296, 1979.
190. GOLD BD, SHEINHOPF DE, LEVY B: Dermoid, epidermoid and teratomatous cysts of the tongue and floor of the mouth. J Oral Surg 32:107, 1974.
191. KATZ AD, POSEY V: Sublingual dermoid tumors. Calif Med 111:96, 1969.
192. COLP R: Dermoid cysts of the floor of the mouth. Surg Gyne-col obstet 40:163, 1925.
193. BARRY LE, MARTIN JR, ALLEN S.: Simultaneous Ocurrence of Dermoid and Heterotopic Intestinal Cysts in the Floor of the Mouth of a Newborn. J. Oral Maxillofac Surg 43: 880-883, 1985.
194. HOWELL WE, STEIN H, TOMARO AJ: Sublingual dermoid cyst in an infant: report of a case. J Oral Surg 30:437, 1972.
195. COLP R: Dermoid cyst of the floor of the mouth. Surg Gyne-col Obstet 40: 183, 1925.
196. MEYER I: Dermoid cyst (dermoid) of the floor of the mouth. Oral Surg 8:1149, 1955.
197. BLENKINSOPP PT, ROWE NL: Recurrent derrmoid cyst of the

floor of the mouth. Br J Oral Surg 18:34, 1980.

198. MEYER I: Dermoid cysts (dermoids) of the floor of the mouth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 8:1149, 1955.

199. SFOUGE JO: Oral Pathology. St Louis, Mosby, 1973, p 317.

200. SHAFER WG, HINW MK, LEVY BM: A Textbook of Oral Pathology (ed 3). Philadelphia, Saunders, 1974, pp 74-75.

201. LUCAS RB: Pathology of Tumours of the Oral Tissues (ed 3). Edinburg, Churchill Livingstone, 1976, p 380.

202. RAPIDIS AD, ANGELOPOULOS AP, SCOUTERIS C: Dermoid cyst of the floor of the mouth Report of a case. Br J Oral Surg 19:43, 1981.

203. SEWARD GR: Dermoid cysts of the floor of the mouth. Br J Oral Surg 3:36, 1965.

204. MEYER I: Dermoid cysts of the floor of the mouth. J. Oral Surg 8: 1149, 1955

205. GORLIN RJ, JIRASEK JE: Oral cysts containing gastric or intestinal mucosa: unusual embryological accident or heterotopia. J Oral Surg 28:9, 1970.

206. ROBBINS SL, ANGELL M: Basic Pathology. 2nd ed. Philadelphia, WB Saunders, 1976, p 577.

207. NEW GB, ERICH JB: Dermoid cysts of the head and neck. Surg Gynecol Obstet 65:48, 1937.

208. YOSHIMURA Y, TAKEDA M, et al: Congenital dermoid cysts of the sublingual region: report of a case. J Oral Surg 28:366, 1970.

209. GIBSON WS, FENTON MA: Congenital sublingual dermoid cyst. Arch Otolaryngol 108:745, 1982.

210. NEW GB, ERICH JB: Dermoid cysts of the head and neck. Surg Gynecol Obstet 65:48, 1937.
211. BATSAKIS JG: Tumours of the Head and Neck. Clinical and Pathological Considerations (ed 2). Baltimore, Williams & Wilkins, 1979, pp 226-229.
212. HOWELL CJT: The sublingual dermoid cyst. Report of five cases and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 59:578, 1985.
213. DUNCAN GW, DANIEL RA Jr: Cystic tumor of the tongue. Arch Surg 44:164, 1942.
214. GORLIN RJ, JIRASEK JE: Oral cysts containig gastric or intestinal mucosa: Unusual embryologic accident or heterotopia. J Oral Surg 28:9, 1970.
215. GELLIS SS, FEINGOLD MD: Picture of the month. Am J Dis Child 134: 985, 1980.
216. EFFLEY BL, BELL MJ, SCLAROFF A: Simultaneous of dermoid and heterotopic intestinal cysts in the floor of the mouth of a newborn. J Oral Maxillofac Surg 43:880, 1985.
217. MEYER I. Dermoir cysts of the floor of the mouth. J Oral Surg 8:1149, 1955.
218. GORLIN RJ, KALSINS V, ITZANT RJ: Ocurrence of heterotopic gastric mucosa in the tongue. J Pediatr 64:604, 1964.
219. GRUSKIN P, LANDOLFE F: Heterotopic gastric mucosa of the tongue. Arch Pathol 94:184, 1972.
220. PICARD E, PICARD JJ, JDRISSEN J, JARDON M: Heterotopic gastric mucosa in the epiglottis and rectum. Dig Dis 23:217, 1978.
221. KAUFFMAN SL, STOUT AF: Tumors of the major salivary glands

in children. Cancer 16:1317, 1963.

222. BURY HPR: a cyst of the tongue containig gastric epithelium. J Pathol Bacteriol 83:560, 1962.

223. KRAPSE M. Cited by DAU H: Uber das Vorkommen heterotoper Magenschleim haut an der Zungenspitze Hamburg, Inaugural Dissert-
ation, 1949.

224. SCHULTZ L: Ciliated epithelial cyst (ecto-endodermal) of the
floor of the mouth. Arch Pathol Lab Med 4:259, 1927.

225. FAVARA BE, FRANCOISI RA, AKERS DR: Enteric duplications Am J
Dis Child 122:501, 1971.

226. THOMA KH: Oral Pathology, 6th ed. St Louis, CV Mosby Co,
1970, pp 467-469.

227. WOLFF M: Heterotopic gastric epithelium in the rectum. Am J
Clin Pathol 55:604, 1971.

228. DAYAL Y, WOLFE HJ: Gastrin-producing cells in ectopic gas-
tric mucosa of developmental and metaplastic origins. Gastro-
enterology 75:655, 1978.

229. LISTER J, ZACHARY RB: Cystic duplications of the tongue. J
Pediatr Surg 3:491, 1968.

230. TOYAMA I: Occurrence of stomach mucosa at the base of the
tongue. J Kyoto Med Univ 1:13, 1927.

231. MARIA JO, JOSEPH TF, GERALD TW.: Heterotopic Gastric Mucosa
of the Tongue. Oral Maxillofac Surg 40: 667-670, 1982.

232. NICHOLSON GW: Heteromorphoses (metaplasia) of the alimen-
tary tract. J Pathol Bacteriol 26:399, 1923.

233. REDTOR LE, CONNERLEY ML: Aberrant mucosa of esophagus in
infants and children. Arch Pathol 31:285, 1941.

234. ELDEEB M, SEDANO HD, WAITE DE. Aneurysmal bone cyst of the jaws. *Int J Oral Surg* 1980; 9:301-11.
235. LICHTENSTEIN L.: Aneurismal bone cyst. *Cancer* 1950, 3: 279-289.
236. LICHTENSTEIN L.: Aneurismal bone cysts, further observations. *Cancer* 1953, 35: 67-76.
237. BIESECKER JL, MARCOVE RC, HUVOS AG, MIKE F.: Aneurismal bone cysts. A clinicopathologic study of 66 cases. *Cancer* 1970, 26: 615-625.
238. OLIVER LP.: Aneurismal bone cyst. Report of a case. *Oral Surg* 1973, 35: 67-76.
239. TILLMAN BF, DAHLIN DC, LIPSCOMB PR, STEWART JR.: Aneurismal bone cyst. An analysis of 95 cases. *Mayo Clinic Proc* 1968, 43: 478-495.
240. NEWMAN L.: Aneurismal bone cyst—a lesion in the mandibular ramus. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1987, 25: 74-78.
241. HANSEN LS, SAFONE J, SPROAT RC. Traumatic bone cysts of the jaws. *Oral Surg* 1974; 37:889-910.
242. HOWE GL. "Haemorrhagic cysts" of the mandible, part I and part II. *Br J Oral Surg* 1965; 3:55-76, 77-91.
243. MELROSE RJ, ABRAMS AM, MILLS BG.: Florid osseous dysplasia: a clinical pathologic study of thirty-four cases. *Oral Surg* 1976, 41: 45-52
244. HILLERUP S, HJORTING-HANSEN E. Aneurysmal bone cyst—simple bone, two aspects of the same pathologic entity? *Int J Oral Surg* 1978; 7:16-22.
245. PAUL GS, R. KEITH M.: Traumatic bone cyst, Aneurismal bone cyst, and Central giant cell granuloma—Pathogenetically related

- lesions?. J of Endodontics Vol. 15, No. 4, 164-167. 1989.
246. ELDEEB M. SEDANO HD, WAITE DE. Aneurismal bone cyst of the jaws. Int J Oral Surg 1980, 9: 301-311.
247. RUSHTON MA. Solitary bone cyst in the mandible. Br Dent J 1946: 81:37-49.
248. KAUGARS GE, CALE AE. Traumatic bone cyst. Oral Surg 1987: 63:318-24.
249. BEASLEY JD III. Traumatic cysts of the jaws: report of 30 cases. J Am Dent Assoc 1976: 72:145-52.
250. LAZANSKY JP. WUERHRMANN AH. GLIKMAN II. Traumatic cyst of the mandible. Am J Orthodont 1946: 32:155-9.
251. HARVEY, W., and NOBLE, H.W.: Defects on the lingual surface of the mandible near the angle. Br. J. Oral Surg., 6:75, 1968.
252. KARMIDL, M., and WALSH, R.F.: Incidence of static bone defect of the mandible. Oral Surg., 26: 225, 1968.
253. DIKARINEN, V.J., and JULKU, M.: An orthopantomographic study of developmental mandibular bone defects. Int. J. Oral Surg., 3:71, 1974.
254. LANGLAIS, R.P., COTTONE, J., and KASLE, M.J.: Anterior and posterior lingual depressions of the mandible. J. Oral Surg., 34: 502, 1976.
255. CORRELL, R.W., JENSEN, J.L., and RHYNE, R.R.: Lingual cortical mandibular defects. Oral Surg., 50: 287, 1980.
256. STAFNE EC: Bone cavities situated near the angle of the mandible. J Am Dent Assoc 29: 1969-1972. 1942. .
257. CHEN CY, OHBA T: An Analysis of radiolocal findings of Stafne's idiopathic bone cavity. Dentomaxillofac Radiol 10: 18-

23, 1981.

258. CORRELL RW, JENSEN JL, RHYNE RR.: Lingual cortical mandibular defects: a radiographic incidence study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 50: 287-291, 1980.

259. JOHNSON CC.: Analysis of panoramic survey. J Am Dent Assoc 81: 151-154, 1970.

260. KARMIDL M, WALSH RF.: Incidence of static bone defect of the mandible. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 26: 225-228, 1968.

261. LILLY GE, STEINER M, IRBY WB, TIECKE RW.: Oral health evaluation: analysis of radiographic findings. J Am Dent Assoc 71: 635-639, 1965.

262. OIKARINEN VJ, JULKU M: An orthopantomographic study of developmental mandibular bone defects (Stafne's idiopathic bone cavities). Int J Oral Surg 3: 71-76, 1974.

263. UEMURA S, FUJISHITA H: Radiographic interpretation of so-called developmental defect of mandible. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 41: 120-128, 1976.

264. HARVEY W, NOBLE HW: Defects on the lingual surface of the mandible near the angle. Br J Oral Surg 6: 75-83, 1968.

265. LANGLAIS RP, COTTONE J, KASLE MJ: Anterior and posterior lingual depressions of the mandible. J Oral Surg 34: 502-509, 1976.

266. AMARAL WJ, JACOBS DS: Aberrant salivary gland defect in the mandible: report of a case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 14: 748-752, 1961.

267. BERGENHOLTZ A, PERSSON G: Idiopathic bone cavities: a report of four cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 16: 703-712, 1963.

268. BERNSTEIN HF, LAM RC, FOMIJE FW: Static bone cavities of the

mandible review of the literature and report of case. J Oral Surg 16: 46-52, 1958.

269. BOERGER WG, WAITE DE, CARROLL GW: Idiopathic bone cavities of the mandible: a review of the literature and report of case. J Oral Surg 30: 506-509, 1972.

270. CHOUKAS NC: Developmental submandibular gland defect of the mandible: review of the literature and report of two cases. J Oral Surg 31: 209-211, 1973.

271. CHOUKAS NC, TOTO PD: Etiology of static bone defects of the mandible J Oral Surg 18: 16-20, 1960.

272. D'ERAMO EM, POIDMORE SJ: Developmental submandibular gland defect of a case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 39: 14-19, 1975.

273. DIEBERT E, MEISTER P: Die statische (latente) Knochenhöhle: ein Beitrag anhand von drei eignen Fällen zur ungeklärten Ätiologie. Dtsch Zahnärztl Z 33:396-400, 1978.

274. FISCHER-BRANDIES E, DIEBERT E: Die statische Knochenhöhle. Schweiz Monatsschr Zahnheilkd 92: 1041-1047, 1982.

275. FORDYCE GL: The probable nature of so called latent haemorrhagic cysts of the mandible. Br Dent J 101: 40-42, 1956.

276. GLAHN K, RUD J: Statische Knochelkaviteter i underkaeben. Tandlagebladet 66: 241-246, 1962.

277. HAYES H: Aberrant submaxillary gland tissue presenting as a cyst of the jaw: report of a case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 14:313-316, 1961.

278. JACOBS MH: The traumatic bone cyst. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 6:940-949. 1955.

279. MACK LM Jr, WOODWARD HW: Static bone defect of the mandible

- ble. J Oral Surg 272:262-265, 1969.
280. MAINOUS EG, BOYNE PJ: Lingual mandibular bone concavity. J Am Dent Assoc 90:666-668, 1975.
281. OLECH E, ARORA BK: Lingual mandibular bone cavity. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 14:1360-1366, 1961.
282. PETERSON LW: Cystic cavity in the mandible: report of a case. J Oral Surg 2: 182-287, 1944.
283. THOMA KH: Case report of a so called latent bone cyst. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 8:963-966, 1955.
284. ADRA NA, BARAKAT N, MELHEM RE: Salivary gland inclusions in the mandible: Stafne's idiopathic bone cavity. AJR 134:1082-1083, 1980.
285. OIKARINEN VJ, KILPINEN E: Developmental mandibular bone defect (Stafne) and the submandibular salivary gland: a case report with a stereosialographic study. Proc Finn Dent Soc 72:53-55, 1976.
286. OIKARINEN VJ, WOLF J, JULKU M: A stereosialographic study of developmental mandibular bone defects (Stafne's idiopathic bone cavities). Int J Oral Surg 4:51-54, 1975.
287. SEWARD GR: Salivary gland inclusions in the mandible. Br Dent J 108: 321-325, 1960.
288. TOLMAN DE, STAFNE EC: Developmental bone defects of the mandible. oral Surg Oral Med Oral Pathol 24:488-490, 1967.
289. HANSSON L-G: Development of a lingual mandibular bone cavity in an 11-year-old boy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 49: 376-378, 1980.
290. ACEVEDO, A. and Nelson, J.F.: Lymphoepithelial Cysts of the Oral Cavity Report of nine cases. Oral Surg. 31: 632-636, 1971.

291. DOYLE, J.L.; WEISINGER, E. and MANHOLD Jr. J.H.: Benign Lymphoid Lesions of the Oral Mucosa. Oral Surg. 29: 31-37, 1970.
292. BUCHNER, A. and HANSEN, L.S.: Lympho-Epithelial Cyst of the Oral Cavity. A Clinicopathologic Study of Thirty-Eight Cases. Oral Surg. 50: 441-449, 1980.
293. BHASKAR, S.N.: Lymphoepithelial Cyste of the Oral Cavity. Oral Surg. 21: 120-128, 1966.
294. GUINTA, J. and CATALADD E.: Lymphoepithelial Cyst of the Oral Mucosa. Oral Surg. 35: 77-84, 1973.
295. HNAFF, M.J.: Petology of Oral Tonsils. Oral Surg. 29: 295-304, 1970.
296. LISTON SL, SIEGEL LG: Branchial cysts, sinuses, and fistulas. Ear Nose Throat j 58:9, 1979.
297. BHASKAR SN. BERNIER JL: Histogenesis of branchial cysts. A report of 468 cases. Am J Pathol 35:407, 1959.
298. CHRIS AS, GARY TP, GEORGE CS.: Benign cervical lymphoepithelial cyst: report of a cases. J Oral Maxillofac Surg 47: 1106-1112, 1989.
299. LITTLE JW, RICKLES NH: The histogenesis of the branchial cysts. Am J Pathol 50:533, 1967.
300. SCHEWITSCH I, STALSBERG H, SCHRODER K, et al: Cysts and sinuses of the lateral head and neck. J Otolaryngol 9:1, 1980.
301. HOWIE AJ, CROCKER J: The lining of branchial cysts studied by electron microscopy and enzyme histochemistry. J Pathol 135:189, 1981.
302. CROCKER J. JENKINS R: An immunohistochemical study of branchial cysts. J Clin Pathol 38:784, 1985.

303. WILD G, MISCHKE D, LOBECK H et al: The lateral cyst of the neck. Congenital or acquired? Acta Otolaryngol 103:546, 1987.
304. MARAN GD, BUCHANAN DR: Branquial cysts, sinuses, and fistulae, Clin Otolaryngol 3:77, 1978.
305. BARNET L: Surgical Pathology of the Head and Neck. New York, Dekker, 1985, pp 1285-1291.
306. DEANE SA, TELANDER RL: Surgery for thyroglossal duct and branchial cleft anomalies. Am J Surg 136:348, 1978.
307. GOLD BM: Second branchial cleft cyst and fistula. AJR 134:348, 1978.
308. MARTIN H, MORFIT HM, EHRLICH H: The case of branchiogenic cancer (malignant branchioma). Ann Surg 132:867, 1950.
309. CHAUDHRY, A.P.; YAMANE, G.M.; SCHARLOCK, S.E.; SUNDER-RAJ, M, and JAIN, R.: A Clinico-Pathological Study os Intraoral Lymphoepithelial Cysts. J. of Oral Med. 39: 79-84, 1984.
310. ROSEMAN JM, GOFFIN FB: Branchial cleft cysts to jugular vein fistula. An unusual complication. Arch Otolaryngol 110:688, 1984.
311. GOSAIN AK, WIDES TO: Lateral cervical cyst containing gastric epithelium. Arch Pathol Lab Med 112:96, 1988.
312. HIMALSTEIN MR: Branchial cysts and fistulas. Ear Nose Throat J 59:47, 1980.
313. SODERSTROM KO: In situ carcinoma in branchial cysts. ORL J Otolaryngol Relat Spec 49:149, 1987.
314. JABLOKOW VR, KATHURIA S, WANG T: Squamous cell carcinoma arising in branchiogenic cyst-Branchial cleft carcinoma. J Surg Oncol 20:201, 1982.
315. SHREEDHAR R, TOOLEY AH: Carcinoma arising in a branchial cyst. Br J Surg 71:115, 1984.

316. RAPIDIS AD, ANGELOPOULOS AP, SKOUTERIS CA: Dermoid cyst of the floor of the mouth. Report of a case. Br J Oral Surg 19:43, 1981.
317. SKOUTERIS CA, SOTEREANOS GC: Plunging ranula. Report of a case. J Oral Maxillofac Surg 45:1068, 1987.
318. J Maxillofac Surg 10:56, 1982.
319. AJR 145:965, 1985.
320. SAKODA, S.: KODAMA, Y. and SHIBA, R.: Lymphoepithelial Cysts of Oral Cavity. Int. J. Oral Surg. 12: 127-131, 1983.
321. PINKUS H: "Sebaceous cysts" are trichilemmal cyst, Arch Dermatol 99: 544-555, 1969.
322. COTTON DWK, KIRKHAM N, YOUNG BJJ: Immunoperoxidase antikeratin staining of epidermal and pilar cyst. Br J Dermatol 111: 63-68, 1984.
323. KIMURA S: Trichilemmal cysts. Dermatologica 157: 164-170, 1978.
324. Mc GAURAN Mh, BINNINGTON B: Keratinous cysts of the skin. Arch Dermatol 94: 499-508, 1966.
325. LEFFARD B, SANDERSON Kv: The natural history of trichilemmal cyst. Br J. Dermatol 94: 379-390, 1976.
326. LEFFARD B, SANDERSON Kv, WELLS Rs: Hereditary trichilemmal cyst. Clin Exp dermatol 2: 23-32, 1977.
327. HARRIS, C.N., and COURTEMANCHE, A.D.: Gastric mucosal cyst of the tongue. Plast. Reconstr. Surg., 54:612, 1974.