

32ei



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

QUISTES DEL DESARROLLO
NO ODONTOGÉNICOS DEL MAXILAR

TESINA

Que para obtener el título de
Cirujano Dentista
presenta:

MARIO AGUILAR DOMINGUEZ

Asesor:

20-15-98

C.D. GABRIEL LORANCA FRAGOSO



FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA

Ciudad Universitaria, 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

262452



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

A MIS PADRES.

A ustedes que me apoyaron durante todos estos años de escuela y por hacerme llegar a donde estoy, por estar en los momentos buenos y malos de mi vida.

A MIS HERMANOS.

Daniel, Isabel y Enrique.

Que siempre han estado a mi lado en los momentos de alegría y de tristeza.

A MIS TÍOS Y PRIMOS.

Gracias por creer en mí y apoyarme.

A TODOS MIS AMIGOS.

Por todos los momentos felices que pasamos durante los años de escuela.

AL HONORABLE JURADO.

A quienes les agradezco por apoyarme en éste momento tan importante de mi vida.

A LOS DOCTORES.

Mil gracias por darme todos los conocimientos necesarios durante los cinco años de mi carrera.

CONTENIDO	PAGINAS
Introducción.	1
 QUISTES	
Definición de Quistes.	3
Clasificación de Quistes.	4
 ETIOLOGÍA DE LOS QUISTES FISURALES.	
 Factores de expansión quística	
 QUISTES FISURALES	
Quistes del conducto Nasopalatino.	14
 A) Sinonimia.	
B) Características clínicas.	
C) Características radiográficas.	
D) Características histológicas.	

E) Tratamientos.

Quiste Nasoalveolar. 19

A) Sinonimia.

B) Características clínicas

C) Características radiográficas.

D) Características histológicas.

E) Tratamiento.

Quiste Globulomaxilar. 24

A) Características clínicas.

B) Características radiográficas.

C) Características histológicas.

D) Tratamiento.

Quiste palatino medio. 29

A) Características clínicas.

B) Características radiográficas.

C) Características histológicas.

D) Tratamiento.

Quiste mandibular medio. 33

A) Características clínicas.

B) Características radiográficas.

C) Características histológicas.

D) Tratamiento

Quiste palatino de recién nacido. 36

A) Características clínicas.

B) Características radiográficas.

C) Características histológicas.

D) Tratamiento.

CONCLUSIONES. 38

BIBLIOGRAFIA. 40

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es dar a conocer que en la práctica odontológica es común encontrar lesiones en los tejidos blandos y duros, muchas de estas lesiones se pueden clasificar en lesiones benignas y malignas, por lo que es de vital interés para el odontólogo tener en cuenta una gran gama de métodos de diagnóstico que le permitan saber su naturaleza de estas lesiones.

En este trabajo hablaremos en especial de un tipo de lesiones a las que se les han considerado como producto de la presencia de restos epiteliales que quedaron atrapados en el momento de la fusión de las hendiduras y prominencias faciales en el inicio del desarrollo embrionario del paladar y la cara, estos son conocidos como quistes del desarrollo.

Por lo tanto abundaremos en la descripción de cada uno de estos quistes teniendo en cuenta sus características clínicas, su etiología, su aspecto histológico y radiográfico, el diagnóstico diferencial y por último su tratamiento, todo esto basado en una plataforma de información existente, tanto de investigadores, como tratados de Cirugía Maxilofacial o de Cirugía Odontostomatológica que actualmente se encuentran a nuestra disposición así como de los medios de diagnóstico clínico.

DEFINICIÓN DE QUISTE

Existe una gran controversia en la definición de quiste entre los investigadores e incluso entre la definición de varios diccionarios de las ciencias médicas.

Una de las definiciones de 1966 de Kelley y Kay dicen que un quiste es un saco revestido de epitelio y ocupado por material líquido o semilíquido.

Otra definición es la de Kramer en 1974 dice que quiste : "Es una cavidad patológica que tiene un material líquido, semilíquido o gaseoso, no creado por acumulación de pus, que a menudo, pero no siempre esta revestido de epitelio del mismo tipo"

Pero tal vez la definición más acertada y postulada por los autores Kelley y Kay en el año de 1966, es que: "El quiste se define como una cavidad anormal en tejidos duros o blandos que contienen material líquido, semilíquido, y a menudo se hayan encapsulados por tejido conectivo o revestidos por epitelio". (13)

CLASIFICACIÓN

Hay diversas clasificaciones de los quistes maxilares, considerando puntos de vista como patológicos, morfológicos, topográficos o clínicos.

La clasificación de quistes de cabeza y cuello, más comúnmente usada es la histopatológica, que es práctica para el estudio de los quistes, de la siguiente manera, clasificándolos en: (9)

QUISTES ODONTOGENICOS

- A) Quiste dentífero.
- B) Quiste de erupción.
- C) Quiste gingival del recién nacido.
- D) Quiste periodontal y gingival lateral.
- E) Quistes odontogénicos queratinizante y calcificante.
(Tumor quístico queratinizante)
- F) Quiste radicular (periapical)
- G) Queraloquiste odontogénico.
 - a) Quiste primordial.
 - b) Queratoquistes múltiples de los máxilares, carcinoma vasocelular, nevos cutáneos, múltiples y anomalías esqueléticas.

QUISTES NO ODONTOGÉNICOS Y FISURALES

- A) Quiste globulomaxilar (premaxila maxila).
- B) Quiste nasoalveolar (nasolabial, de Klecstadt).
- C) Quiste Nasopalatino (maxilar anterior medio, del conducto nasopalatino).
- D) Quiste mandibular medio y palatino medio.
- E) Quiste lingual anterior.
- F) Quiste dermoide y epidermoide.
- G) Quiste palatino del recién nacido.

QUISTES DE CUELLO, SUELO BUCAL Y GLÁNDULAS SALIVALES

- A) Quistes del conducto tirogloso.
- B) Quiste linfocelular (hendidura braquial).
- C) Quistes bucales con epitelio gástrico o intestinal.
- D) Quistes de las glándulas salivales.
- E) Mucoccele y Ranula.

PSEUDOQUISTES DE LOS MAXILARES

- A) Quiste óseo aneurismático.
- B) Quiste óseo esclítico.
- C) Quiste óseo << Traumático >> (Hemorrágico, solitario).

ETIOLOGIA DE LOS QUISTES FISURALES

Los quistes fisurales o fisurarios se dividen en tres tipos que están íntimamente relacionados con las hendiduras embrionarias así como la fusión de las apófisis embrionarias del desarrollo del maxilar superior, por lo cual se considera que su etiología es apartir de los restos de tejido epitelial que quedaron atrapados a lo largo de las líneas de fusión de las prolongaciones faciales en los procesos de la embriogénesis.

Los tipos de quistes que se presentan en el maxilar son los llamados quistes fisurales que son:

- A) Quistes del conducto nasopalatino.
- B) Quiste nasoalveolar.
- C) Quiste globulomaxilar.
- D) Quiste palatino medio.

Cada uno de estos tiene diferente etiología.

FACTORES DE EXPANSIÓN QUISTICA.

La expansión de los quistes se encuentra determinada por ciertos factores que dan inicio al crecimiento de los quistes. (24)

- 1.Proliferación epitelial.
- 2.Acumulación de contenidos celulares.
- 3.Crecimiento Hidroslático.
- 4.Factores de resorción ósea.
- 5.Actividad enzimática intracapsular.

El crecimiento de los quistes es demasiado lento y asintomático durante muchos años hasta que se presenta el aumento de volumen. (24)

PROLIFERACIÓN EPITELIAL.

El crecimiento periférico se atribuye a la división mitótica activa del revestimiento epitelial de los quistes. El factor o factores iniciadores de la activación de estos restos celulares no se conoce con certeza, aun que la evidencia que existe sugiere que los cambios locales en pH o en la tensión de dióxido de Carbono pudieran ser los responsables (Grupe y colbs). (24)

ACUMULACIÓN DE CONTENIDOS CELULARES.

Esta dada por la constante producción y acumulación de escamas del tejido epitelial en la luz del quiste. En 1977 Killey hace notar que la masa interna del quiste nunca está seca y no mas que semi - sólida; opina que un material cuyo intersticio estén llenos de líquido se comportan como líquidos y consecuentemente la presión interna permanece distribuida igualmente en toda la luz del quiste. (24)

CRECIMIENTO HIDROSTÁTICO.

El crecimiento es atribuido a la distensión de la pared quística por acumulación de líquidos por uno o varios de los siguientes procesos :

SECRECIÓN. Una de las evidencias de secreción intraquística que son las células mucosecretoras encontradas con cierta frecuencia en el revestimiento de los quistes.

TRANSUDACIÓN Y EXUDACIÓN. Esta conclusión se deriva del examen del contenido de proteínas y la gravedad específica del líquido quístico sin participación activa del epitelio en el agrandamiento del quiste.

Se considera que la exudación de un fluido rico en proteínas a través de los capilares, se hace por efecto de la inflamación aguda, ya que no pueden infectarse o inflamarse en condiciones normales .

DIÁLISIS. Toller en 1970 demostró que la osmolaridad del líquido del quiste es más alta que la del suero. Este gradiente se atribuye a la acumulación de proteínas de bajo peso molecular y a los productos liberados por las células del recubrimiento epitelial. Esta mantenido por la constante descamación epitelial que proveen las pequeñas moléculas proteicas que incrementan la presión osmótica del líquido quístico y por un acceso linfático inadecuado al lumen del quiste. (24)

FACTOR DE RESORCIÓN ÓSEA.

El requisito para que un quiste se expanda en el hueso es su habilidad para reabsorber el denso medio que lo rodea, 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. Existen varias sustancias capaces de activar a los osteoclastos para efectuar la resorción ósea; entre ellas destacan la vit. D, la hormona paratiroidea, el factor activador de los osteoclastos (linfiquina) y las prostaglandinas E y F. (24)

ACTIVIDAD ENZIMÁTICA INTRACAPSULAR.

El papel de la colagenasa en el crecimiento del quiste no se conoce. Sin embargo, Esto sugiere que la actividad colagenolítica puede explicar, al menos parcialmente, la separación entre tejido fibroso y el epitelio en los queratoquistes. (24)

CRECIMIENTO DE QUISTES INFLAMATORIOS

El crecimiento de éstos quistes está dado cuando no existe una ruta de evacuación del quiste, éste va aumentando su presión hidrostática, que activa el crecimiento mientras aumenta la presión intraquistica por:

Incremento de la osmolaridad y afluencia de líquidos en la luz del quiste

Secreción activa de elementos epiteliales y mesenquimatosos a la luz del quiste.

La presión hidrostática del quiste se opone a la eliminación de desechos por vía sanguínea o linfática, la inflamación provoca una respuesta autoinmune, frente al epitelio inflamado, y dentro de la luz del quiste, se produce un aumento de productos inflamatorios.

Se ha encontrado en investigaciones infiltrado de células inflamatorias formadas fundamentalmente por linfocitos y células plasmáticas, que contienen aproximadamente un 40% de inmunoglobulinas. (6)

CRECIMIENTO DE QUISTES NO INFLAMATORIOS

En el hueso se da una reabsorción por la presión que ejercen los quistes en desarrollo del saco quístico, éste crecimiento es de manera muy lenta, dentro de éste los leucocitos se encuentran reduciendo prostaglandinas, que estimulan a los osteoclastos y también desencadenan la resorción de hueso.

El periostio forma nuevo hueso, pero éste no se mantiene por mucho tiempo en la periferia del quiste convirtiéndose éste en una capa muy delgada que es fácil de reabsorberse continuamente.

En el caso, cuando el quiste es muy grande puede provocar una reabsorción total, del hueso, cuando el quiste se encuentra en la periferia de tejidos blandos o en el tejido blando.

En la mayoría de todos los quistes que se forman cerca de los dientes centrales, laterales y caninos del maxilar, éstos producen divergencia en las raíces y las coronas tienden a inclinarse unas con otras.

El saco quístico durante su crecimiento tiene contacto con el ápice de los dientes el cual puede provocar en caso muy remotos la pérdida de la vitalidad, cuando quedan incluidos vasos y nervios que dan vitalidad al diente dentro del saco quístico, por tanto no es posible evitar que cuando se extirpa el quiste, estos pierdan su vitalidad, pero por lo general los dientes no pierden su vitalidad.

Los quistes que afectan al seno maxilar durante su crecimiento pueden lograr hacer desaparecer todo el espacio del seno uniendo las dos capas mucosas (de techo y piso de seno), logrando una capa muy delgada de hueso mucosa y hueso del piso de la cavidad orbitaria, que si sigue creciendo este puede afectar al ojo. (6)

QUISTE DEL CONDUCTO NASOPALATINO

Este quiste se origina en el conducto nasopalatino, el cual une a la cavidad bucal con la nasal durante el periodo embrionario, en el cual quedan atrapados restos de epitelio oral y nasal, que dan origen al quiste del conducto nasopalatino. (3,6,7,8,9,11,13,23,25)

QUISTE NASOALVEOLAR

Se cree que su origen es de la unión de las apófisis palatinas de hueso maxilar y el septum nasal, quedando en la línea de fusión remanentes o atrapados de epitelio, que se transforman y dan origen al quiste y este puede ser unilateral o bilateralmente. (3,6,7,8,9, 23, 25)

QUISTE GLOBULOMAXILAR

Este quiste tiene su origen en la misma porción que el quiste nasopalatino sólo con la diferencia de que éste se forma en tejido blando y no en el hueso, originándose del epitelio residual del proceso palatino y del septum nasal que queda atrapado en el tejido blando, dando lugar al quiste. (3,6,7,8,9,23,25)

QUISTE PALATINO MEDIO

El quiste tiene origen en la línea de fusión de los procesos palatinos en donde quedan atrapados restos epiteliales que se degeneran y dan forma al quiste. (3,6,7,8,23.)

QUISTE DEL CONDUCTO NASOPALATINO

El quiste nasopalatino fue descrito por Meyer en 1914. Este quiste se presenta en el maxilar en su porción anterior localizado en la línea media en el conducto nasopalatino. Es considerado como un quiste fisural por su origen. Este quiste en todos los casos que se han reportado se presenta entre la cuarta y sexta década de la vida, no teniendo predilección por un sexo. (14)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Este quiste puede presentarse en la porción vestibular, cuando se encuentra la lesión dentro de conducto o por la parte palatina, cuando éste sólo afecta a la papila palatina a la altura de los dos incisivos centrales, teniendo como característica un abultamiento. En dicho abultamiento puede existir una fístula, siempre y cuando el quiste se haya infectado que puede ser visible clínicamente, presionando el quiste con una gasa, obteniendo pequeñas muestras de exudado purulento. Este quiste es asintomático, siempre y cuando no este infectado, teniendo sólo como queja el paciente el abultamiento, cuando ya es avanzado el crecimiento del quiste, teniendo cierta deformación de la bóveda palatina, que no permite la facilidad de deglución, y por la parte vestibular un pronunciamiento del labio superior. (2,4,5,6,8,14,15,16,17,18)

El quiste nasopalatino no tiene ninguna relación con algún problema pulpar, ni es consecuencia de algún tratamiento de conductos mal realizado, por lo cual se descarta que tenga un origen odontogénico. (8).

El descubrimiento de este quiste, cuando no existe abultamiento es accidental en los exámenes radiográficos de rutina.

Este se presenta en personas de la cuarta y sexta década de la vida no teniendo predilección por algún sexo. (23). fig. 1.

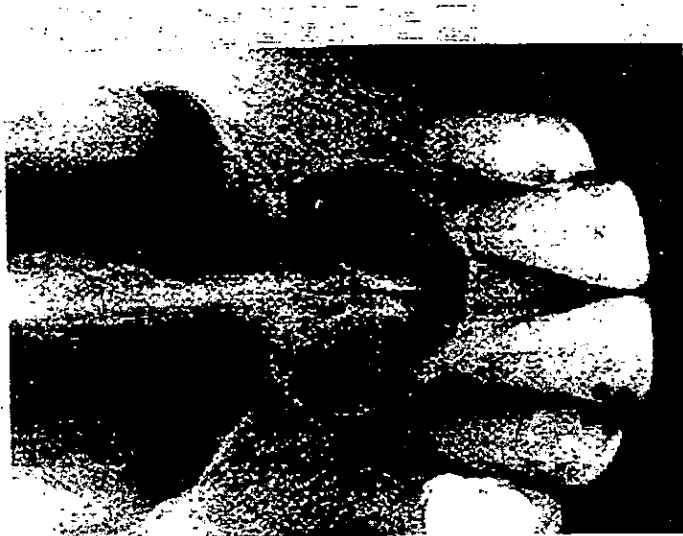


CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

Radiográficamente observamos una zona radio-lúcida bien delimitada, con bordes regulares radio-opacos, en forma de corazón, que se encuentra en la zona de raíces de los dos incisivos centrales.

En una radiografía intraoral podemos observar la lesión, teniendo como característica, la zona radio-lúcida que respeta las raíces, causando una divergencia de estas mismas, por lo regular esa zona radio-lúcida es de 7 a 8 mm, cuando este es pequeño, de 17 mm a 20, cuando éste es grande. (11)

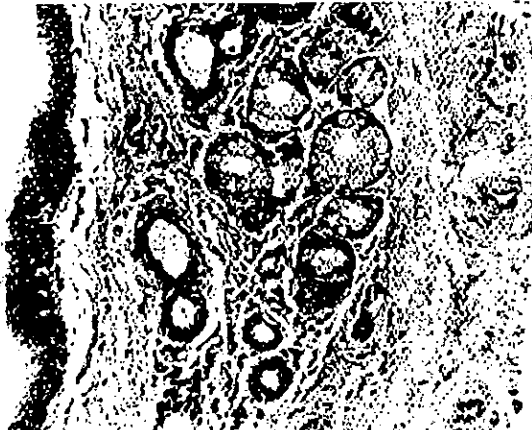
Esto lo podemos observar en una radiografía oclusal, o dentoalveolar, o directamente en una tomografía axial o coronal computarizada. (10,11,12). fig. 2.

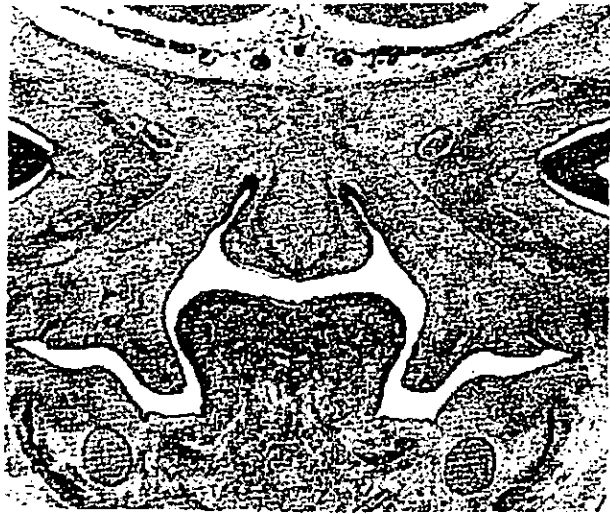


CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

El quiste nasopalatino se encuentra revestido por epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar pseudoestratificado y epitelio cuboidal, se puede presentar cualquiera de estas combinaciones. El tipo de epitelio que se encuentra en el quiste nos indica el origen del quiste del conducto que se compone de epitelio respiratorio en su porción nasal y escamoso en la bucal. La pared del quiste se compone de tejido conectivo y con frecuencia muestra infiltración de células inflamatorias. También se han encontrado glándulas mucosas, vasos sanguíneos y nervios.

Con éste se debe tener cuidado ya que se puede confundir con un quiste inflamatorio asociado con los dientes y evitar la extracción errónea de los dientes. (7,8,11). fig. 3, 4.





TRATAMIENTO

El tratamiento del quiste del conducto nasopalatino es quirúrgico, teniendo como primera elección, la enucleación cuando el quiste no es de grandes dimensiones.

Otra opción que es válida cuando el quiste es de grandes dimensiones es la marsupialización de éste para permitirle al hueso su regeneración y evitar la extensa cavidad que se dejaría después de la enucleación, así evitando una posible fractura causada por algún agente externo. Posterior a éste se considera la enucleación cuando el hueso se ha regenerado parcialmente, para poder eliminar los restos de este quiste. (2,3,6,8,11)

QUISTE NASOALVEOLAR

(Quiste nasolabial, Quiste de Klestadt)

Este quiste no se encuentra directamente en el hueso, pero si en los tejidos blandos de la zona anterior del maxilar.

Se han usado otras designaciones para este quiste como la de alveolar extra nasal, quiste vestibulo nasal, quiste del ala de la nariz y quiste mucoide de la nariz, estas designaciones no han sido aceptadas, pero algunos autores prefieren utilizarlas.

Este se presenta frecuentemente entre la tercera, cuarta y quinta década de la vida, según los estudios de Roed-Petersen, teniendo una predilección del sexo femenino. (8)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Este produce un abultamiento externo del labio superior, el cual desplaza el cartilago del ala de la nariz, debido al crecimiento de este provoca distorsión por la expansión del tejido, obstruyendo las vías respiratorias.

Intraoralmente podemos observarlo debido a la protrucción del labio hacia abajo en la parte del vestibulo en el fondo de saco, observando el borde inferior del quiste, el cual podemos palpar.

Este no presenta ninguna sintomatología de dolor, teniendo sólo en cuenta la deformación facial, que en ciertos casos puede ser exagerada, dependiendo si el tiempo de evolución del quiste si es avanzado, en estos casos el paciente refiere dificultad de respirar o no puede respirar por la nariz y en casos muy remotos se puede presentar bilateralmente este quiste. (4,6,8,11,19,23). Fig. 5.



CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.

El problema de detección radiográfica de éste quiste, es que en una radiografía intraoral no se observa, teniendo en cuenta que éste se presenta en tejidos blandos.

Para la observación radiográfica de éste es necesario infiltrar soluciones radiofluorescentes para su observación en una radiografía intraoral como lo es la oclusal.

También en la radiografía podemos observar una concavidad ya sea unilateral o bilateral dependiendo como se presente el quiste y la presión que ejerza en contra del maxilar. (8,11,12). Fig. 6.



CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Este quiste puede estar revestido por epitelio columnar pseudoestratificado, y algunas veces con células caliciformes por epitelio escamoso estratificado. Dentro del cual se pueden desarrollar pequeños quistes, por la secreción de moco. El contenido de este quiste es moco debido a la presencia de glándulas secretoras de moco, atrapadas en el epitelio del quiste y sin cristales de colesterol. (7,8,11,18). Fig. 7.



TRATAMIENTO

El tratamiento del quiste nasoalveolar es la eliminación quirúrgica, el abordaje de éste es intrabucal. El acto quirúrgico puede complicarse por la perforación de la mucosa nasal, teniendo cuidado al separar el recubrimiento del quiste de la mucosa circundante. Esto cuando es hacia la nariz, debe tenerse en cuenta que el saco puede estar adherido fuertemente al borde del ala de la nariz.

Al momento que hacemos la enucleación total del quiste no tenemos el problema que se presenta en hueso de que quede una cavidad grande como es el caso de otros quistes que se presentan en hueso, teniendo en cuenta que éste es en tejido blando y al eliminar la presión de los tejidos blandos estos se contraen teniendo la posibilidad de tener que someter al paciente a cirugía plástica correctiva ocasionada por la deformación que pudiese haber afectado a los cartílagos nasales. (4,6).

QUISTE GLOBULOMAXILAR

Este quiste se localiza dentro de hueso en la línea de fusión del proceso del maxilar lateral y la premaxila. Generalmente se encuentra en la parte anterior a nivel de incisivo lateral y canino.

Este quiste puede tener diagnóstico diferencial con el quiste foliular ya que este no deriva de estructuras dentarias, no suele ser difícil que este se pueda confundir con un quiste radicular del incisivo lateral. Se han descrito carcinomas y ameloblastoma desarrollados a partir de un quiste globulomaxilar. (8).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El quiste globulomaxilar permanece asintomático durante un largo periodo de tiempo. Se presenta una convergencia de las coronas de lateral y canino sobre el eje longitudinal, debido a la presión que ejerce el quiste sobre las raíces.

Algunas veces este se puede detectar por una pequeña fístula que se presenta en el reborde alveolar y puede presentarse una tumefacción en paladar o en vestibulo dependiendo donde se facilite la expansión del quiste.

Este tiene la posibilidad de que en su expansión llegue hacia cavidad nasal, provocando prominencias en el suelo de esta, otro dato clínico característico de este quiste es que los dientes adyacentes a este conservan su vitalidad.

En los casos que se han registrado es muy raro que este quiste se presente bilateralmente, también rara vez infectándose y como principal signo de infección, presentándose una fistula, teniendo como queja la molestia local, o dolor de esta zona si es que es muy grande la expansión del quiste y si se encuentra infectado, al igual que su descubrimiento como los otros quistes mencionados anteriormente son accidentales por exámenes radiográficos de rutina teniendo en cuenta que no presentan alguna sintomatología. (11.21)

Se presenta entre la tercera y cuarta década de la vida, no teniendo predilección por algún sexo. (23) Fig. 8.



CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

Este quiste aparece de manera típica en la radiografía intrabucal como una área radio -lucida en forma de pera invertida entre las raíces de los incisivos laterales y los caninos del maxilar causando divergencia de las raíces de éstos dientes, es un hecho interesante el que haya varios casos conocidos de quistes globulomaxilares bilaterales.

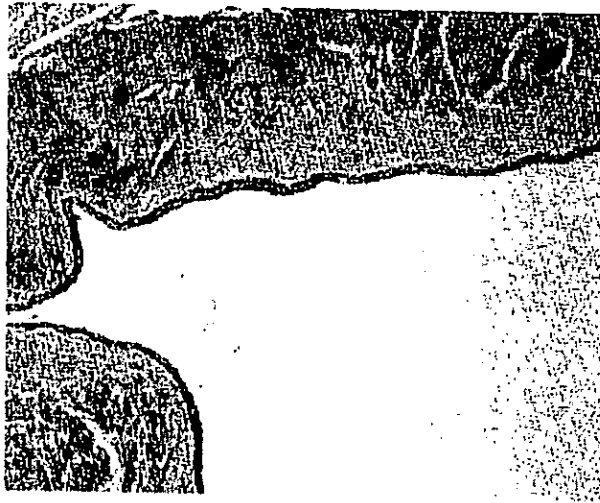
Este tipo de quiste se puede observar en tres tipos de radiografías, como lo es la dentoalveolar, la oclusal así como en la tomografía axial computarizada. (8,11,12). Fig. 9,10.

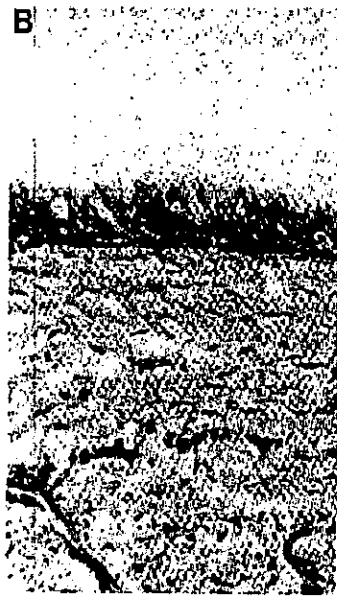
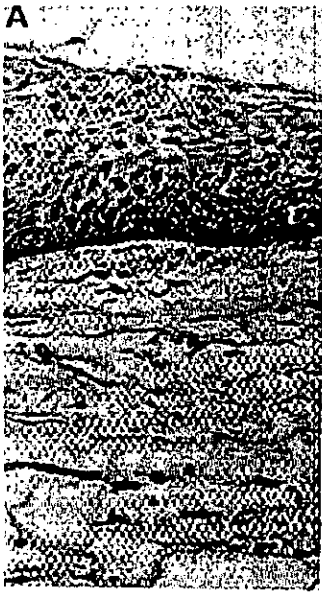




CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

El quiste globulomaxilar se encuentra revestido por epitelio escamoso estratificado o en algunas ocasiones por epitelio columnar ciliado. Su pared está constituida por tejido conectivo fibroso, la cual presenta infiltrado de células inflamatorias. (7,8,11,25). Fig. 11, 12.





TRATAMIENTO

El tratamiento de la primera elección, para este quiste es la enucleación, para realizar la enucleación de este quiste hay que tomar en cuenta el tamaño de éste, si es demasiado grande no es conveniente dejar en el hueso maxilar una cavidad tan grande, derivada de la enucleación del quiste.

Una de las alternativas en caso que el quiste fuese muy grande, es la marsupialización, para permitir la descompresión y cierto grado de regeneración ósea y evitar que quede una gran cavidad, posteriormente a este procedimiento hay que considerar la enucleación, para eliminar todo resto de quiste, y evitar una posible recidiva, logrando así una cavidad más pequeña.

En algunos casos al hacer la enucleación del quiste, es inevitable que se pierdan los dientes adyacentes a este quiste, ya que han perdido todo su soporte óseo.(2,4,6,8)

QUISTE PALATINO MEDIO

Este es uno de los quistes fisurales que se presentan en la línea media del paladar, en la línea de fusión de ambos procesos palatinos, a la altura de premolares y molares. Es raro y se presenta en pacientes adultos de ambos sexos. (7,8)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

El quiste palatino medio es asintomático, tiene un periodo de crecimiento muy prolongado y produce una tumefacción en la línea media del paladar que es visible clínicamente. (3,6,8)

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.

En radiografía intraorales como la oclusal se observa una zona radio-lúcida bien circunscrita de forma circular u ovalada en la región de premolares y molares, con frecuencia bordeada de una capa esclerótica de hueso, éste puede tener diferentes tamaños,

Otro tipo de examen radiográfico en el que podemos ver al quiste palatino medio es la tomografía axial computarizada. (8,11,12). fig. 13.



CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

Se encuentra revestido por epitelio escamoso estratificado, que cubre una banda de tejido fibroso relativamente denso, en la cual hay evidencia de infiltrado de células inflamatorias, también se han encontrado con revestimientos de epitelio columnar ciliar pseudoestratificado o incluso por epitelio escamoso "modificado". En los estudios señalados por Courage y colaboradores. (7,8,11,25)

TRATAMIENTO

El tratamiento de este quiste, es la extirpación quirúrgica de toda la lesión, teniendo en cuenta su tamaño, si éste es muy grande tendremos que llenar la cavidad con material de relleno. (4,6,11)

QUISTE MANDIBULAR MEDIO

Este se desarrolla en la línea media de la mandíbula, su presencia es muy rara, y existe una gran controversia con su etiología, ya que algunos autores lo consideran como quiste del desarrollo, proveniente de remanentes epiteliales atrapados en la fisura mandibular, durante la fusión de los arcos mandibulares. Otros creen que su origen es de tipo odontogénico, como si fuese un quiste primordial, originado de un órgano supernumerario del esmalte del segmento mandibular. Fácilmente puede ser también confundido por quiste periodontal lateral ubicado en la línea media de la mandíbula. (3,6,8,11).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

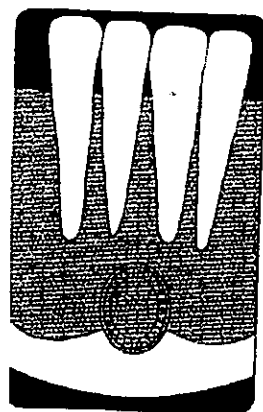
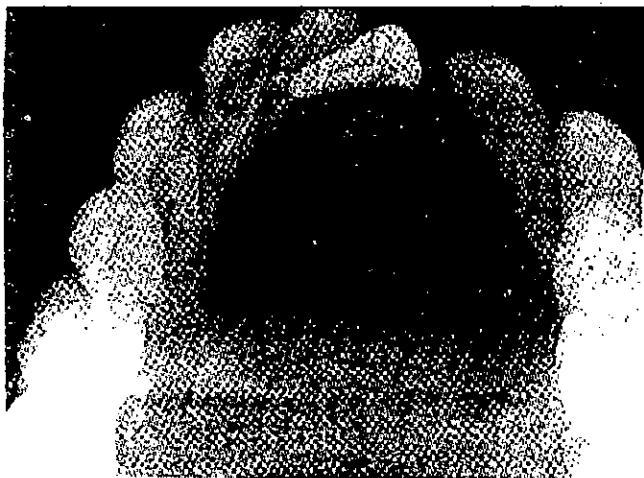
Estos quistes la mayoría de las veces son descubiertos por exámenes radiográficos de rutina, clínicamente son asintomáticos, rara vez producen expansión en la placa cortical del hueso y en los dientes adyacentes, la cual puede provocar la pérdida de la vitalidad de estas piezas, en algunos casos y en otros no sufre ninguna alteración la vitalidad.

Se presenta en personas adultas de la tercera y sexta década de la vida, sin predilección de algún sexo. (3,6,8,11)

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

Las radiografías intraorales parece una zona radio-lúcida, unilocular, bien definida, y en algunas ocasiones esta puede ser multilocular en la zona anterior de la mandíbula (línea media).

Este se puede confundir con un quiste periodontal lateral debido a su posición. (10,11,12). fig. 14, 15.



CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

El método que se utiliza para saber de que tipo de quiste se trata es el histológico, para saber su origen, es decir , si es de origen odontogénico o no y poder dar el diagnóstico.

Cuando éste no es de origen odontogénico, encontramos epitelio escamoso estratificado delgado , con presencia de pliegues y proyecciones revistiendo la luz del quiste, pero en otros casos puede estar revestido por epitelio columnar ciliado pseudoestratificado. (8,11).

TRATAMIENTO

Poco se conoce del tratamiento de éste quiste debido a su rara frecuencia, pero se sigue el principio de extirpación total del quiste, conservando los órganos dentarios. (6,8).

QUISTE PALATINO DEL RECIÉN NACIDO

(Perlas de Epstein, o nódulos de Bohn)

Este fue descrito por Epstein en 1980, él lo describe como múltiples quistes que se presentan en el feto, así como neonatos. Borhn describe que se encuentran sobre paladar duro, más abundantes en la unión de paladar duro y blando.

Epstein dice que las lesiones son más prominentes a lo largo del rafe medio del paladar duro, que parecen derivarse de restos epiteliales atrapados a lo largo de la línea de fusión, éstos también pueden aparecer en el reborde alveolar del recién nacido, se consideraba que podían ser remanentes de la lámina dental, lo cual le daba un origen odontogénico, pero a este tipo se le llama "quistes del recién nacido". (8,9).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Los tipos de quistes descritos por Borhn y por Epstein aparecen como nódulos elevados pequeño de color blanco blanco amarillento, que cuentan con un diámetro de 2 a 3 mm, en forma de racimos a lo largo de la unión del paladar duro y blando, o en una modalidad de línea o dispersos en el paladar duro. la localización más común de estos es superficial a lo largo del rafe medio siendo asintomáticos.

Estas lesiones no se pueden observar radiográficamente, debido a que se encuentran en tejido blando.

Aparecen durante el periodo embrionario y desaparecen en el primer mes de vida sin ningún tratamiento. (8,9).

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Estos quistes están revestidos por una capa delgada y comprimida de epitelio escamosos estratificado, por lo general, se encuentran llenos de ortoqueratina y paraqueratina. (8,9).

TRATAMIENTO

Este tipo de quistes no necesita tratamiento que por si solos desaparecen por una automarsupialización cuando se agrandan y entran en contacto con el epitelio conectivo.(8,9).

CONCLUSIONES.

En éste trabajo se recopilaron datos de los quistes fisurales que mas comúnmente se presentan en el hueso maxilar.

Los quistes fisurales son poco frecuentes en el maxilar y por lo regular se presentan entre la tercera, cuarta, quinta y sexta década de la vida del ser humano. Éste se puede presentar en ambos sexos pero se tiene mayor predilección por el sexo femenino en el caso del quiste globulomaxilar. No por esta razón se deben descartar de todos los pacientes. (8,11).

Para el diagnóstico de los quistes se debe tener en cuenta las características clínicas, como su localización dentro de la cavidad oral y el aspecto clínico que presenta, aspectos radiográficos, la interpretación que tiene en una radiografía ya sea intraoral o extraoral como la tomografía axial o coronal computarizada, pero fundamentalmente el diagnóstico es histopatológico, lo que nos descarta a los diagnósticos diferenciales con quistes de origen odontogénico con los que se pueden confundir, ya que estos se pueden confundir radiográficamente unos con otros.

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

En cuanto a los tratamientos de los quistes se debe tomar en cuenta el lamaño de los quistes, ya que cuando estos son de dimensiones muy grandes al extirparse quirúrgicamente deja grandes cavidades en las que es imposible rellenarlas de material de osteoinducción para regenerar el hueso . (6).

En otros caso se hace la marsupialización del quiste para evitar la utilización de demasiado material de relleno, con esto se permite que el uso se decomprime y empiece a regenerarse lentamente y posteriormente hacer la enucleación del quiste que quede remanente para evitar una posible residiva de éste. (6).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1) Raspail Guillermo. Cirugía Oral. Editorial Panamericana. Madrid. pp. 291. 1994.
- 2) Kruguer O. G. Tratado de Cirugía Bucal. Editorial Interamericana. Segunda edición. México. pp. 196 - 200. 1978.
- 3) López Arranz J. S. Cirugía Oral. Editorial McGraw Hill. Interamericana. Madrid. pp. 502 - 509. 1997.
- 4) Waite E. Daniel. Tratado de Cirugía Bucal Practica. Editorial Continental México. pp. 324 - 339. 1984.
- 5) Guralnick Waller C. Tratado de Cirugía Oral. Editorial Salvat. Barcelona (España). pp. 422 - 427. 1971.
- 6) Horeh H. H. Cirugía Odontostomatológica. Editorial Masson Salvat (Odontológicas). Barcelona. (España). pp. 275 - 339. 1992.
- 7) Regezi A. Joseph. Patología Oral. McGraw Hill Interamericana. Segunda edición. pp. 356 - 360. 1995.
- 8) Shafer G. William. Tratado de Patología Bucal. Editorial Interamericana. Cuarta edición. México. pp. 70 - 79. 1986.

- 9) THOMA. Gorlin, J. Robert. D. D. S. , M. S. Golmand M. Golmand. D. M. D. Patología Oral. Editorial. Salvat . Barcelona. (España). pp. 487-489, 501-506. 1981.
- 10) Pasler. A. Friedrich. Atlas de Radiología Odontológica. Editorial. Masson - Salvat (Odontológica). Barcelona (España). pp 191-193. 1992.
- 11) Shear. Meryn, Cysts of the Oral Regions. Editorial. Wright, Great tercera edición. Britain. pp 111-135. 1992.
- 12) Poylon. H. Guy. Radiología Bucal. Editorial. Interamericana. México. pp. 198-201. 1991.
- 13) Iaskin. M. Daniel. Cirugía Bucal y Maxilofacial. Editorial Médica Panamericana. Argentina. pp. 461-468. 1987.
- 14) Johnson David Gnanasekhar, Sudhir Vishwanath Walvekar, Abdulrahman Mohammed Al Kandari. Misdiagnosis and mismanagement of a nasopalatine duct cyst and its corrective therapy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 80 : 460 - 470. 1995.
- 15) R. H. B. Allar K. de Vries. and W. A. M. van der Kawast. Persisting bilateral nasopalatine ducts: A developmental anomaly. Departament Oral

and Maxillofacial Surgery, Medical Teaching Hospital, Free University. 53
Numbre 1 : 24-26. 1982.

16) Swanson KS, Kauggars GE, Gunsolley JC. analysis of 334 cases.
Nasopalatine duct cyst: an J. Oral Maxillofac Surg 49: 268-271. 1991.

17) Rilsuo Takagi, Yasushi Ohashi and Makoto Suzuki. Squamous Cell
Carcinoma From a Nasaopalatine Duct Cyst: Report of case. J. Oral
Maxillofac Surg 54: 112-115. 1996.

18) Y Bodin, G. Isaesson and P. Julin. Cysts of the nasopalatine duct. J.
Oral Maxillofac. Surg. 15: 696-706. 1986.

19) Mark A. Cohen, Yancu Hertzanu. Huge growth potential of the
nasalabial cyst. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol. 59: 441-445. 1985.

20) Nisha J. D Silva and Leigh Anderson, Seattle, Department of oral
Biology, University of Washington. Globulomaxillary cyst revisited. Oral
Surg Oral Med Oral Pathol 76 : 182-184. 1993.

- 21) George P. Wysocki and Lawrence Y. Goldblatt. "The so-called "globulomaxillary cysts" is extinct. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology august pp. 185- 186. 1993.
- 22) Harnisch. Herber. Clínica y Terapéutica de los Quistes Maxilares . Editorial. Buch -und Zeitschriften- Verlag << Die Quintessenz >> Berlín y Chicago pp. 17, 24- 25. 1973.
- 23) Eversole. R. Lewis. Patología Bucal Diagnóstico y Tratamiento. Editorial Panamericana. Argentina. pp. 117, 133, 200, 201. 1991.
- 24) Mosqueda Taylor Adalberto y Deister Mateos Augenio . Los factores de expansion en quistes odontogénicos. Revista de la Asociación Dental Mexicana Vol. ano. pp. 13- 20
- 25) Portilla Robertson Javier Texto de Patología Oral. Editorial. El Ateneo. México pp. 61- 63. 1989.