

10  
2y°

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**" FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA "**

**CARRERA: CIRUJANO DENTISTA**

**ESTUDIO PROSPECTIVO:**

**" MANIFESTACIONES CLINICAS Y RADIOGRAFICAS DE LAS  
LESIONES QUISTICAS DE LOS MAXILARES Y SU TRATAMIENTO  
EN UMAI-ZARAGOZA DE AGOSTO 1995 A JULIO DE 1996 "**

**PASANTE: SHEILA SANCHEZ PARRA**

**NUMERO DE PLAZA: 95 - 097**

**FECHA DE INICIO: 01 AGOSTO 1995**

**FECHA DE TERMINO: 31 JULIO 1996**

**C.D.M.F. GUSTAVO GALVEZ REYES  
DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACION**

**C.D. CARMEN LILIA SANCHEZ GONZALEZ  
ASESOR DEL PROYECTO**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

# CONTENIDO

Introducción	1
Planteamiento del problema	2
Justificación	4
<b>MARCO TEORICO</b>	
Antecedentes historicos	6
Definición de quiste (OMS)	7
Clasificación de quistes	8
Etapas del quiste	10
Factores de expansión quística	13
Manifestaciones clínicas	17
Manifestaciones Radiográficas	19
Histología	21
Tratamiento Quirúrgico	22
Indicaciones para Partsch I y Partsch II	23
Complicaciones quirúrgicas	24
Quistes congénitos	
-Tirogloso	26
- Branquial	27
- Dermoide	28
Quistes del desarrollo	
De origen no dentario	
a)Tipos firsales	
Nasoalveolar	29
Mediano	30
Nasopalatino	31
Globulomaxilar	33

b)Tipos de retención	
Mucocele	34
Ranúla	36
De origen dentario	
a)Períodontales	
Lateral	38
Periapical	40
Residual	41
b)Primordial	42
c)Dentígero	44
d)Queratoquiste	47
Objetivo General	49
Objetivos Específicos	50
Hipótesis	51
Diseño Metodológico	52

## **INTRODUCCION**

**Los quistes de los maxilares son patologías que pueden manifestarse en tejidos duros y blandos de la cavidad oral. (2)**

**Tienen una frecuencia importante 30% dentro de las alteraciones en cavidad oral y generalmente se encuentran asociados a otras patologías; tales como dientes retenidos, infecciones apicales, y enfermedad periodontal.(4)**

**La población que acude a UMAI-Zaragoza, por lo general presenta signos clínicos y radiográficos de éstas lesiones, por lo cual se realiza esta investigación, en la que se pretende integrar el conocimiento de las manifestaciones clínicas y radiográficas de las lesiones quísticas en los maxilares, así como su tratamiento, facilitando la atención precoz a estas patologías.**

**El tiempo de duración de la investigación es de doce meses; se llevará a cabo apartir del 01/08/95 hasta el 31/07/96.**

**El tipo de estudio de esta investigación es observacional, prospectivo, longitudinal y descriptivo.(1)**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los quistes de los maxilares son lesiones que no sólo afectan a los maxilares, sino también a los contornos de la cara.

Son lesiones con una frecuencia de aparición importante: 30% de las alteraciones encontradas en cavidad oral y generalmente se encuentran asociadas a otras patologías, tales como, accidentes de erupción, infecciones apicales y enfermedad paradontal.

En 1988 se realizó un estudio prospectivo y retrospectivo de las lesiones quísticas de origen dental más comunes, por: Dr. Gustavo Galvez, Dra. Leticia Rivera y el Dr. Jesús Cerón, teniendo como sede la UMAI-Zaragoza; y de un total de 160 pacientes, se encontró mayor frecuencia de lesiones quísticas en pacientes menores de 15 años (58.3%) y en los pacientes mayores de 25 años se encontró menor frecuencia (25%), siendo el sexo femenino el más afectado 63.3% en relación con el sexo masculino 36.7%.

La población que acude a tratamiento odontológico en UMAI-Zaragoza, por lo general presenta signos clínicos y radiográficos; así como dolor, infección y resorción radicular. Debido probablemente a una falta de atención durante la exploración clínica y radiográfica se omite el hallazgo oportuno o precoz de las lesiones quísticas. Realizándose en la gran mayoría de los casos el diagnóstico de la lesión quística cuando esta se encuentra en etapas mayores de crecimiento y de lesión a órganos o elementos anatómicos vecinos, por lo tanto el tratamiento quirúrgico es más radical y con la posibilidad de dejar mayores secuelas.

Por lo anteriormente descrito es importante realizar una investigación en donde se integre el conocimiento acerca de las manifestaciones clínicas y radiográficas de las lesiones quísticas, la cual facilite la atención odontológica precoz y oportuna, ya que el hecho de diagnósticos oportunos, llevará consigo el prevenir y evitar que las lesiones quísticas de los maxilares evolucionen a lesiones localmente más agresivas como algunos tumores odontológicos, ejemplo el ameloblastoma.

De esta forma se fortalecerá el conocimiento de este tipo de lesiones, en relación a su comportamiento clínico, y su tratamiento quirúrgico oportuno, así como de su identificación y clasificación histopatológica.

**¿Cuáles son las manifestaciones clínicas y radiográficas, a través de las cuales se obtiene o determina el diagnóstico de lesiones quísticas de los maxilares, en los pacientes que acuden a tratamiento odontológico en UMAI-Zaragoza.?**



## **JUSTIFICACION**

Los quistes de los maxilares son patologías que pueden manifestarse en los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal. (2)

Estos son de gran interés para el Cirujano Dentista, sobre todo aquellos que se originan a partir de estructuras dentarias o bien de patologías apicales y periodontales. (4)

Se sabe que debido a sus manifestaciones clínicas y radiográficas tan diversas, presentan cierto grado de dificultad para ser diagnosticadas oportunamente.

Además en su desarrollo estas lesiones pueden llegar a alcanzar tales proporciones que provoquen deformaciones óseas y cosméticas; resorciones radiculares; desplazamientos dentarios y algunas veces comprometer zonas anatómicas importantes como senos maxilares y fosas nasales o bien síntomas neurológicos por compresión de los nervios. (3)

También presentan un alto porcentaje de recidiva, tal es el caso del queratoquiste odontogénico que recidiva en un 30%. (3)

Cabe señalar su potencial en transformarse en lesiones de carácter más agresivo como el ameloblastoma (15%). T.O. Adenomatoides: Carcinoma mucoso epidermoide y Carcinoma epidermoide. (5)

Con esta investigación se pretende aportar los elementos necesarios para conocer ampliamente las manifestaciones clínicas y radiográficas de las lesiones quísticas de los maxilares, su prevalencia, y la posibilidad de ofrecer e interpretar los auxiliares de diagnóstico, que nos lleven a emitir el diagnóstico oportuno, y así, determinar el plan de tratamiento quirúrgico que irá enfocado a preservar en la medida de lo posible, la salud integral de nuestros pacientes.

**Este estudio debe permitirnos promover el trabajo entre las áreas odontológicas como lo son: patología bucal, parodencia, histología bucal, radiología y la endodencia.**

**En las estadísticas de diferentes autores como son Bhaskar y Harnish, así como en el departamento de patología bucal de FES-Zaragoza los quistes odontogénicos ocupan generalmente uno de los tres primeros lugares de las lesiones diagnosticadas mediante el procedimiento de biopsia. Esto trae consigo la obligación y la necesidad de que el Cirujano Dentista sea un profesional de la salud experto y con amplio conocimiento de las lesiones quísticas de los maxilares.**

## **MARCO TEORICO**

Los quistes maxilares son lesiones que no solo alteran a los maxilares, sino también, si son lo suficientemente grandes, los contornos de la cara. (3)

Son lesiones ampliamente conocidas y estudiadas a lo largo de la historia de la odontología y la patología oral. Skultetus en 1654 describe por primera vez quistes de los maxilares. (4)

En el año 1728 Fauchard es quien indica la correlación entre quistes maxilares y el sistema dentario.

En 1864, Virchow, en Berlín menciona que los quistes también se originan en dientes retenidos.

Y finalmente Magitot, reconoce en el año de 1872, que todos los quistes maxilares son de origen dentario y por ende son quistes dentales. Es el primero en distinguir entre quistes radiculares y foliculares.

Los fundamentos decisivos los creó el parisiense Malassez quien pudo comprobar por primera vez células epiteliales, Malassez vió en estas aglomeraciones celulares, a las células madres de los quistes.

Y gracias a Braun (1877) y a Hertwig (1874) debemos el esclarecimiento de la cuestión de la procedencia de las células epiteliales de origen dental. (4)

En 1892 por fin apareció el primer trabajo de Partsch, a él debemos también la denominación de quistes paradontales o radiculares, comprobó que los quistes tienen como punto de partida estados inflamatorios crónicos de los ápices radiculares, por lo cual se reconoció la pulpa muerta como condición previa para la formación de un quiste radicular, además ahí encontramos la descripción de su método quirúrgico, que se conoce como operación de Partsch I o quistotomía.(4)

Y para 1910 expone sus fundamentos del método quirúrgico que hoy en día se le sigue denominando operación de Partsch II o quistectomía, la cual consiste en la eliminación completa del quiste y su cierre inmediato y es el que se considera el más indicado para el tratamiento de los mismos. (3)

## **Quiste**

La O.M.S. lo define así: "Un quiste es una cavidad que aparece en los tejidos, tanto duros como blandos, con un contenido líquido, semilíquido o gaseoso. Está rodeado por una pared de tejido conectivo definida o cápsula y por lo general tiene un tapiz epitelial". (6)

La sustancia contenida en el quiste es un rasgo predominante en proporción al tamaño de la masa total de tejido. (7)

Una de las muchas circunstancias que diferencian a los maxilares de otras estructuras del esqueleto es su complicada evolución embriológica. (5)

De un lado son el resultado de la fusión de diferentes mamelones faciales en el curso de la cual puede acontecer el aprisionamiento de estructuras ectoblasticas en el espesor mesoblastico. (6)

De otro lado, sirven de terreno participativo a la odontogénesis, en el curso de la cual se van a crear un conjunto de estructuras, algunas de la cuales destinadas a desaparecer, que son derivadas del ectoblasto, del mesoblasto o de la inducción de aquel sobre este. Una de las consecuencias de esta complicada comedia en dos actos, en parte simultáneos, es la posibilidad de que los maxilares, además de ser posible asiento para quistes o tumores propios de cualquier hueso, pueden serlo también de quistes que les son específicos, los quistes o tumores odontogénicos. (8)

A lo largo de la odontogénesis se forman una serie de estructuras que tras cumplir su función desaparecen, sin embargo, pueden dejar residuos o restos que pueden ser puntos de arranque de neoformaciones; los más importantes son restos de Seres (de lámina dental), epitelio reducido del órgano del esmalte; restos de Malassez (de la vaina de Hertwig). (2)

Muchos de los tumores de los maxilares van a tener un aspecto quístico y no siempre va a ser fácil establecer una distinción clínica entre quistes y tumor quístico.

Dentro de la cavidad oral y alrededor de la cara y del cuello aparecen quistes congénitos de desarrollo y de retención. Los quistes de origen dentario, son de lejos los más comunes. (9)

Los quistes son lesiones con una frecuencia de aparición importante en la cavidad oral y sus arcadas dentarias, originados en la mayoría de las veces por órganos dentarios y su patología diversa como: dientes incluidos, retenidos, supernumerarios, patología apical y periodontal. Esto trae consigo que el Cirujano Dentista deba ser un conocedor y experto en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones quísticas originadas en la cavidad oral.

Para su clasificación ante todo se dividen: lesiones óseas y de tejidos; blandos, aunque en cavidad oral los que imperan son los quistes óseos y para ello existe una clasificación la cual se consideró apropiada y didáctica. Esta es la de Robinson y Thoma que data de 1966, sobre su referencia para los quistes de desarrollo de origen dentario los cuales son los más vistos en la práctica dental. (5)

En el agrupamiento combinado de estas lesiones quísticas se presenta la siguiente clasificación: (3)

#### **A) Quistes congénitos**

1. Tirogloso
2. Branquial
3. Dermoide

## **B) Quistes del desarrollo**

### **1. De origen no dentario**

#### **a) Tipos fisurales**

- 1. Nasoalveolar**
- 2. Mediano**
- 3. Del conducto incisivo (nasopalatino)**
- 4. Globulomaxilar**

#### **b) Tipos de retención**

- 1. Mucocele**
- 2. Ránula**

### **2. De origen dentario**

#### **a) Perifodotal**

- 1. Lateral**
- 2. Periapical**
- 3. Residual**

#### **b) Primordial (folicular)**

#### **c) Dentígero**

#### **d) Queratoquistes**

**Killey y Kay incluyen el quiste óseo solitario, el quiste cavitario óseo ideopatico y el quiste óseo aneurismático en su clasificación de los quistes de los maxilares. (3)**

## **ETAPAS DEL QUISTE**

El quiste en su desarrollo pasa por varias etapas:

1. Iniciación
2. Latencia (crecimiento intraóseo sin exteriorización)
3. Extereorización - intraósea con destrucción de tabla:

    Crepitación

    Rendencia

    Fluctuación

4. Complicaciones de dientes en:

    · Tumorales, Ausencia

    Arcada; desplazamientos dentarios

    Infección

### **1.- Iniciación:**

Un epitelio de localización intramaxilar, ya sea de restos de Malassez, de órgano del esmalte o de restos de la lámina dental, comienza a proliferar y, al cabo de un tiempo se forma una cavidad en su interior. Esto constituye ésta etapa, la cual es asintomática, aún en los casos de quistes inflamatorios. (17)

### **2.- Latencia:**

Formada la cavidad quística, la lesión comienza a crecer. Se denomina de latencia, puesto que en ella no hay evidencia de síntomas objetivos ni subjetivos. Entonces este período es de crecimiento intramaxilar sin deformación de tablas. La lesión está rodeada de hueso. Las lesiones son pequeñas, y el diagnóstico suele ser sólo un hallazgo radiográfico casual. (17)

### **3.- Exteriorización intraósea (deformación de tablas)**

En esta etapa existe evidente deformación de tablas óseas (generalmente una) aún el hueso recubre la lesión.

La deformación es el resultado de la resorción ósea del hueso circundante provocada por el desarrollo del quiste, pero el crecimiento es lento, y permite la oposición defensiva de hueso, la cual se manifiesta por condensación periquística, que se comprueba radiográficamente y quirúrgicamente. (21)

La resorción sigue su avance y la oposición perióstica determina la formación de hueso cortical (fenómeno biológico). A la inspección se comprueba la dureza del hueso deformado.

Con el crecimiento del quiste el hueso se adelgaza y a la presión produce un ruido como el de una cáscara de huevo al ser aplastada: " crepitación ". Esta es la primera etapa de exteriorización extraósea. (21)

Con la destrucción de hueso aparecen fenestraciones, con lo cual el quiste pasa a una posición submucosa. A la exploración clínica, se tiene la sensación de comprimir una pelota (elasticidad), se denomina " renitencia ". (22)

Se denomina " fluctuación " cuando se comprime la perifería de la lesión y se percibe el desplazamiento líquido en su interior. En la zona más externa el signo de crepitación continúa. (22)

Si la lesión evoluciona, llega el momento en el cual perfora la mucosa y se exteriorice a la cavidad bucal. (19)



**Los trastornos locales que se pueden observar en los pacientes que presentan estas patologías, son:**

- ◆ **Deformación facial y ósea**
- ◆ **Resorción radicular**
- ◆ **Desplazamiento dentario**
- ◆ **Compromiso de zonas vecinas**
- ◆ **Síntomas neurológicos**

## **FACTORES DE EXPANSION QUISTICA**

Los mecanismos involucrados en este proceso son los siguientes:

1. Proliferación epitelial
2. Acumulación de contenidos celulares
3. Crecimiento hidrostático
  - a) Secreción
  - b) Transudación y exudación
  - c) Diálisis

### **1. Proliferación epitelial:**

El crecimiento periférico se atribuye a la división celular activa del revestimiento epitelial. El revestimiento de los quistes presenta un mayor índice de mitosis, el cual es comparable al del epitelio del ameloblastoma o al de la lámina dental activa. (2)

A diferencia del queratoquiste el quiste radicular se origina de los restos epiteliales de Malassez los cuales bajo circunstancias ordenadas, no sufren mitosis a menos que sean estimuladas. Los cambios locales de ph, o en la tensión de dióxido de carbono pueden ser los factores iniciadores de la actuación de éstos restos celulares. (4)

## **2. Acumulación de contenidos celulares:**

En 1974 Kramer sugirió que los queratoquistes se agrandan por la constante producción y acumulación de escamas de queratina dentro de su luz, lo cual se muestra radiográficamente como proyecciones digitales características representativas de áreas de expansión localizada por división celular aumentada. (5)

Sin embargo Killey y Col (1977), hacen notar que la masa interna del quiste nunca se seca y no es más que semi-sólida, por ello opinan que un material cuyos intersticios estén llenos de líquido se comportan como líquidos y consecuentemente la presión interna permanece distribuida igualmente. Así su comportamiento radiográfico se basa en su tasa de crecimiento, (7mm por año) es constante y permite extenderse a lo largo del hueso esponjoso menos denso, produciendo poca y tardía expansión de la cortical (Forsell, 1980). (4)

## **3. Crecimiento hidrostático:**

Este se atribuye a la distribución de la pared quística por acumulación de líquidos por uno o varios de los siguientes procesos:

### **a) secreción**

Las células mucosecretoras encontradas con cierta frecuencia en el revestimiento de quistes foliculares y parodontales y ocasionalmente en el queratoquiste (Browne 1971; Browne 1972). Esta es la explicación más simple de secreción intraquística. (2)

### **b) Transudación y Exudación**

La transudación resultante de la obstrucción de las venas, intrafoliculares por el efecto de la fuerza de erupción impedida. (7)

La exudación de un fluido rico en proteínas a través de los capilares, se hace por efecto de la inflamación aguda, ya que cualquier quiste odontogénico puede infectarse en condiciones normales a excepción del quiste radicular, por lo cual se considera la exudación como factor de importancia en la expansión de quistes inflamados.

Cohen (1979) demostró la presencia de verdaderos canales intercelulares que atraviesan completamente el espesor del epitelio quístico y permiten el paso del exudado inflamatorio de la capsula al interior de la cavidad en quistes radiculares. (6)

La presencia de fibrina y colesterol en quistes dentígeros y radiculares sugiere que la hemorragia contribuye también a la formación del fluido quístico (Harris y Pannel, 1973). (6)

### **c) Diálisis**

Toller (1970) demostró que la osmolaridad promedió del líquido de quistes radiculares y residuales es de 11 miliosmoles. Este se atribuye a la constante acumulación de proteínas de bajo peso molecular y a los productos liberados por células degeneradas del recubrimiento epitelial que proveen las pequeñas moléculas que incrementan la presión osmótica del líquido quístico y por acceso linfático inadecuado al lumen del quiste como lo demostró Toller (1966) mediante la introducción de tintes solubles al interior de cavidades quísticas. (6)

### **Factor de resorción ósea**

La expansión de un quiste depende de la habilidad de este para causar resorción, gracias al incremento de su presión interna. La objeción aparece ya que la fuerza expansiva del fluido quístico puede ser compensada por la fuerza contráctil limitante de la pared. (2)

**La vitamina D, la hormona paratiroidea, el factor activador de los osteoclastos (linfoquina) y las prostaglandinas, son sustancias capaces de activar a los osteoclastos para efectuar la resorci3n 3sea. (8)**

## **MANIFESTACIONES CLINICAS**

Los signos clínicos principales de un quiste son:

1. Tumefacción visible de la cara o de los maxilares, se encuentran relativamente raras veces en los quistes grandes.

Sin embargo los quistes del antro nasal o los quistes de la parótida pueden alterar los contornos faciales.

2. Prominencias palpables en el maxilar o reborde alveolar se encuentran ocasionalmente, cuando los quistes han crecido más hacia la superficie.

3. Hinchazón indolora, que también puede ser borrosa. Sólo un quiste infectado puede presentar un cuadro clínico similar al absceso.

4. Delimitación clara de la tumefacción, lo que por lo general no se encuentra en el absceso. (4)

5. La presión del quiste desplaza la raíz dentaria. La divergencia de los quistes eventualmente puede ser palpada, la convergencia de las coronas muchas veces es visible. (10)

6. El crecimiento del quiste es lento y sin dolores. El descubrimiento del quiste ocurre por lo general al tomar radiografías o realizar extracciones.

Una eminencia palpable se encuentra en la mayoría de los quistes a no ser que hayan crecido sólo dentro de la esponjosa (Cuerpo de la mandíbula o en su rama ascendente), para lo cual puede tener las siguientes posibilidades:

- El quiste abomba el hueso, la tumefacción es dura como hueso y no comprimible, porque ha sido reabsorbido muy poco hueso. (11)

- La resorción es tan amplia que sólo queda una capa muy delgada de hueso (como papel), se origina la crepitación.
- A la palpación se siente fluctuación, el hueso ha desaparecido tanto que en la tumefacción solo se palpa la bolsa quística. En las zonas marginales de la tumefacción se encontrará bordes de hueso engrosado duro, depresible, o sólo bordes óseos. Descartar absceso o quiste infectado. (11)

Para cualquier exploración se palpa ambos lados de los maxilares.

En seno maxilar si está sano sus paredes siempre son firmes y no pueden ser comprimidas.

En general podemos encontrar:

- Dolor
- Asimetría facial
- Movilidad dentaria
- Tumefacción
- Parestesia
- Inflamación
- Infección

## **MANIFESTACIONES RADIOGRAFICAS**

Como signos típicos de un quiste en la radiografía tenemos:

1. El espacio paradontal se ensancha en el foramen apical formando la cavidad quística.
2. Se observa un desplazamiento de las raíces o de las paredes de cavidades neumáticas contiguas, cavidad nasal, seno maxilar. (4)
3. Se encuentra una transparencia homogénea.
4. La forma es redonda, muchas veces similar al de una pompa de jabón. (6)

Para las delimitaciones de quistes y tumores acompañados de destrucción ósea, usamos las denominaciones como las ha indicado Hielscher.

**Delimitación quística - bordes lineares - de delimitaciones quistiformes - líneas limitantes borradas - o delimitaciones tumoriformes - límites difusos o dentados. (9)**

Los quistes se presentan en la radiografía como formaciones huecas con una o varias cavidades. La delimitación casi siempre es lineal del quiste; esto depende generalmente de la dirección de crecimiento del quiste, pero por regla general, el quiste crece en dirección de la menor resistencia (esponjosa-línea oblícua interna). ( 14)

Contornos dobles como delimitación de quistes se encuentran cuando han sido destruidas las compactas vestibular y bucal en los maxilares.



Una de las líneas muestra el grado de resorción vestibular, la otra línea indica el límite de la resorción bucal. (10)

Las transparencias pueden ser de intensidades diferentes, entonces se habla de homogéneas, no homogéneas o manchadas.

Una transparencia totalmente homogénea presentan quistes que están ubicados en medio del hueso maxilar, mientras que los quistes que se han desarrollado más dentro de tejidos blandos y han provocado resorción de poco hueso, muestran una transparencia algo no homogénea. (26)

Los quistes que en la radiografía se muestran poco claros presentan una definida tumefacción bien palpable. " El hueso está resorbido solo superficialmente ", y el quiste creció principalmente dentro de tejidos blandos. (3)

Con lo anterior encontraremos:

- Zonas radiolúcidas que involucran dientes, raíces u otras estructuras.
- Contorno lobular, redondeando con aspecto multilocular.
- Zonas radiolúcidas con contornos irregulares (por lo general cuando existe infección).

Por lo general presentan una imagen más o menos redondeada con bordes nitidos que englobe o no los apices de uno o más dientes, la corona o la totalidad de alguno, podemos pensar que estamos frente a un quiste maxilar (odontogénico o no), pero no podemos asegurarlo. (27)

## **HISTOLOGIA**

La mayoría de los quistes presentan una cubierta escamosa estratificada y no queratinizada (a excepción del queratoquiste), cuando existen inflamaciones pueden presentar prolongaciones subepiteliales proliferantes pero cuando no existe, el epitelio suele ser fino y sin prolongaciones. (12)

Pueden evidenciarse a veces células mucosas o ciliadas y corpusculos hialinos, de aspecto característico, que en ocasiones se clasifican:

- En la cavidad quística, puede encontrarse también macrófagos, mientras que en la pared fibrosa hay frecuentemente lesterina con la subsiguiente relación de células gigantes por cuerpo extraño.
- Entre las células del infiltrado inflamatorio, es posible encontrar células espumosas y plasmocitos con cuerpos de Russell muy visibles. (12)

La formación de germenos en la capa basal del epitelio y el crecimiento papilar externo hacia la luz, pueden ser el comienzo de un tumor dentario. (18)

El queratoquiste presenta además material queratinizante y procesos de multiplicación de células epiteliales.

El epitelio de revestimiento de la mayoría de los quistes consiste en un epitelio escamoso estratificado con una membrana basal.

La pared quística que sirve de sosten al epitelio está usualmente formada por tejido conectivo fibroso maduro. (20)

Cuando hay evidencia de infección existe inflamación crónica, hemorragia y depósitos de hemosiderina, macrófagos conteniendo líquidos, cristales de colesterol, y una reacción asociada a células gigantes tipo cuerpo extraño. (12)

## **TRATAMIENTO QUIRURGICO**

Las bases para la operación de formaciones quísticas en los maxilares han sido establecidas en lo fundamental por Partsch. (4)

Este autor propuso dos formas de tratamiento las cuales hoy en día se siguen utilizando, y son:

1. Marsupialización o técnica de Partsch I
2. Eucleación o técnica de Partsch II.
3. Marsupialización seguida de la enucleación

### **Marsupialización**

Consiste en la eliminación de la pared del quiste mediante una fenestración hasta donde sea posible, dejando salir el contenido, manteniendo abierta la fenestración, se satura la herida unida al tejido bucal, así una vez entrada en granulación se producirá la cicatrización tanto del epitelio del quiste, como también de la boca; el crecimiento del quiste se detiene porque no hay más presión de expansión; de esta forma se integra el resto de la cavidad quística en la cavidad bucal. (5)

Los procesos curativos llevan al achicamiento de la cavidad ósea, regenerándose el hueso resorbido por el quiste, y quedando el epitelio quístico como cubierta epitelial bucal. (4)

### **Eucleación**

Consiste en la extirpación de la bolsa quística, con sutura inmediata.

A éstos métodos también se les denomina Quistotomía para Partsch I, y Quistectomía para Partsch II. (3)

## **INDICACIONES PARA PARTSCH I Y PARTSCH II**

- 1. Cuando el quiste es muy grande y no puede esperarse la curación vía el coágulo después de la extirpación de la bolsa quística sangre propia más gelatina esponjosa.**
- 2. Cuando el quiste es muy grande y ha destruido mucho hueso, se puede hacer en una primera operación la fenestración, y en una segunda se hace la enucleación, según Partsch II.**
- 3. Cuando al extirpar la bolsa peligran dientes vecinos vitales o tienen que ser desvitalizados.**
- 4. Cuando existe peligro de abrir la cavidad nasal o el seno maxilar.**
- 5. En casos de quistes separados existe peligro de infección del coágulo al realizar la quistectomía.**
- 6. En pacientes desdentados, el quiste con su cavidad puede servir, por lo menos pasajera y provisoriamente para sostener la prótesis. (se agrega un obturador). Sin embargo el obturador debe acortarse paulatinamente a medida que se aplanan las paredes de la cavidad. (4)**
- 7. En el maxilar inferior al enuclear un quiste puede dañarse el nervio alveolar o el contenido del conducto mandibular. Estos deben ser cubiertos con colgajos para no producir parestesias, o trastornos neuralgiformes. (13)**
- 8. En pacientes con trastornos sanguíneos.**
- 9. Cuando existen fístulas que no permitirán hacer un colgajo adecuado, para la operación Partsch II.**

## **COMPLICACIONES QUIRURGICAS**

Las complicaciones postoperatorias después de la operación son raras.

a) **Tumefacción:** El edema postoperatorio es normal, ya que la mayor parte de la cirugía es traumática. Por lo que debe advertirse al paciente de antemano. El máximo de tumefacción se alcanza al segundo día postoperatorio con su gradual remisión. (17)

b) **Infección:** Se minimiza ésta posibilidad con un tratamiento antibiótico, buena técnica quirúrgica y seguimiento estricto de asepsia. Cualquier infección aguda que aparezca en éstas lesiones debe ser bien controlada antes de hacer la intervención quirúrgica. (17)

Esta manifiesta con dolor y tumefacción mayor, puede existir olor fétido. Las suturas pueden ser eliminadas, se lava con cuidado la cavidad quística, y la curación se hace con taponamiento. (3)

c) **Hematoma:** Se puede prevenir controlando la hemorragia y con el uso adicional de apósitos y presión durante las primeras horas postoperatorias. (4)

d) **Parestesia:** Cuando se expone la cavidad quística un tronco nervioso sensitivo, generalmente se produce parestesia, la cual puede ser de duración desconocida. (4)

e) **Hemorragia:** La hemorragia primaria se controla en la cirugía. La hemorragia secundaria puede ocurrir por trauma inadvertido de vasos sanguíneos importantes, la cual generalmente se controla con presión.

Puede obligar a la apertura de la cavidad, se coloca cera quirúrgica sobre el lecho óseo. (14)

**f) Comunicación Buco-Antral:** Puede ser atendida cuando es pequeña con el cierre cuidadoso de la herida y detalladas instrucciones al paciente, para evitar la formación de una fístula permanente que requiera cierre secundario. (15)

Se indica al paciente evitar estornudos, tos, mantener la boca abierta.

Esta complicación aparece después de la operación seno maxilar.

**g) Fractura:** En este caso se requiere luego de eliminar el quiste, empaquetar el defecto con un apósito de gasa adecuado o trozos de hueso para mantener la posición de los fragmentos e impedir el desplazamiento innecesario. Se deben inmovilizar los maxilares o el maxilar afectado. (16)

**h) En quistes palatinos amplios puede existir transtorno temporal del habla.**

**l) Dehiscencia de la sutura:** Suele ser consecuencia de la infección o de la hemorragia. Puede esperarse una cicatrización por segunda intención o procederse a un nuevo cierre tras cortar la infección.

**j) Recidiva:** En algunos quistes en los que la recidiva es característica (queratoquiste 30%). (4)

## **A) QUISTES CONGENITOS**

### **1. Tirogloso**

También conocidos como quistes de cuello centrales.

**Origen:** Proviene de restos del conducto que va desde el agujero ciego a través de la lengua hasta el piso de la boca y el hueso hioides y la glándula tiroidea. (3)

Ubicados en la línea media de color obscuro. Pueden estar tan vascularizadas como para asemejar hemangiomas. (4)

Cuando estos quistes de tejido blando alcanzan un tamaño dado, se hacen perceptibles por el desplazamiento de tejidos vecinos. Puede haber trastornos de deglución, del habla y de los movimientos de la lengua. (3)

Los quistes del conducto tirogloso están tapizados de epitelio ciliar y pueden desarrollarse en la lengua, en el piso bucal, en el cuello de la línea media y en las cercanías de la glándula tiroidea. (12)

## **2. Branquial**

También llamado branquiogénico, linfoide benigno, linfoepitelial.

**Origen:** A partir de la transformación quística del epitelio glándular incluido dentro de los agregados linfoides bucales durante la embriogénesis. (4)

**Aspectos clínicos:** Nódulo elevado de color amarillento, asintomático, bien circunscrito que por lo general se localiza en el piso de la boca, parte ventral de la lengua, paladar blando, vestibulo mandibular, mide hasta 2cm y aparece en cualquier edad, sin predilección por sexo. (4)

**Aspectos histológicos:** Epitelio escamoso estratificado con leves folículos, epitelio delgado sin invaginaciones dermoepidérmicas. (12)

**Tratamiento:** Extirpación quirúrgica local conservadora. La lesión rara vez recurre. (4)



### **3. Dermoide**

Llamado también quiste epidermoide

**Origen:** Se originan cuando, al cerrarse fisuras embrionales quedan incluidas partes ectodermales en el mesénquima, quiere decir que haya retención de germen de epidermis. (4)

Es un tipo de teratóma quístico; los restos epiteliales de la línea media quedan incluidos, durante el cierre de los arcos mandibular y braquial del hioídes.

**Aspectos clínicos:** Se originan en piso de boca casi siempre se manifiestan en la adolescencia y no muestran preferencia por sexo. (8)

Muestra convexidad en piso de boca, a menudo causa elevación de la lengua y dificulta comer y hablar, denotándose más en el área submentoniana. Mide varios centímetros de diámetro. Al palpase se siente como una masa, pero puede ser más fluctuante según el contenido del quiste. Se localiza tumefacción de en la zona, no da aspecto vesicular. (8)

**Aspectos histológicos:** Se componen de una pared de tejido conectivo revestido por una capa delgada de epitelio escamoso estratificado, que suele queratinizarse, se encuentran en ocasiones glándulas sebáceas incluso folículos de cabello, además de glándulas sudoríparas ocasionales. (9)

**Diagnóstico Diferencial:** Ránula, bloqueo de los conductos unilateral o bilateral de los conductos de Wharton, Quiste del conducto tirogloso. Quiste Branquial Hundido, Tumor maligno de piso de boca, infección de glándulas sencillas.

**Tratamiento:** Extirpación quirúrgica, por lo general no recurre. (9)

## **B) QUISTES DEL DESARROLLO**

### **1.- De origen no dentario**

#### **a) Tipos fisurales**

##### **1. Nasoalveolar**

Se le conoce como nasolabial, quiste de Klestadt.

El quiste nasoalveolar no se encuentra dentro del hueso, pero suele describirse como un quiste de inclusión raro que puede dañar el hueso de manera secundaria. (3)

**Origen:** De la unión del proceso globular, apófisis ascendente del maxilar superior y la apófisis maxilar como resultado de la proliferación del epitelio atrapado a lo largo de la línea de fusión. (4)

**Aspectos Clínicos:** Se halla comunmente debajo de la aleta nasal y proviene de partes desprendidas del tracto respiratorio. Puede causar edema del pliegue mucolabial, así como del piso de nariz. (9).

Se localiza cerca de la unión del ala sobre el maxilar superior. Generalmente es unilateral. Se presenta en la 4a. década de la vida y no tiene predilección por sexo. (10)

**Aspectos Histológicos:** Epitelio columnar estratificado, el cual algunas veces es ciliado a menudo con células caliciformes por epitelio escamoso estratificado. (13)

**Tratamiento:** Extirpación quirúrgica, teniendo cuidado de impedir la perforación y el colapso de la lesión. (13)

## **2. Mediano**

**Conocido como quiste mandibular mediano.**

**Es un quiste óseo que se forma en una fisura mediana del paladar, a partir de restos embrionarios. (4)**

**Se presenta generalmente en la línea media de la mandíbula y su etiología aún es discutible (4)**

**Origen: Originada por la fusión de los arcos mandibulares bilaterales (3), y en la fisura mediana del paladar. (11)**

**Aspectos clínicos: Son asintomáticos generalmente descubiertos por exámen radiográfico de rutina rara vez producen expansión obvia de hueso y de dientes adyacentes, los cuales presentan vitalidad pulpar positiva.**

**Aspectos radiográficos: Aspecto radiolúcido unilocular, bien circunscrita, aunque también puede ser uniluminar. (14)**

**Aspectos histológicos: Epitelio escamoso estratificado delgado, a menudo con muchos pliegues y proyecciones, revistiendo el lumen central. Revestido por epitelio ciliado pseudoestratificado. (12)**

**Diagnóstico diferencial: Quiste paradontal lateral, quiste primordial, (8) quiste del conducto incisivo (10)**

**Tratamiento: Extirpación quirúrgica conservando los dientes adyacentes. (13)**

**Este quiste se diferencia del quiste del conducto incisivo principalmente por su ubicación dado que generalmente aparecen más hacia atrás en el paladar. (7)**

### **3. Nasopalatino**

Se desarrollan en el conducto nasopalatino que une la cavidad bucal con la nasal durante el período embrional. (9)

**Conocido también como quiste del conducto incisivo.**

Ubicado en el centro del hueso se denominan quistes del conducto incisivo.

Ocasionalmente se forma un quiste de tejido blando en la papila palatina. Estos quistes no se expanden hacia el interior del hueso ni modifican significativamente la mucosa de recubrimiento. (4)

Se les diferencia de quistes óseos por medio de la radiografía y el examen quirúrgico.

La radiografía es de gran valor pero el tamaño del conducto incisivo no es constante y algunos pueden presentar apariencia de quiste. (4)

Generalmente son asintomáticos, a menos que se infecten secundariamente, sin embargo existe tumefacción en maxilares desdentados puede apreciarse más cercano a la superficie. Puede presentarse una marcada reacción inflamatoria, como resultado de una infección secundaria. (10)

**Diagnóstico diferencial:** Quiste radicular, quiste nasoalveolar, quiste globulomaxilar.

**Aspectos histológicos:** Capa gruesa de tejido conectivo, con epitelio escamoso hasta epitelio cilíndrico ciliado. (12)

**Características:**

Tiene forma piriforme, ovalada, o redonda, muchas veces el quiste cubre los apices de los incisivos centrales. Se presenta abombamiento de la papila incisiva.

El examen de vitalidad y el control del espacio periódental de los incisivos centrales confirma el diagnóstico. (9)

#### **4. Globulomaxilar**

**Se denomina también quiste fisural lateral de la cara. (9)**

Son cavidades tapizadas por epitelio que se forman en la unión de los procesos globular y maxilar entre el incisivo lateral y canino (1). Su desarrollo es en el mismo lugar que el quiste del antro nasal, pero no en los tejidos blandos, sino en el hueso maxilar. (9)

**Aspectos clínicos:** Rara vez presenta manifestaciones clínicas y se descubre de manera accidental durante el examen radiográfico de rutina, rara vez se infecta y el paciente puede manifestar dolor local en el área.

**Aspectos radiográficos:** Zona radiolúcida en forma de pera invertida entre las raíces del incisivo lateral y el canino, causando divergencia de estos dientes, puede ser bilateral. (4)

**Diagnóstico diferencial:** Quiste paradontal lateral, granuloma central de células gigantes, quiste odontogénico calcificante, mixoma odontogénico, granuloma paradontal, queratoquiste odontogénico. (3)

**Aspectos histológicos:** Epitelio escamoso estratificado, o epitelio columnar ciliado tejido conectivo fibroso con infiltración de células inflamatorias. (5)

#### **Tratamiento:**

**Extirpación quirúrgica, conservando los dientes adyacentes. (3)**

## **b) Tipos de retención**

### **1. Mucocele:**

Conocido como **fenómeno de retención mucosa**, y quiste de retención mucosa (3), mucoquistes. (5)

**Origen:** Se originan por congestión de la secreción por cierre de un conducto de excreción; causal. (9)

Se acepta que es de origen traumático, siendo una lesión que afecta a las glándulas salivales y a sus conductos. (3)

**Etiología:** Mordedura de labio, o carrillo, o al pinchar el labio con las pinzas de extracción puede producir este fenómeno. Obstrucción parcial de un conducto, la cual puede resultar de un cálculo ductal e incluso de una contracción de las cicatrices de tejido conjuntivo que se están desarrollando después de una lesión traumática. (3)

**Aspectos clínicos:** Se ubican en el labio y carrillo e incluso se pueden observar en la punta de la lengua, y piso de boca. Son tumefacciones pequeñas redondeadas u ovals, translúcidas, que tienen a veces un color azulado, que indica que es superficial. Y puede confundirse con un hemangioma. Se mueve libremente, y por lo general se encuentra inmediatamente por debajo de la mucosa. (5)

En ocasiones se lo puede punzar accidentalmente, o romperse espontáneamente, sólo para recidivar. (3)

No existe predilección por edad y sexo.

La lesión más profunda presenta un color similar a la mucosa. Pueden persistir por meses a menos que se trate. (4)

**Contienen material mucinoso espeso.**

**Después de un traumatismo puede ser expulsado el contenido de la lesión, y desaparecer temporalmente, sin embargo recurre con frecuencia. (3)**

**Aspectos histológicos:** Cavity circunscrita en el tejido conectivo y la submucosa, no esta revestida por epitelio y por ello no se considera como quiste verdadero, en vez de esto su pared está revestida por tejido fibroso conectivo comprimido. Sin embargo algunos muestran un revestimiento epitelial aplanado intacto. (5)

**Diagnóstico diferencial:** Hemangioma

**Tratamiento:**

**Escisión completa de la lesión. Algunos autores recomiendan extirpar la glándula afectada. (3)**



## **2. Ranúla**

Es una forma de mucocele que específicamente se presenta en el piso de la boca asociado con los conductos de las glándulas submaxilar y sublingual. (3)

Etiología: Traumatismo, o bien una dilatación quística del conducto excretor de la glándula, se forma de manera similar al mucocele, pero desarrolla un tamaño mucho mayor. (4)

Aspectos clínicos: Se desarrolla como una masa no dolorosa que crece poco a poco en un lado del piso de boca.

Algunas bibliografías aseguran que el color de la mucosa es normal porque su asentamiento es profundo. (3)

Sin embargo otras aseguran que es muy superficial, por debajo de la delgada mucosa, por lo cual tiene un color azulado. (9) ,(11)

Pero se les puede encontrar en éstas 2 variedades.

La lengua esta elevada y dificultando su movimiento, molestando así la masticación y la fonación. Es tensa y fluctuante pero no se hunde a la presión, rara vez se infecta. (4)

Puede romperse si se traumatiza, escapando un líquido mucoide que se vuelve a acumular cuando la zona cicatriza.

Contiene un líquido mucoide filante.

Diagnóstico diferencial: Angioma, Quiste dermoide, Lipoma.

**Aspectos histológicos:** Similar al del mucocele más pequeño, excepto que algunas veces se encuentra un revestimiento epitelial definido, por lo cual se le considera un quiste de retención verdadero.

**Tratamiento:**

**Marsupialización o eliminación de la pared del quiste (Parch I) Algunos prefieren eliminar la glandula en su totalidad si la lesión recurre. (3)**

## **2. De origen dentario**

Harris y Toler reconocen 3 tipos principales de quiste odontogénicos y afirman que tienen identidades de desarrollo distintas.

### **a) Quistes paradontales**

#### **1. Lateral**

Se originan en íntima asociación con la superficie radicular lateral de un diente erupcionado, generalmente en premolares mandibulares. Su procedencia y su desarrollo incluyen:

- 1. Origen inicial como un quiste dentífero que se desarrolla a lo largo de la superficie lateral de la corona, y conforme el diente erupciona, el quiste se va aproximando a la superficie lateral de la raíz.**
- 2. Origen a partir de la proliferación de los restos de Malassez en el ligamento paradontal, aunque se desconoce el estímulo de esta proliferación.**
- 3. Origen como un quiste primordial de un germen dental supernumerario.**
- 4. Origen a partir de la proliferación y transformación quística de los restos de la lámina dental, los cuales están en una etapa postfuncional, y por tanto, sólo tienen un potencial limitado de crecimiento que está de acuerdo con el tamaño pequeño de estos quistes. (3)**

**Estos tienen un origen inflamatorio. (3)**

**Aspectos clínicos:** Se presenta generalmente en los adultos 40 y 50 años y por lo general en el sexo masculino, se localizan en premolares caninos e incisivos mandibulares. Se descubren por exámen radiológico de rutina. En la superficie labial puede haber una masa obvia, con la mucosa que la cubre normal, el diente asociado se encuentra vital. (10)

**Aspecto radiográfico:** Area radiolúcida en aposición a la superficie lateral de un diente. Esta lesión es pequeña y rara vez mide más de 1cm. de diametro y puede o no estar circunscrita. (4)

**Aspectos histológicos:** Tejido conectivo revestido en la superficie interna por una capa de epitelio escamoso estratificado delgado. (12)

**Diagnóstico diferencial:** Quiste radicular, absceso perifodotal, (4) ameloblastoma. (3)

**Tratamiento:**

Quistectomía, tratando de conservar el órgano dentario asociado.

## **2. Periapical**

Conocido como **quiste radicular, apical, quiste final radicular dental.**

Afecta el apice de un diente erupcionado.

**Origen:** Es el resultado de una infección por vía de la cámara pulpar y del conducto radicular causada por la caries que afecta al diente. (3)

El epitelio que tapiza el interior de la bolsa, deriva de los restos epiteliales de la vaina de Hertwig ( restos epiteliales de Malassez).

**Aspectos clínicos:** Tumefacción indolora, dura como hueso, una vez alcanzada su magnitud correspondiente, ofrece a la palpación crepitación apergaminada como signo de extrema resorción de hueso.

Si se afecta entonces puede presentar dolor a la palpación y edema inflamatorio alrededor. (9)

**Aspectos histológicos:** Tejido conectivo y revestido por epitelio estratificado, muestra infiltrado inflamatorio.

**Aspecto radiográfico:** Zona radiolúcida unilocular, con desplazamiento de raíces, y las coronas de los dientes muestran convergencia. (9)

**Diagnóstico diferencial:** Granúloma periapical absceso periapical (si se infecta)

### **Tratamiento:**

Quistectomía incluyendo al órgano dentario originario del quiste. (14)

### **3. Residual**

Son formaciones que se encuentran en zonas desdentadas de los maxilares.

Se cree que se trata mayormente de quistes radiculares que quedarón en el maxilar después de la extracción del diente causante. (4)

Podría tratarse también de granúlomas residuales, que contienen epitelio, que se desarrollan formando el quiste.

Los quistes residuales localizados en la zona de terceros molares, Wassmuna, opinaba que provienen de restos epiteliales del saco pericoronario del tercer molar. (5)

Estos quistes pueden provenir de restos epiteliales de la lámina dental, distales del arco dentario (Harnisch). (9)

## **b) Quiste primordial**

También se le conoce con el nombre de quiste folicular.

Los quistes primordiales difieren de los quistes paradontales y dentígeros porque no contienen estructuras calcificadas. (1)

Origen: Epitelio oral primitivo, se originan en el período embrioplástico según Broca y Magiot. (5)

Es la época en que todavía no se forma tejido duro pero en la cual ya existe el órgano del esmalte como formación dentaria más primitiva. (9)

Este se desarrolla por degeneración quística y licuefacción del retículo estrellado que se encuentra en el órgano del esmalte antes de que se haya formado cualquier esmalte o dentina calcificada. De esta forma, el quiste primordial se encuentra en lugar de un diente, en vez de estar asociado directamente con uno de ellos. (9)

En algunos casos este presenta un complemento normal de los dientes, cuando el quiste primordial se origina de un órgano dental supernumerario. (3)

Aspectos clínicos: Varía ampliamente de tamaño pero tiene el potencial de extenderse al hueso y de desplazar a los dientes adyacentes mediante presión. En ocasiones está asociado a un diente deciduo erupcionado retenido. La lesión no es dolorosa a menos que se infecte de modo secundario y raras veces muestra manifestaciones secundarias obvias. Se forma en etapas tempranas de la vida, pero no se descubre sino hasta más tarde. (17)

Tiende a formarse en la zona posterior, generalmente zona de terceros molares y es más común en el maxilar inferior. (3)

Características radiográficas: Aparece como una lesión radiolúcida redonda u ovoide, bien demarcada que muestra un borde esclerótico o reactivo, y es unilocular o multilocular. Puede estar situado por debajo de la raíz de los

dientes, entre las raíces de los dientes adyacentes o cerca de la cresta del reborde en el lugar del diente que falta congénitamente en particular de un tercer molar superior o inferior. (3)

**Aspectos histológicos:** La pared esta compuesta de fibras colágenas las cuales varian de tamaño, está revestida en la superficie interna,. Se encuentra también una capa intacta de epitelio escamoso estratificado no queratinizado. (5)

**Diagnóstico diferencial:** Quiste residual; Quiste radicular; Quiste lateral; Quiste perifodotal. (5)

**Tratamiento:**

Curetaje óseo, en particular si se presenta alguna fragmentación del revestimiento, para asegurar la completa extirpación del epitelio.

El índice de recurrencia es bajo, pero si se relaciona con un queratoquiste entonces este índice se eleva considerablemente. (3)



### **c) Dentífero**

Es un quiste odontogéno bastante más común que el quiste primordial.

**Origen:** Se origina después de que la corona del diente se ha formado por completo mediante la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona dental. (3)

Puede contener también una anomalía dentaria, tal como un odontoma.

**El hecho de que el epitelio del quiste este insertado en el cuello del diente es una evidencia de que en la mayoría de los casos el quiste es formado por el órgano del esmalte y no independiente de él. (4)**

Estos quistes interfieren con la erupción de dientes.

Se presenta con mayor frecuencia en niños y jóvenes y asociados con cualquier diente, pero con mayor frecuencia se asocia a los terceros molares y caninos, mandibulares 30% y terceros molares y caninos maxilares 15%. (5)

**Aspectos clínicos:** Asociado a la corona de un diente impactado, no erupcionado o incrustado.

También se puede encontrar en un diente supernumerario, y en un odontoma compuesto complejo. (4)

Es capaz de convertirse en una lesión potencialmente, más agresiva. La expansión de hueso con la subsecuente asimetría facial, desalojo de los dientes adyacentes y dolor; son secuelas posibles provocadas por el continuo agrandamiento del quiste.

Este quiste es capaz de extenderse hasta el proceso coronoides del cóndilo, así como provocar la expansión de la lámina cortical causada por presión excesiva de la lesión. (24)

Concomitante a esta reacción puede estar el desplazamiento del tercer molar contra el borde inferior de la mandíbula.

Asociado a un canino puede expandirse la porción anterior del maxilar superior y puede asemejarse a una sinusitis o celulitis aguda.

Existe una dilatación del espacio foilfular normal (2 - 2.5 cm), que se encuentra alrededor de la corona del diente. (5)

**Clínicamente:** Se encuentra una hinchazón circunscrita, fluctuante, frecuentemente translúcida del reborde alveolar que se localiza sobre el sitio del diente erupcionado (3)

Provoca desplazamiento de estructuras anatómicas tales como raíces, seno maxilar, fosa nasal, corticales óseas.

Estos quistes interfieren con la erupción normal de los dientes, Si los quistes se forman cuando un diente esta erupcionando, se les denomina quistes de erupción. (23)

La presión del líquido acumulado por lo general desplaza al diente en dirección apical y frecuentemente se detiene el desarrollo radicular.

Son amelolastomas en potencia. La formación de germen en la capa basal del epitelio y el crecimiento papilar externo hacía la luz, pueden ser el comienzo de este tumor dentario. (10)

**Exámen radiográfico:** Area radiolúcida asociada de alguna manera con una corona dental no erupcionada, la cual está rodeada por radioluscencia, puede existir desplazamiento de raíces dentarías, y de zonas anatómicas importantes (seno maxilar, fosa nasal). Es una lesión unilocular o multilocular.

**Aspecto histológico:** Pared delgada de tejido conectivo con una capa de epitelio escamoso estratificado, puede existir infiltración de células inflamatorias (12).

**Diagnóstico diferencial:** Mixoma odontogénico ameloblastoma, quiste primordial. (5)

**Tratamiento:**

Se determina según su tamaño, los quistes pequeños son tratados con quistectomía y los quistes que incluyen gran pérdida de hueso y lo adelgaza de manera peligrosa son tratados mediante la inserción de un drenaje quirúrgico o marsupialización. (8)

La recurrencia es poco frecuente.

**Complicaciones:**

1. Desarrollo de ameloblastoma
2. Desarrollo de un carcinoma epidermoide
3. Desarrollo de un carcinoma mucoepidermoide

#### **d) Queratoquiste**

En 1956, Philipsen usó por primera vez el término de **queratoquiste odontógeno**.

En 1963, Pindborg y Hansen describieron los aspectos esenciales de este quiste. (3)

Muchos quistes foliculares y dentígeros contienen material queratinizante y se conocen como queratoquistes. (3)

Los hallazgos refuerzan la idea de que la mucosa bucal desempeña un papel importante en el origen de éstos quistes. (4)

**Aspectos clínicos:** Se presenta en cualquier edad 20 - 30 años, mayor índice. Tiene predilección por el sexo masculino, y es la mandíbula la más afectada 65%, siendo el sitio del tercer molar el más frecuente. (9)

Se presenta comunmente dolor, hinchazón de los tejidos blandos y expansión de hueso, drenaje y parestesia del labio y los dientes.

**Aspectos radiográficos:** Zona radiolúcida uni o multilocular a menudo con un borde esclerótico delgado que representa el hueso activo, asociado a dientes impactados o no erupcionados, desplazamiento y resorción radicular. (14)

**Aspectos histológicos:** Compuesto de una superficie de paraqueratina, sin formación de invaginaciones dermoepiteliales. La pared del tejido conectivo muestra pequeños islotes de epitelio, similares a las del epitelio de revestimiento, los cuales pueden ser quistes pequeños "Quistes Satélites". (10)

**Tratamiento:** Extirpación quirúrgica, pero puede ser difícil su completa erradicación. (14)

**Pero tiene un alto índice de recurrencia 13 - 60%**

**La recurrencia se debe a la naturaleza de la propia lesión, es decir, a la presencia de remanentes adicionales de la lámina dental a partir de la cual se puede desarrollar un quiste, sin importar el método de tratamiento. (10)**

**Es importante vigilar el quiste mediante radiografías anuales, cinco años después de realizada la cirugía. (6)**

**Es importante descartar el síndrome de quistes maxilares; - nevo de células basales; - costilla bífida. (11)**

**Diagnóstico diferencial: Ameloblastoma, quiste paradental, primordial,**

**Es importante la resección amplia de la mucosa de recubrimiento en la zona en que la pared quística está adherida a la mucosa. (16)**

## **OBJETIVO GENERAL**

**Identificar las manifestaciones clínicas y radiográficas de las lesiones quísticas más frecuentes que se presentan en los maxilares, así como su tratamiento quirúrgico, en los pacientes que acuden a servicio odontológico en UMAI-Zaragoza.**

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- **Identificar las manifestaciones clínicas de las lesiones quísticas de los maxilares.**
- **Identificar las manifestaciones radiográficas de las lesiones quísticas de los maxilares.**
- **Identificar las causas más frecuentes que originan la presencia de lesiones quísticas en los maxilares.**
- **Identificar la frecuencia y distribución de las lesiones quísticas por edad y sexo (tiempo o período).**
- **Identificar la localización más frecuente de las lesiones quísticas de los maxilares.**
- **Mencionar los tratamientos quirúrgicos empleados para las lesiones quísticas en los maxilares.**
- **Presentar un caso clínico de una lesión quística representativa en nuestra investigación.**

## **HIPOTESIS**

- 1. Las manifestaciones clínicas y radiográficas nos llevan al diagnóstico de lesiones quísticas en los maxilares.**
- 2. El estudio clínico y radiográfico, rutinario de los maxilares, nos lleva a detectar las lesiones quísticas que se presentan en los maxilares y a establecer así su tratamiento indicado.**



## **DISEÑO METODOLOGICO**

**Tipo de estudio:** Observacional, Prospectivo, Longitudinal y Descriptivo.

**Población de estudio:** Población que acude al servicio odontológico de UMAI-Zaragoza los días lunes, martes, jueves y viernes por la mañana; que presenten manifestaciones clínicas y radiográficas de lesiones quísticas.

**Tiempo de Investigación:** Doce meses; 01 Agosto 1995 al 31 Julio 1996.

**Espacio:** UMAI-Zaragoza (área de cirugía bucal y maxilofacial).

**Unidad de Estudio:** Lesiones quísticas de tejidos duros y blandos que se manifiesten en cavidad bucal.

### **VARIABLES**

#### **Cualitativas**

**Sexo**  
**Tipo de lesión**  
**Sitio de localización**  
**Signos clínicos**  
**Síntomas clínicos**  
**Signos radiográficos**  
**Salud sistémica**  
**Patologías asociadas**  
**Evolución**

**Cuantitativas**

**Edad**

**Criterios de Inclusión:** Pacientes femeninos y masculinos que ingresen al servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial con probable diagnóstico de lesiones quísticas de los maxilares y que requieran tratamiento quirúrgico.

Pacientes con diagnóstico de lesiones quísticas que presenten alguna alteración sistémica controlada.

**Criterios de Exclusión:** Pacientes femeninos y masculinos que presenten lesiones de tejidos duros y blandos que no sean clasificados como diagnóstico clínico de lesiones quísticas de los maxilares.

Pacientes que presenten lesiones quísticas de los maxilares, y que presenten alguna alteración sistémica sin control médico.

## **OBTENCION DE DATOS**

La planeación y desarrollo de esta investigación será efectuada sobre población infantil, adolescente y adulta que demande atención odontológica en UMAI-Zaragoza, con necesidades de diagnóstico y atención en Cirugía Bucal por presentar manifestaciones clínicas y radiográficas de posibles lesiones quísticas en los maxilares, se utilizarán los siguientes instrumentos:

**1.**

**a). Ficha de recolección de datos, la cual incluye los siguientes puntos:**

- a) Nombre del paciente
- b) Edad
- c) Sexo
- d) Motivo de la consulta
- e) Alteraciones sistémicas
- f) Datos clínicos
- g) Datos radiográficos
- h) Sintomatología
- i) Localización
- j) Etiología probable
- k) Tratamiento
- l) Complicaciones trans y postoperatorias
- m) Diagnóstico definitivo (histopatológico)
- n) Pronóstico

**b). Instrumento de recolección de datos, el cual incluye los siguientes puntos:**

- a) Número de ficha
- b) Edad
- c) Sexo
- d) Derecho habiente
- e) Diagnóstico clínico
- f) Localización
- g) Signos clínicos
- h) Signos radiográficos
- i) Síntomas
- j) Tratamiento
- k) Diagnóstico histológico

## **RECOPILACION DE LA INFORMACION**

Se llevará a cabo los días jueves y viernes en el turno matutino al término de las cirugías en la clínica UMAI-Zaragoza a partir del mes de agosto de 1995 hasta el mes de julio de 1996, utilizando las fichas de registro personal y obteniendo datos como: edad, sexo, motivo de la consulta, alteración sistémica, etc. Así como saber cual fue el diagnóstico y tratamiento propuesto, esto último será proporcionado por el operador responsable del paciente.

## **PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION**

Este se realizará por medio del diseño estadístico que incluirá las columnas de edad, sexo, localización, etc. Incluyendo porcentaje y promedio por edad y sexo, esto en base a la ficha de recolección de datos.

## **RECURSOS**

### **A) Humanos**

1. Pasantes de Cirujano Dentista. (2)
2. Profesor director del proyecto de Investigación.
3. Profesor asesor del proyecto de investigación.
4. Alumnos de 7o. y 8o. semestre de la carrera de Cirujano Dentista.
5. Personal de UMAI-Zaragoza (Ceye, archivo, laboratorio de análisis clínicos, radiólogo y enfermeras).

## **B) Físicos**

1. Instalaciones del área clínica odontológica y quirófano de UMAI-Zaragoza
2. Laboratorio de análisis clínicos de UMAI-Zaragoza
3. Unidad de patología bucal de UMAI-Zaragoza
4. Gabinete radiológico de UMAI-Zaragoza
  - a) Biblioteca
  - b) Hemeroteca
5. Camara Fotográfica
6. Rollo de diapositivas

## **C) Materiales**

1. Equipo básico
2. Mango de bisturí No.3
3. Jeringa Carpule
4. Legra
5. Separador de Austing
6. Separadores de Farabeau
7. Elevador recto 301 y 304
8. Elevador de bandera derecho e izquierdo
9. Cucharilla de lucas
10. Forceps 69
11. Forceps para molares superiores e inferiores
12. Jeringa asepto
13. Pieza de baja velocidad
14. Fresas de baja velocidad (bola y fisura)
15. Pinzas porta agujas
16. Pinzas adson
17. Pinzas mosco curvas
18. Riñón de acero inoxidable

19. Lima para hueso
20. Pinzas hemostáticas
21. Pinzas Gubías
22. Escoplos
23. Sutura seda 3-0
24. Catgut 3-0
25. Solución fisiológica
26. Tijeras para encía
27. Tijeras de corte
28. Hoja de bisturí No. 11, 12, 15
29. Charolas
30. Campos
31. Batas quirúrgicas
32. Eyector
33. Gasas
34. Guantes
35. Cubre bocas
36. Gorras quirúrgicas
37. Lentes

# FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

## LESIONES QUISTICAS DE LOS MAXILARES

NOMBRE \_\_\_\_\_ FICHA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

1. SEXO MASC. ( ) FEMENINO ( ) EDAD \_\_\_\_\_

2. MOTIVO DE LA CONSULTA \_\_\_\_\_

3. DERECHOHABIENTE A INSTITUCION PUBLICA (SI) (NO)

4. ENFERMEDADES SITEMICAS \_\_\_\_\_

### 5. SIGNOS Y SINTOMAS :

TUMEFACCION ( ) FISTULA ( ) ASIMETRIA FACIAL ( )

BOLSA PARODONTAL ( ) ANODONCIA ( ) DIENTE No. \_\_\_\_\_

CAMBIO DE COLORACION ( ) AUMENTO DE VOLUMEN ( )

DESPLAZAMIENTO DE CORONAS O RAICES DE DIENTES VECINOS ( )

CREPITACION OSEA ( )

CONSISTENCIA: BLANDA ( ) DURA ( )

MOVILIDAD DENTARIA ( ) DIENTE No. ( )

6. LOCALIZACION: MAXILAR ( ) MANDIBULA ( )

BUCAL ( ) PALATINO ( ) LINGUAL ( )

### 7. SIGNOS RADIOGRAFICOS:

LESION RADIOLUCIDA CON ORGANO DENTARIO ( )

LESION RADIOLUCIDA SIN ORGANO DENTARIO ( )

LESION RADIOGRAFICA MIXTA ( )

LESION RADIOLUCIDA APICAL ( ) LATERAL ( )

BOLSA PARODONTAL

DESPLAZAMIENTO DE : SENO MAXILAR ( ) PISO NASAL ( ) OTROS \_\_\_\_\_

8. DIAGNOSTICO CLINICO \_\_\_\_\_

9. ETIOLOGIA \_\_\_\_\_

10. TRATAMIENTO: QUISTECTOMIA ( ) MARZUPIALACION ( )

11. COMPLICACIONES \_\_\_\_\_

12. DIAGNOSTICO DEFINITIVO \_\_\_\_\_

13. PRONOSTICO \_\_\_\_\_





## CRONOGRAMA

	1995														1996			
	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S				
<b>1</b> Título del proyecto		..																
<b>2</b> Planteamiento del problema		.																
<b>3</b> Justificación del tema		.																
<b>4</b> Marco Teórico			....															
<b>5</b> Objetivos				.														
<b>6</b> Hipótesis				.														
<b>7</b> Diseño Metodológico				..														
<b>8</b> Recursos				.														
<b>9</b> Entrega de ante proyecto				.														
<b>10</b> Captación de pacientes	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....				
<b>11</b> Aplicación de ficha	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....				
<b>12</b> Establecimiento de diagnósticos	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....				
<b>13</b> Tratamientos indicados	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....				
<b>14</b> Presentación de resultados													.					
<b>15</b> Análisis de resultados													.					
<b>16</b> Conclusiones													.					
<b>17</b> Propuestas													.					
<b>18</b> Informe final													.					
<b>19</b> Periodos vacacionales					..				.									

## **ANALISIS DE RESULTADOS**

De las 31 lesiones quísticas encontradas en este estudio; se observó mayor frecuencia en el sexo femenino 16 (51.6%); mientras que el sexo masculino reportó 15 (48.3%).

Respecto a la distribución de edad se observa mayor frecuencia en el grupo de 0-15 años 14 (45.1%); y una proporción en los grupos de 16-25 años y de 26-35 años con una frecuencia de 6; 6 (19.3%); mientras que el grupo de 36-45 años presentó una menor frecuencia 3 (9.6%) las lesiones quísticas se observaron con menor frecuencia de 46 años en adelante 1, 1; (3.2%).

Se encontraron 14 lesiones quísticas en el maxilar inferior 44.9%, el cual fue el mas frecuente, mientras que la frecuencia de estas lesiones quísticas en el maxilar superior fue de 11 (35.4%)

El quiste mas frecuente fue dentigero 11 (35.4%), y con una frecuencia importante también se presentó el quiste periapical 8 (25.8%); existe una proporción en los quiste nasopalatino, globulomaxilar, queratoquiste; quiste aneurismal con una frecuencia de 1; 1; 1; 1 (3.2 %).

Dentro de las manifestaciones clínicas de lesiones quísticas de los maxilares se observa con mayor frecuencia aumento de volumen 22 (30.1%), se presentó proporción entre crepitación y tumefacción 9 (12.3%); mientras que el cambio de coloración tuvo una frecuencia de 8 (10.9%) signos clínicos como bolsa parodontal y movilidad dental se presentaron con una frecuencia de 6 (8.2%).

Las manifestaciones radiograficas más frecuentes encontradas fueron: lesión radiolúcida con órgano dentario 15 (30%), lesión radiolúcida apical 8 (16%), bolsa parodontal, y desplazamiento dental con una frecuencia de 7 (14%), mientras que resorción radicular externa mostró una frecuencia de 5 (10%), signos radiograficos como desplazamiento de seno maxilar y lesión radiolúcida sin órgano dentario muestran una frecuencia de 3.3 (6%).

Dentro de las causas más frecuentes de lesiones quísticas de los maxilares observamos una proporción entre infección y traumatismo 8, 8 (25.8%), dientes retenidos e incluídos mostraron una frecuencia de 5 (16.1%), epitelio oral primitivo presentó una frecuencia de 4 (12.9%), se observa una disminución en la frecuencia en dientes supernumerarios 3 (9.6%) y las lesiones quísticas asociadas a erupción dentaria mostrarán una menor frecuencia 2 (6.4%).

El tratamiento más frecuente para las lesiones quísticas de los maxilares es quistectomía (Parsch II) con una frecuencia de 29 (93.9%) mientras que con menor frecuencia se realiza la quistotomía 2 (6.4%)

Los pacientes que presentaron lesiones quísticas de los maxilares no tienen acceso a servicio médico institucional (no derechohabientes) 22 (70.9%) mientras que una minoría si tiene acceso a este servicio 9 (29%).

## **CONCLUSIONES:**

Las lesiones quísticas de los maxilares representan un porcentaje importante dentro de las patologías en cavidad oral tal como lo demostramos en este estudio.

Por lo que es importante realizar una historia clínica completa, un examen clínico minucioso y un examen radiográfico rutinario a cada uno de nuestros pacientes con la finalidad de detectar patologías bucales en una etapa temprana, dentro de las cuales se encuentran las lesiones quísticas de los maxilares, cuyas manifestaciones clínicas y radiográficas es muy importante conocer para obtener un diagnóstico adecuado y por consiguiente un tratamiento óptimo.

Algunas patologías como infección periapical; enfermedad periodontal se encuentran muy relacionadas a las lesiones quísticas de los maxilares, y además los traumatismos en cavidad oral, así como dientes retenidos e incluidos, por lo que estas lesiones no deben ser tomadas a la ligera por pequeñas que sean siendo importante eliminar cada una de estas en cavidad oral, con la finalidad de prevenir en la medida de lo posible la aparición de lesiones quísticas.

Con lo anterior podremos obtener diagnósticos tempranos (oportunos) de las lesiones quísticas de los maxilares y por consiguiente los tratamientos serán más conservadores, evitando que estas lesiones abarquen estructuras anatómicas importantes afectando elementos y órganos vecinos que requieren de tratamientos más agresivos.

Cabe mencionar la importancia del examen histopatológico para fortalecer el conocimiento en relación al comportamiento de dichas patologías así como también a su identificación en diferentes etapas y a su clasificación histopatológica.

## **PROPUESTAS**

**El panorama de las lesiones quísticas de los maxilares es muy amplio por lo que:**

- **Existe la necesidad de profundizar en su análisis y conocimiento, para evitar pasar por alto estas patologías, obteniendo errores diagnósticos.**
- **El conocimiento de estas patologías se vea apoyado por material didáctico para conocer en forma clara sus manifestaciones clínicas y radiográficas.**
- **Además que el conocimiento de estas patologías se aborde desde que iniciamos a tratar con pacientes ya que estas lesiones no son propias de adultos solamente, sino también de jóvenes y niños.**
- **Aumentar la participación en el área histopatológica, analizando las laminillas para conocer mejor las características de las patologías, en sus diferentes etapas, de esta forma nos permitiría precisar con mayor objetividad el pronóstico de estas patologías.**

## GLOSARIO

**INFLAMACION:** Conjunto de fenómenos reaccionales que se producen en el punto irritado por agente patógeno, se caracteriza por cuatro síntomas cardinales: tumor, rubor, calor y dolor.

**CAMBIO DE COLORACION:** Enrojecimiento inflamatorio se presenta en piel o en mucosas.

**TUMEFACCION:** Hinchazón, aumento de volúmen de una parte por infiltración, tumor o edema.

**CONSISTENCIA:** Grado de cohesión de un cuerpo, resistencia que oponen los cuerpos a ser divididos, puede ser dura (firme) o blanda (suave).

**TRISMOS:** Contracción tetánica de los músculos masticadores que produce oclusión forzosa de la boca y por consiguiente dolor al esforzar los musculos al movimiento.

**DESPLAZAMIENTO DE CORONAS O RAICES DE DIENTES VECINOS:** Se observa cuando se ejerce una fuerza sobre éstas, la cual se produce por erupción de un diente o el crecimiento de una patología generalmente.

**BOLSA PERIODONTAL:** Es la profundización patológica del surco gingival. La progresión de la bolsa conduce a una destrucción de los tejidos periódentales de soporte, así como la movilidad y exfoliación de los dientes.

**DOLOR:** Impresión penosa experimentada por un órgano o parte que es transmitida al cerebro por los nervios sensitivos y puede ser:

Cólico	Referido
Irradiado	Reflejo
Osteoscópico	sordo
Pulsátil	Urente
	Vago

**PARESTESIA:** Trastorno de la sensibilidad subjetiva, como hormigueos, acontecimientos, quemazón, etc.

**RADIOPACO:** Término no específico, que se puede utilizar para describir cualquier área blanca en la placa. Este término se usa cuando no se conoce la naturaleza o causa de una sombra anormal. Es un término útil en dicha situación, puesto que otros términos implican frecuentemente entidades más específicas, que pueden estar o no presentes. Por lo tanto aparece claro en el negativo.

La imagen no es penetrada por los rayos (zona).

**RADIOLUCIDO:** Un aumento de la negrura de un área de la radiografía. También pueden áreas de claridad de los artefactos, cambios de posición y anomalías de los tejidos blandos. Aparece obscuro en el negativo.

Aquí los rayos penetran en la imagen (zona).

## **Referencia Bibliográfica**

1. Tamayo y Tamayo, Mario, 1990 "El proceso de la investigación científica". 2a. Edición. Edición 2a. pp 40-48
2. Mosqueda Taylor, A. Deister Mateos. 1977 "Los factores de expansión en quistes odontogénicos" Nueva editorial interamericana. pp 55-60
3. Kruger G. (1991) "Cirugía Maxilofacial"; Ed. Médica Panamericana; Quinta Edición. pp 230-253
4. Harnish, Herbert. (1973) "Clínica y terapéutica de los quistes maxilares". Ed. Quintessenz. pp 10-15. 28-36, 80-120
5. Shafer y Levy. (1991) "Tratado de Patología Bucal". Ed. Interamericana, Cuarta Edición. pp 130-153, 250-255
6. José A. López Arranz, (1991) "Cirugia Oral"; Ed. Interamericana; pp 80-95
7. Regezi, Joseph A. "Tratado de Patología Bucal". Ed. Interamericana McGraw-Hill. 4a. Edición. pp 130-155
8. Laskin, Daniel, M. (1985) "Cirugía Bucal y Maxilofacial". Ed. Medica Panamericana. pp 75-80
9. Ries Centeno, Guillermo. (1987) "Cirugía Bucal, Patología, Clínica y Terapéutica". Ed. El Ateneo, Novena Edición. pp 70-79
10. Spogue, J.D. (1977) "Patología Bucal". 1a. Edición; impreso en Argentina. pp 110-130
11. Frawcett, D.W. (1991) "Tratado de histología". Editorial Interamericana Mc - Graw - Hill. Onceava Edición. pp 57-59



12. Provenza, D. Vincent; (1981) "Histología y Embriología Odontológica". Nueva editorial Interamericana. Quinta reimpresión. pp 84-85
13. López Acevedo, Cesar. (1975) "Manual de Patología Oral". Ed. Universitaria. Universidad de San Carlos de Guatemala. pp 110-115
14. Stafne - Gibilisco. (1978) "Diagnóstico Radiológico en Odontología". Ed. Médica Panamericana. Impreso en Argentina. pp 35-37
15. Hollinshead Henry W. (1991) "Anatomía Humana". Ed. Harla. 3a. Edición. pp 65-67
16. Eversole, Lewis. R. (1983) "Patología Bucal". Ed. Médica Panamericana, pp 93-95
17. Cawson, R. A. (1983) "Cirugía y Patología Odontológicas". Ed. Manual Moderno, Tercera Edición, México, D.F. pp 76-79
18. Beovide Verónica, Carroglio Jullo y Col. "Quistes y Seudoquistes de los maxilares". Rev. Odontológica en Postgrado Vol. 3 No.2, Agosto de 1992. pp 50-68
19. Ortiz Rueda Roberto "Quistes dentígeros múltiples de los maxilares ". Rev. Práctica odontológica, 13 (2), pp 31-36
20. Romero de León Elías. "Quiste Odontogénico Queratizado y Calcificado" (Quiste de Gorlin). Rev. ADM, 36 (1) Enero - Febrero - 1979.
21. Díaz Fernández Jose Manuel. "Ameloblastoma". Rev. Cubana, 30 (2) : 110-120, Julio - Diciembre, 1993.

22. Carranza y Vázquez Jorge. "Quiste glóbulo maxilar" Rev. Práctica Odontológica, 9 (7), pp 46
23. Daley Tom. The small dentigerous Cyst. Rev. Triple O. 79:77 - 81, 1995.
24. Ledesma Montes Constantino. "Quiste Odontogénico" calcificante asociado a odontoma. (QOC tipo 1B) Rev. Práctica Odontológica, 14 (7), pp 37-41, 1993.
25. Loreto Miranda Juan Gabriel. "Quiste odontogénico epitelial calcificante". Rev. Práctica odontológica 14 (6), 1993, pp 23-26.
26. Sánchez Torres Javier. Quistes dentígeros múltiples Rev. ADM, 35 (3), mayo - junio, 1978. pp 274 - 277.
27. Suárez Aldama Julio. Quiste dentígero. Rev. Cubana Estomatológica 25 (3): 81-85, septiembre - diciembre, 1988.
28. Baden Ernest. "Malignant transformation of peripheral ameloblastoma". Rev. Triple O 1993:75:21 4-9.
29. Diccionario terminológico de ciencias médicas. Doceava edición. Impreso en México, Salvat 1984. pp 19, 30, 48, 50
30. Durante Avellanal, Ciro. Diccionario odontológico. Apéndice Actualizado. Cuarta edición. Impreso en Argentina. Editorial Mundi. 1982. pp 26, 30, 42, 55, 80

# **A N E X O S**

**TABLA 1**

**FRECUENCIA DE LESIONES QUISTICAS DE LOS MAXILARES DE  
ACUERDO A EDAD Y SEXO, EN LA UNIDAD MULTIPROFESIONAL DE  
ATENCION INTEGRAL-ZARAGOZA; 1995-1996**

GRUPO ETAREO	SEXO				TOTAL	
	F No.	%	M No.	%	N	%
0-15	5	31.2	9	60	14	45.1
16-25	2	12.5	4	26.6	6	19.3
26-35	5	31.2	1	6.6	6	19.3
36-45	2	12.5	1	6.6	3	9.6
46-55	1	6.2	-	-	1	3.2
55 ADELANTE	1	6.2	-	-	1	3.2
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>51.6</b>	<b>15</b>	<b>48.3</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

\* FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS APLICADA A LOS PACIENTES.

**TABLA 2**

**LOCALIZACION MAS FRECUENTE DE LAS LESIONES QUISTICAS EN LOS MAXILARES**

		LOCALIZACION							
		MAXILAR		MANDIBULA		LABIO			
						SUPERIOR		INFERIOR	
TIPO DE QUISTE	No. %	N	%	N	%	N	%	N	%
Nasopalatino	1 3.2			1	3.2				
Dentigero	11 35.4	4	12.9	7	22.5				
Globulomaxilar	1 3.2			1	5.2				
Mucocele	6 19.2					1	3.2	5	16.1
Apical	8 25.8	5	16.1	3	9.6				
Queratoquiste	1 3.2	1	3.2						
Aneurismal	1 3.2	1	3.2						
Ameloblastoma	2 6.4			2	6.4				
<b>Total de casos</b>	<b>31 100</b>	<b>11</b>	<b>35.4</b>	<b>14</b>	<b>44.9</b>				<b>100</b>

\* MUCOCELE O FENOMENO DE RETENCION O PSEUDOQUISTE Y EL AMELOBLASTOMA (TUMOR ODONTOGENICO) POR SU COMPORTAMIENTO, SE INGRESAN A LA CLASIFICACION SIN SER QUISTES VERADEROS.

**TABLA 3**

**MANIFESTACIONES CLINICAS MAS FRECUENTES EN LAS LESIONES QUISTICAS DE LOS MAXILARES**

<b>SIGNOS CLINICOS</b>	<b>LESIONES QUISTICAS</b>	
	<b>F</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Aum. de volumen	22	30.1
Crepitación	9	12.3
Tumefacción	9	12.3
Cambio de color	8	10.9
Bolsa parodontal	6	8.2
Movilidad dental	6	8.2
Anodoncia	4	5.4
Asimetría facial	3	4.1
Desplazamiento dental	3	4.1
Fistula	3	4.1
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

**TABLA 4**

**MANIFESTACIONES RADIOGRAFICAS MAS FRECUENTES DE LAS LESIONES QUISTICAS DE LOS MAXILARES**

<b>SIGNOS RADIOGRAFICOS</b>	<b>LESIONES QUISTICAS F</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Lesión radiolúcida con órgano dentario	15	30
Lesión radiolúcida apical	8	16
Bolsa parodontal	7	14
Desplazamiento dental	7	14
Resorción radicular externa	5	10
Desplazamiento de seno maxilar	3	6
Lesión radiolúcida sin órgano dentario	3	6
Abordamiento de seno maxilar	1	2
Lesión radiolúcida lateral	1	2
Lesión radiográfica mixta	0	0
Desplazamiento de piso nasal	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**NOTA:**

Las radiografías utilizadas fueron: Ortopantomografía, periapical; oclusal y lateral.

**TABLA 5**

**CAUSA MAS FRECUENTE DE LAS LESIONES QUISTICAS EN LOS MAXILARES**

<b>CAUSA</b>	<b>NUMERO</b>	<b>%</b>
Infeción	8	25.8
Traumatismo	8	25.8
Dientes retenidos y/o incluidos	5	16.1
Epitelio oral primitivo	4	12.9
Dientes supernumerarios	3	9.6
Asociado a erupción	2	6.4
Inflamación	1	3.2
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**TABLA 6**

**TRATAMIENTO MAS FRECUENTE PARA LAS LESIONES QUISTICAS DE LOS MAXILARES**

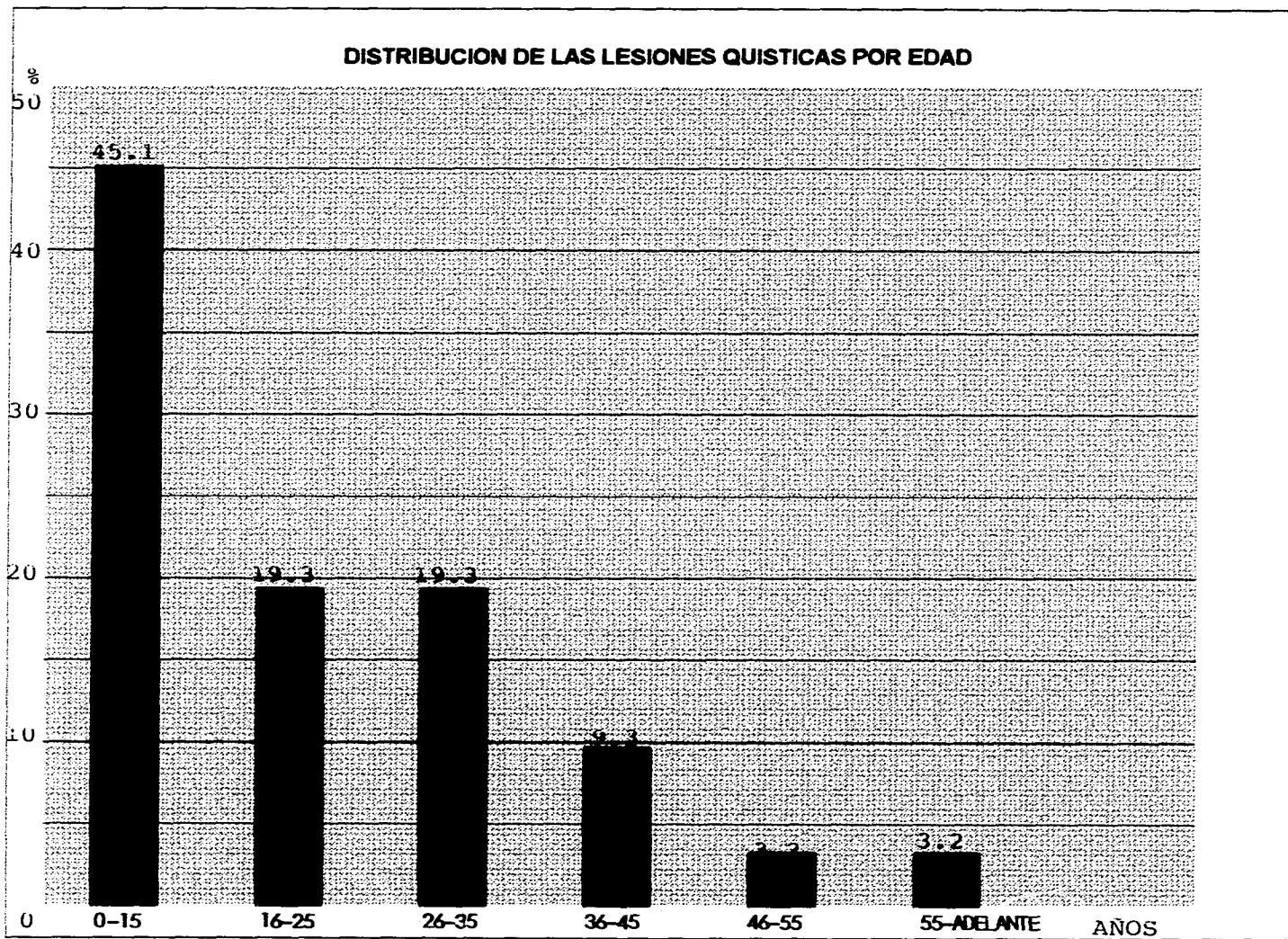
<b>TRATAMIENTO</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Quistectomía/	29	93.5
Quistotomía /	2	6.4
Total casos	31	100

**TABLA 7**

**NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES DERECHO HABIENTES QUE ACUDEN A SERVICIO EN LA CLINICA UMAI-ZARAGOZA**

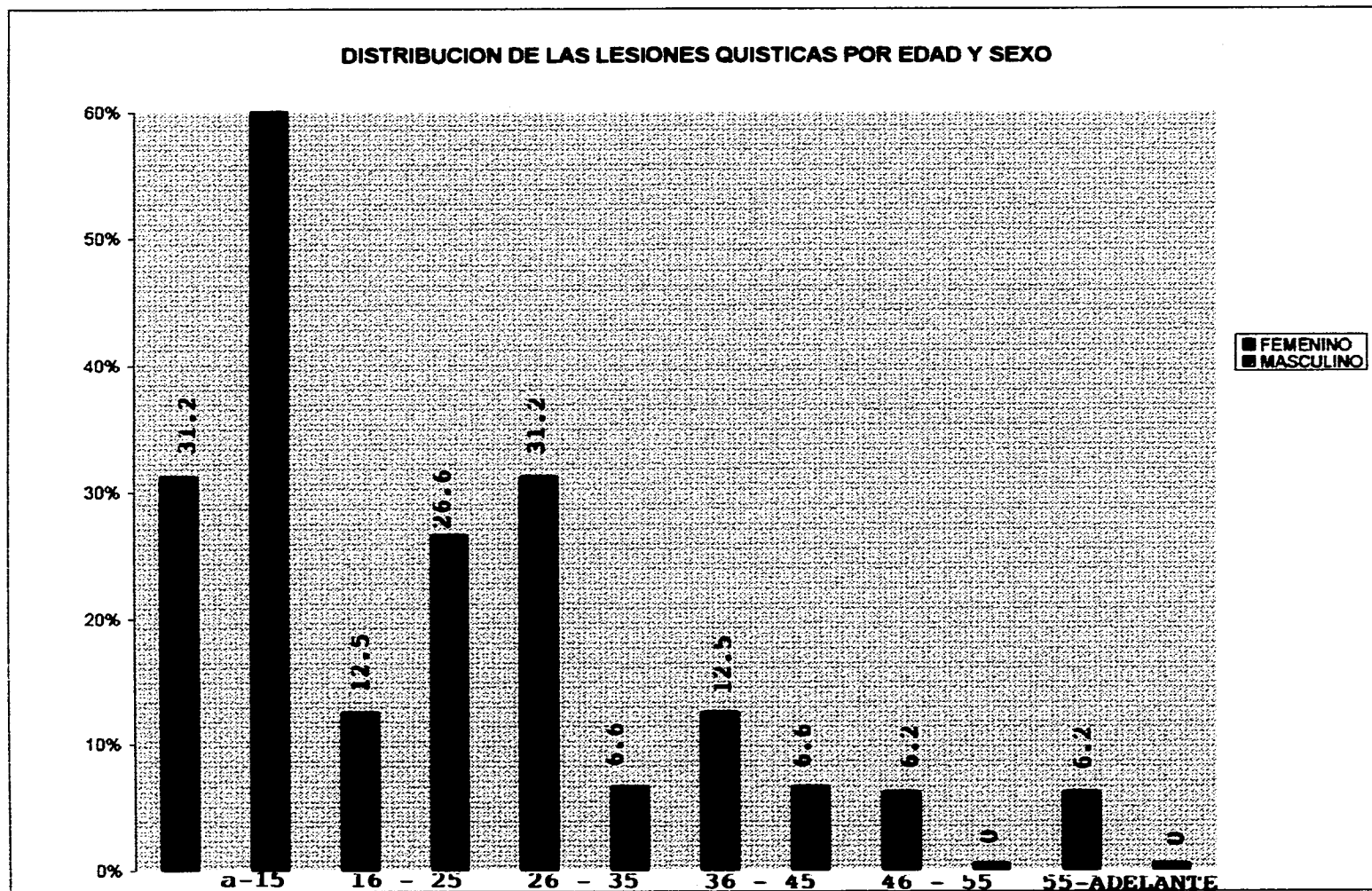
NUMERO DE CASOS	DERECHO HABIENTES			
	SI		NO	
	No.	%	No.	%
31	9	29	22	70.9





FUENTE: TABLA 1

GRAFICA No. 1

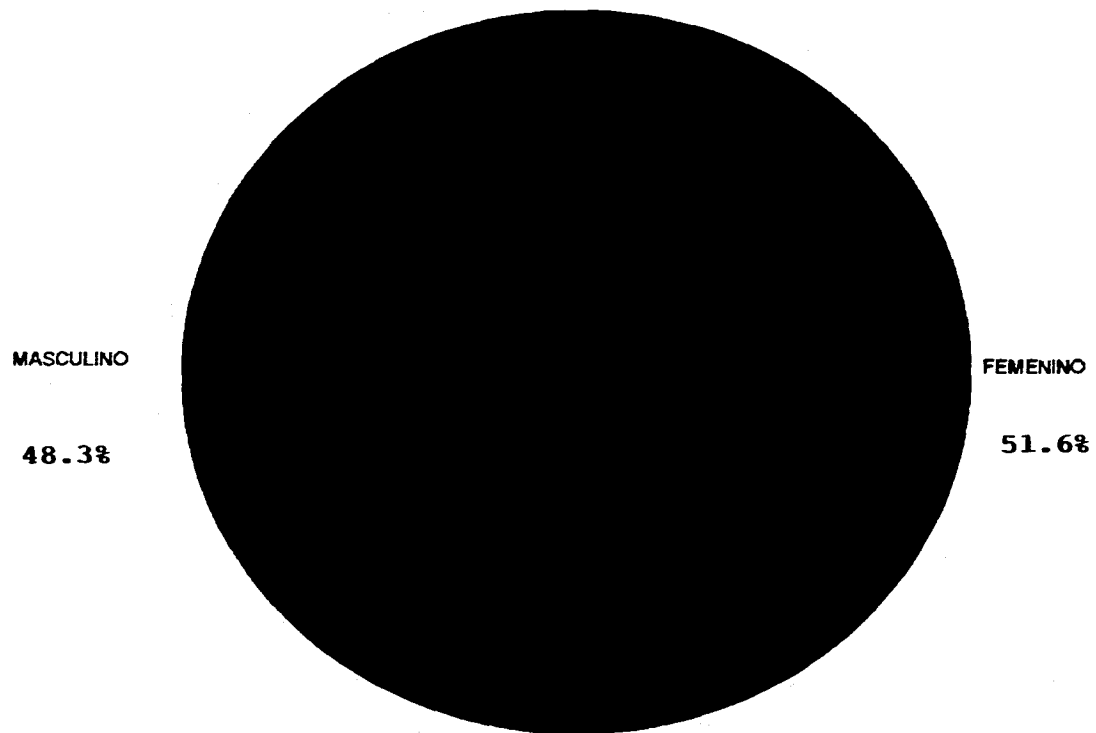


FUENTE: TABLA 1

AÑOS

**GRAFICA No. 2**

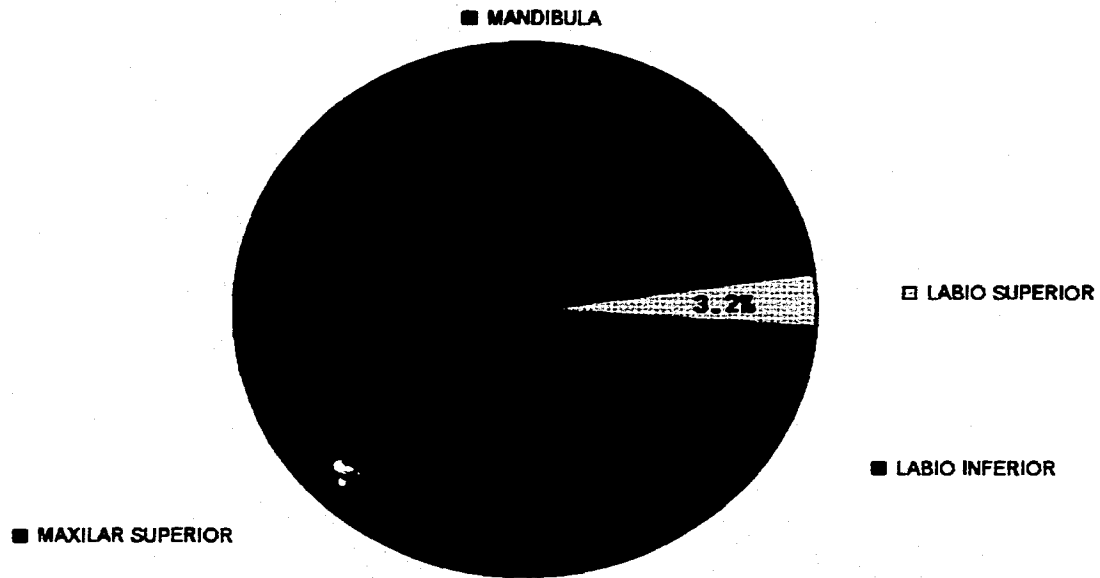
**DISTRIBUCION DE LAS LESIONES QUISTICAS POR SEXO**



**FUENTE: TABLA 1**

GRAFICA No. 4

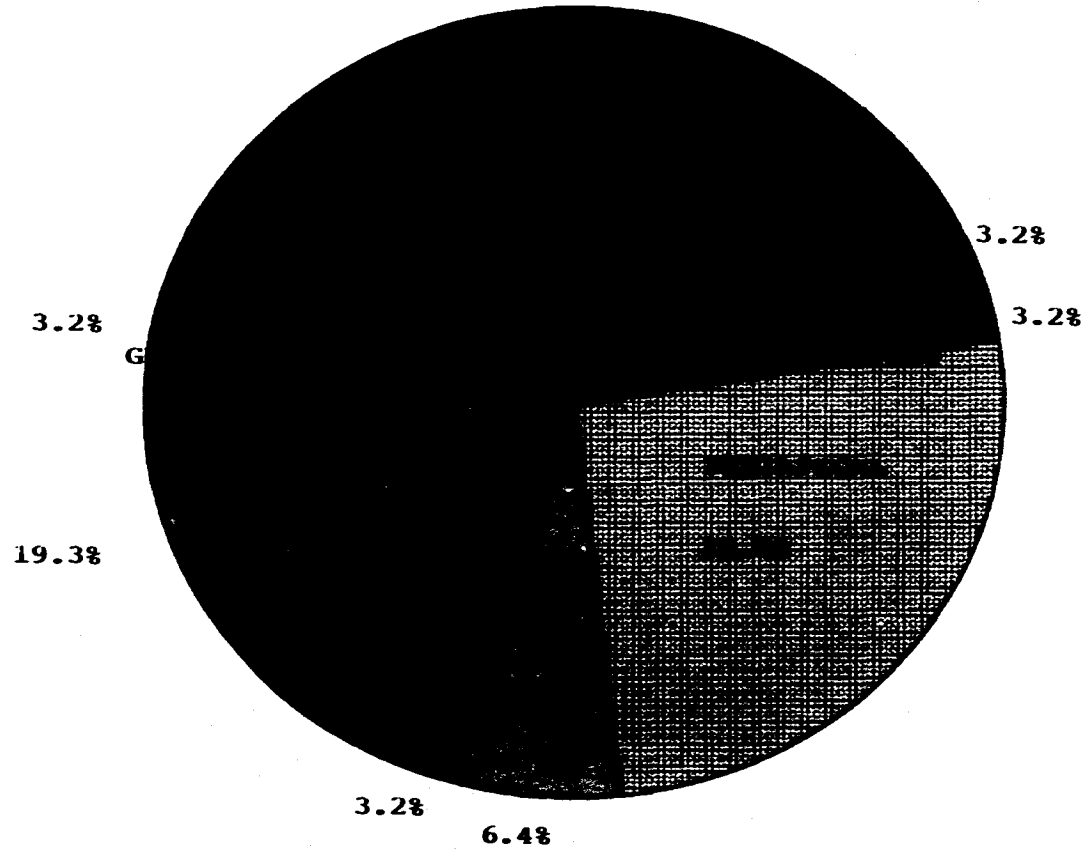
LOCALIZACION MAS FRECUENTE DE LAS LESIONES QUISTICAS Y SU PORCENTAJE



FUENTE: TABLA 2

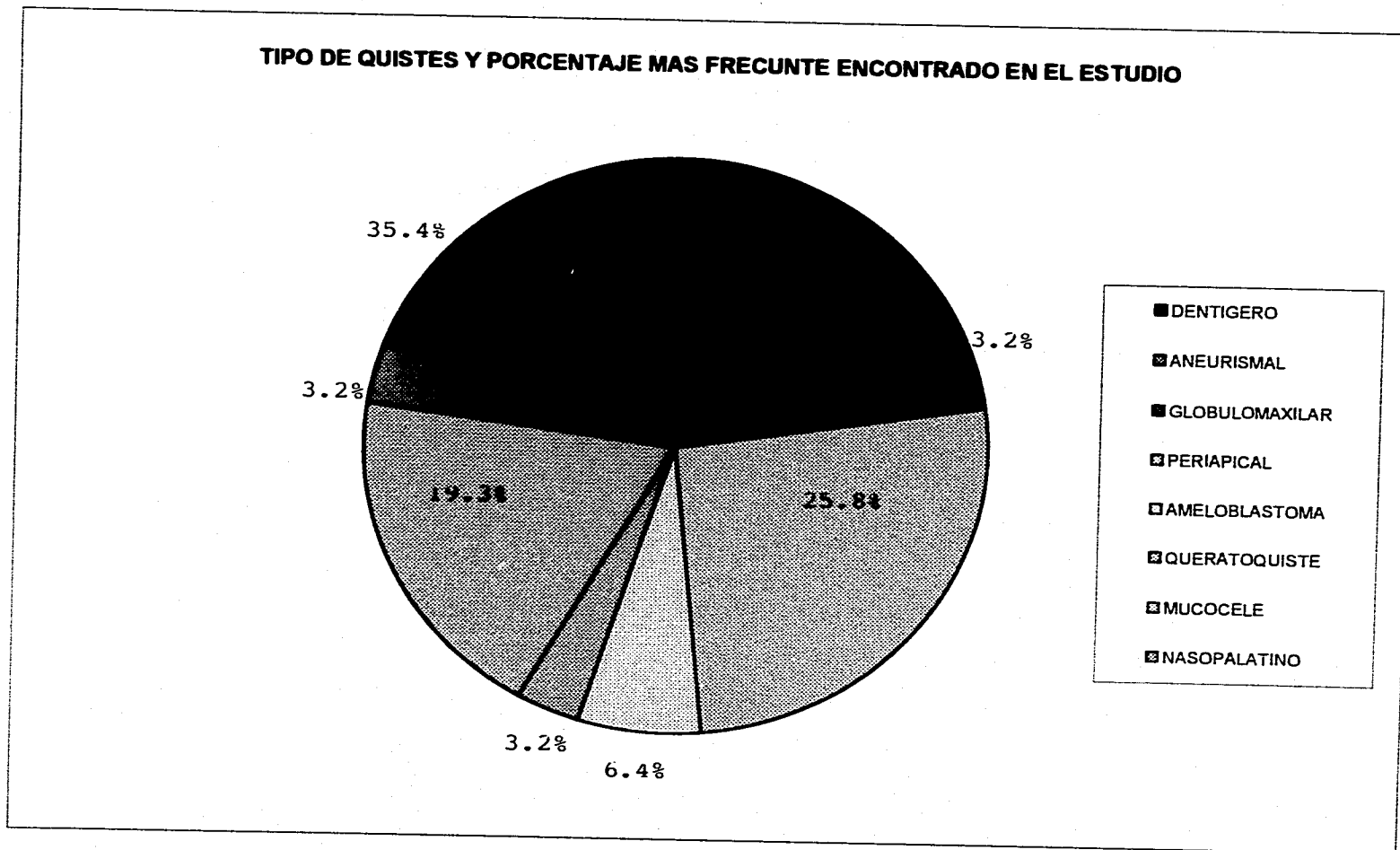
GRAFICA No. 4

TIPO DE QUISTES Y PORCENTAJE MAS FRECUENTE ENCONTRADO EN EL ESTUDIO



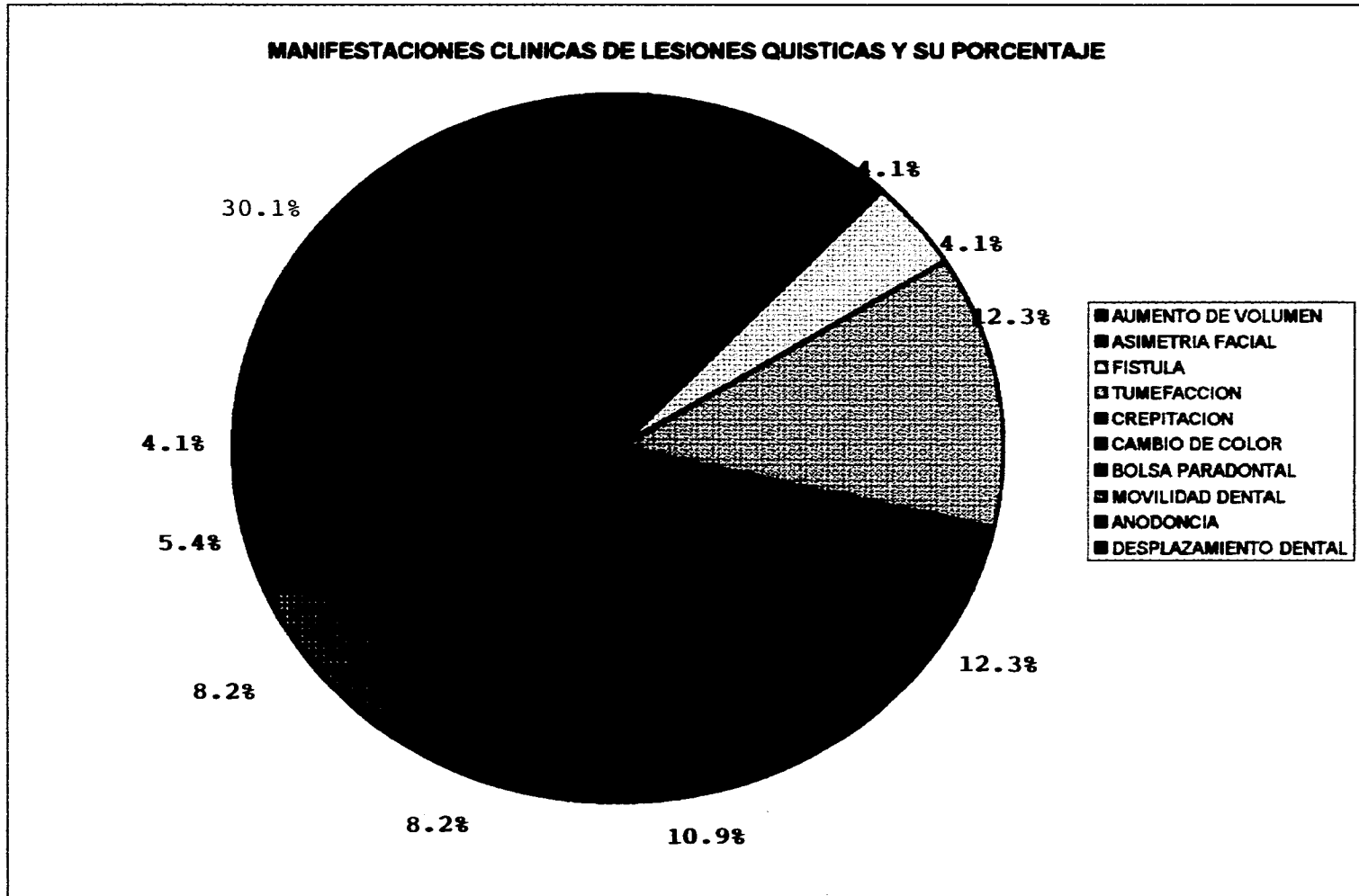
FUENTE: TABLA2

**GRAFICA No. 4**



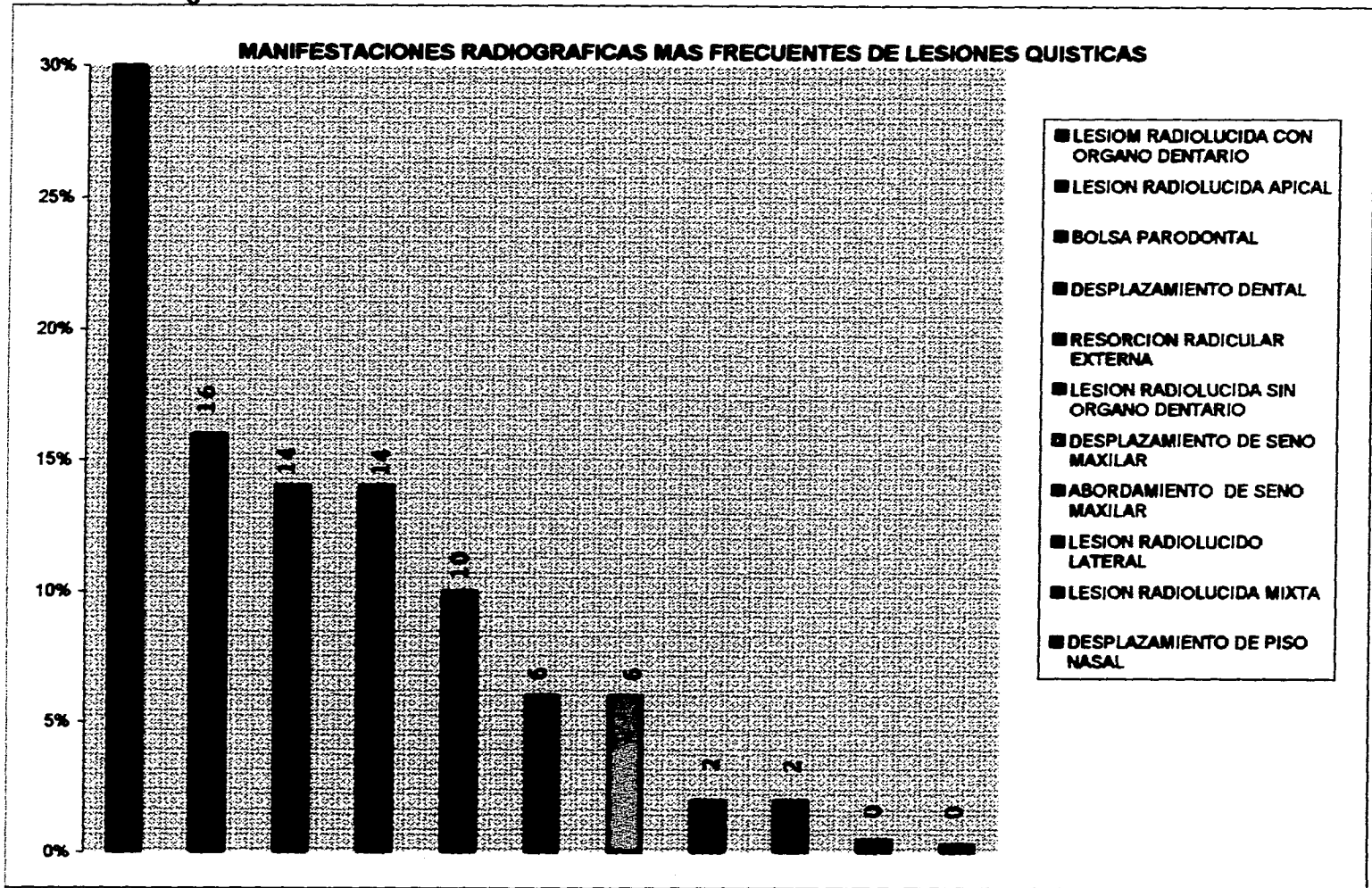
FUENTE: TABLA 2

**GRAFICA No. 5**



**FUENTE TABLA 3**

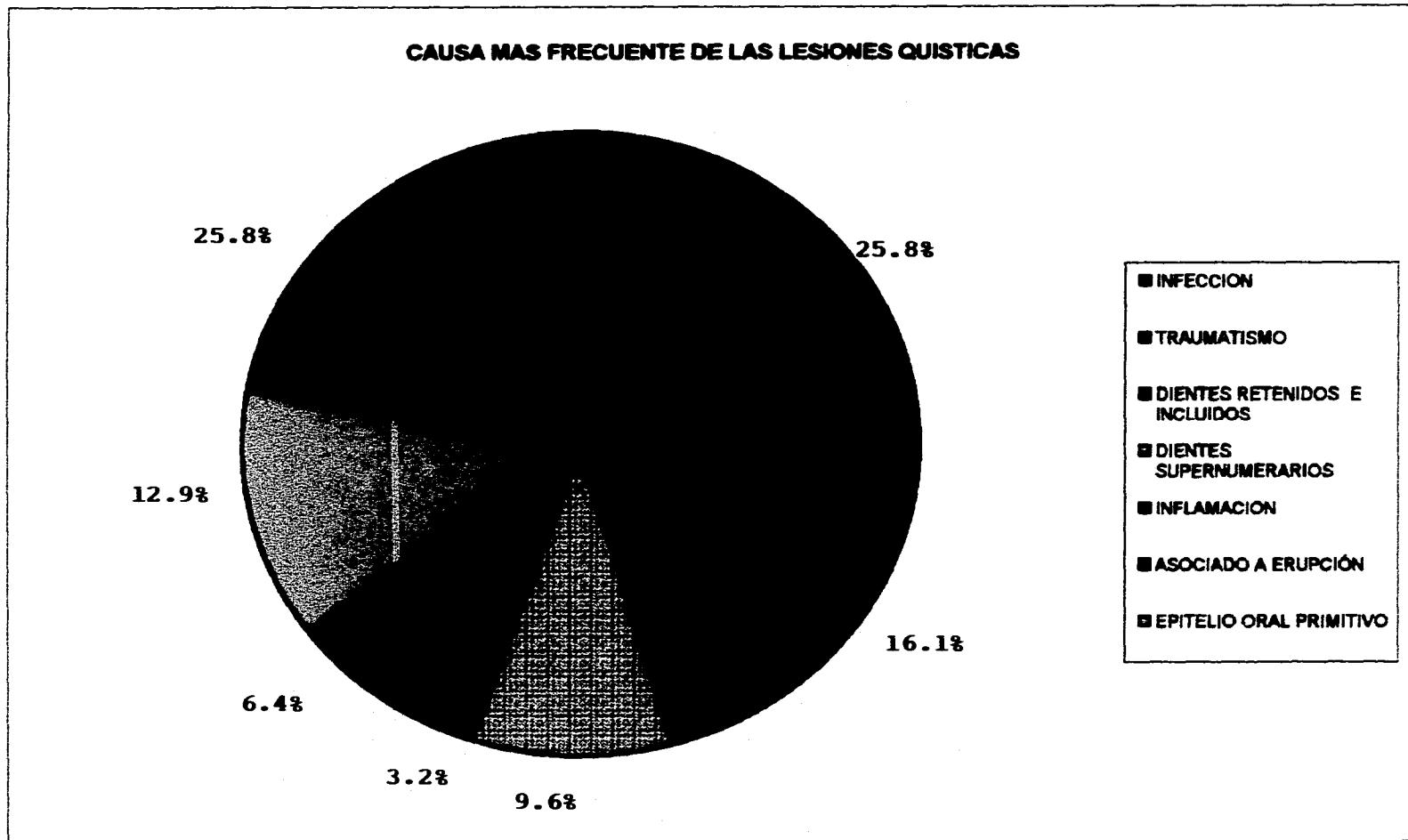
GRAFICA No. 6



FUENTE: TABLA 4



**GRAFICA No. 7**

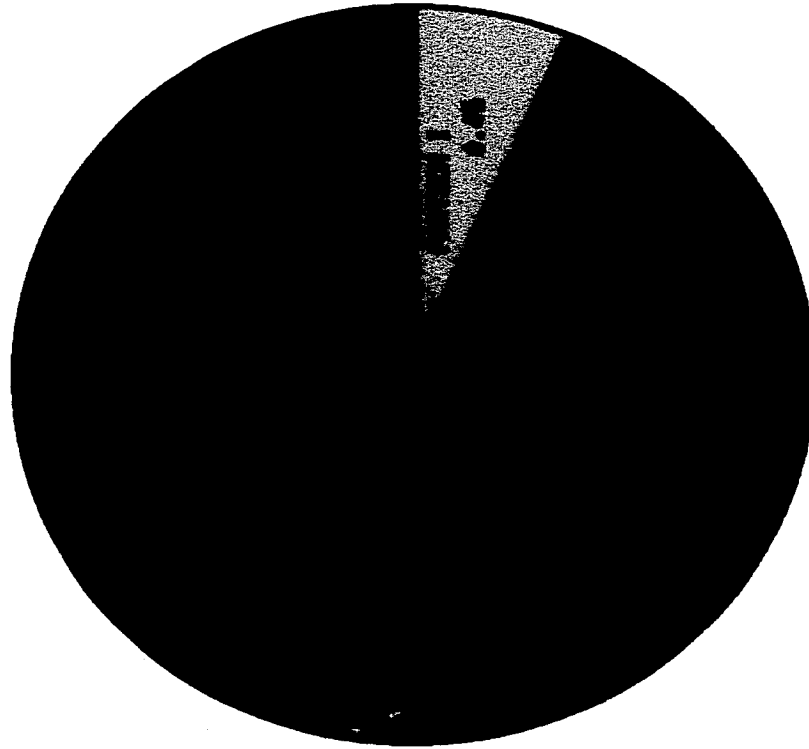


**FUENTE: TABLA 5**

**GRAFICA No. 8**

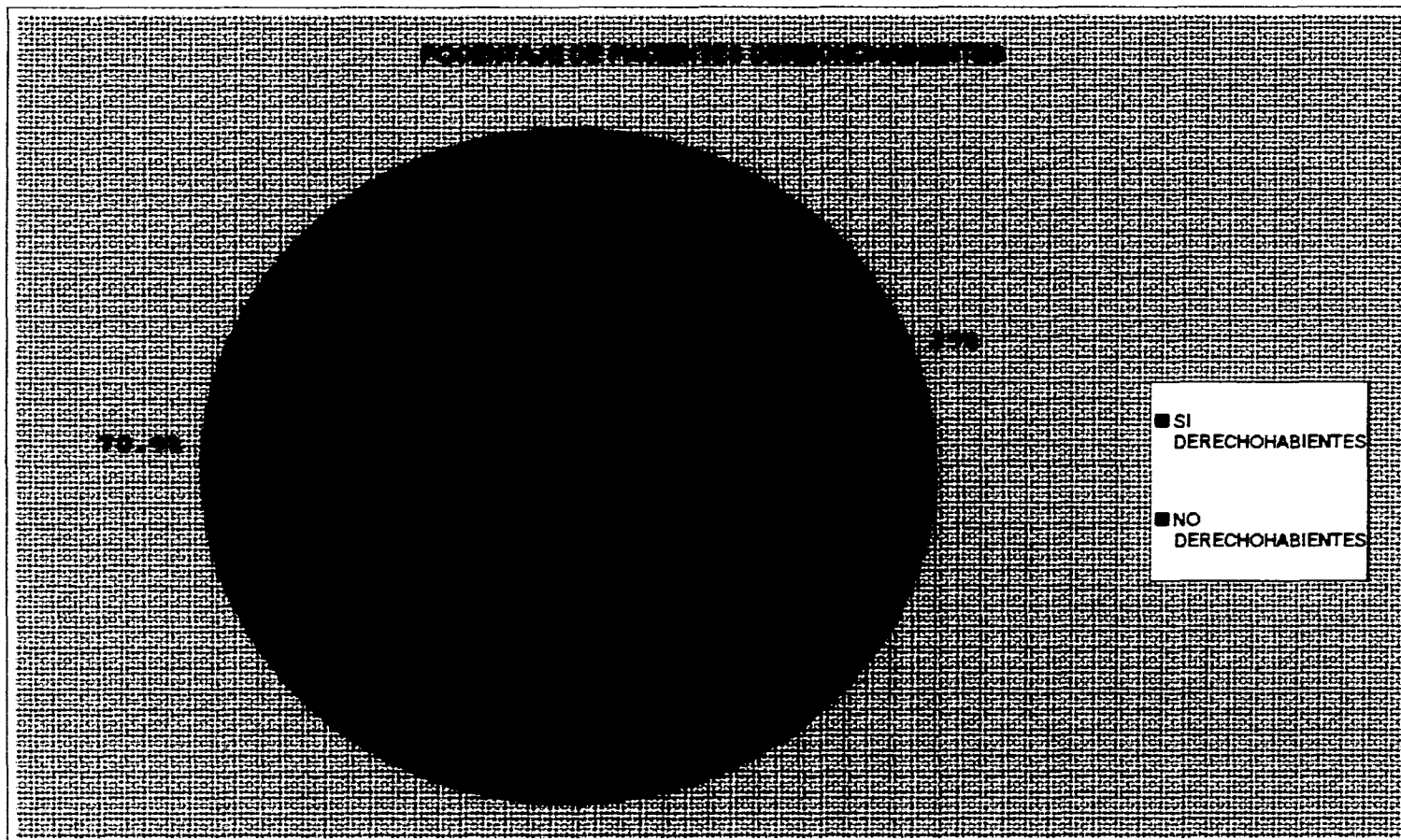
**PARTSCH I  
PARTSCH II**

**TIPO DE TRATAMIENTO DE LAS LESIONES QUISTICAS**



**FUENTE: TABLA 6**

GRAFICA No. 9



FUENTE: TABLA 7