

15834



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

QUISTES DE ORIGEN ODONTOGÉNICO

TESINA

Que para obtener el título de
Cirujano Dentista
presenta:

SAMIA GUZMÁN RAMÍREZ

Asesor:

20-05-98

C.D. GABRIEL LORANCA FRAGOSO



Ciudad Universitaria, 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

26 95-97



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 la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme dado la oportunidad de ingresar a esta querida facultad de Odontología, así, como a los profesores que de alguna manera influyeron en mi, durante toda la carrera.

Al C.D. Gabriel Loranca Fragoso, por todo el apoyo que me brindó en el transcurso de esta tesina, además por haber compartido conocimientos y experiencias que, con seguridad, me servirán en mi vida profesional.

A la C.D. Rocio Gloria Fernández, por ayudarme a lo largo de este curso y en la realización de este trabajo, por compartir su experiencia que durante largo tiempo ha adquirido y por hacerme reflexionar que siempre debemos estudiar y prepararnos, para ser mejor tanto humanamente como en el desempeño profesional

A Azucena Arenas, por sus acertados consejos y ayuda que siempre me brindó.

Por último a todos mis compañeros de la carrera que de una manera u otra me hicieron comprender lo importante de una verdadera amistad.

DEDICATORIAS:

Dedico este trabajo con mucho amor:

A DIOS:

Que nunca me ha abandonado

A MI MADRE:

Por todo el esfuerzo, amor y dedicación que puso durante el transcurso de toda mi vida, para que yo pudiera obtener una educación profesional y por ser la mujer que es mi ejemplo y mi guía.

A MI PADRE:

Por que siempre esta junto a mi a pesar de todo, por ser mi aliciente y por que lo quiero mucho.

A MIS HERMANOS:

Erick, Noemí y Zaira, por su amor, comprensión y apoyo, y por que son lo más importante en mi vida.

A MIS TÍOS

Ernesto y Socorro, por todo el cariño que siempre me han dado.

A MIS PRIMAS:

Karina, Griselda, Mayra y Yazmín, por que sé que cuento con ellas incondicionalmente y por los momentos tan felices que hemos pasado juntas.

A MIS PADRINOS:

Rutilio y Rebeca por que ha pesar de la distancia siempre están en mi corazón, al igual que Adriana, Gabi y Mariana.

A MIS ABUELOS:

Odón y Francisca, por que son las raíces de un árbol que comienza a dar frutos.

A MARISOL:

Por comprender junto a ella el significado de una amistad verdadera e incondicional.

A MIS AMIGOS:

Por la compañía y el cariño que me han dado y por que están aquí en el momento justo.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. CARACTERÍSTICAS GENERALES.....	2
1.1 DEFINICIÓN.....	2
1.2 HISTOGÉNESIS.....	3
1.2.1 FACTORES DE EXPANSIÓN QUÍSTICA.....	3
1.3 CLASIFICACIÓN.....	4
QUISTE PRIMORDIAL.....	6
QUISTE GINGIVAL.....	8
QUISTE DENTÍGERO.....	10
QUERATOQUISTE.....	12
QUISTE PERIODONTAL.....	14
QUISTE CACIFICANTE ODONTÓGENO.....	21
2.SIGNOS, SÍNTOMAS, DIAGNOSTICO GENERAL Y CLÍNICO DE LOS QUISTES DE ORIGEN ODONTOGÉNICO.....	24
2.1SÍNTOMAS.....	24
2.2 SIGNOS.....	24
2.3 DIAGNÓSTICO.....	25
3. TRATAMIENTO DE LOS QUISTES ODONTOGÉNICOS	29
3.1 CISTOSTOMÍA.....	31
3.3 CISTECTOMÍA.....	32

3.3 ELECCIÓN DEL MÉTODO QUIRÚRGICO.....	34
3.4 INDICACIÓN DE LOS MÉTODOS QUIRÚRGICOS.....	35
3.5 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN LAS LESIONES QUÍSTICAS.....	36
CONCLUSIONES.....	39
BIBLIOGRAFÍA.....	41

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se inicia por el interés particular que existe, por conocer y dar a conocer los diferentes quistes de origen odontogénico que se presentan en la cavidad oral así, como las formas habituales de diagnóstico y tratamiento de estas lesiones.

Por lo anterior, se ha fijado como objetivo, que se logre dar una descripción, diferenciación y diagnóstico de los quistes de origen odontogénico, para conocer el tratamiento adecuado para ellos.

Dadas las características en los signos y síntomas de estas patologías, es muy difícil identificarlos, muchas veces tempranamente, por lo que es necesario conocer muy bien las características clínicas y de desarrollo de cada uno de ellos y así, hacer un efectivo diagnóstico y posteriormente un adecuado tratamiento.

Para cumplir con los propósitos del presente trabajo, se ha realizado una investigación en el campo documental, que permite brindar la información de las características de estas lesiones.

La información se brindará en tres apartados, que son los siguientes: Un primer apartado, que describirá las generalidades de los quistes, mismas que se refieren a la clasificación, etiología, examen radiográfico, incidencia, localización y diagnóstico diferencial de cada uno de ellos, así, como su pronóstico.

En el segundo apartado se tratarán, los signos y síntomas, así como los métodos de diagnóstico necesarios para reconocer este tipo de patologías.

El tercer apartado, se ha referido al tratamiento más adecuado para cada uno de los quistes así, como las indicaciones para cada tipo de tratamiento.

1.- CARACTERÍSTICAS GENERALES

Para poder dar a conocer los diferentes quistes, que a continuación se describirán, se pensó que es importante mencionar en forma general y concisa las características globales de los quistes.

1.1 DEFINICIÓN

Se define la palabra Quiste en el diccionario práctico de medicina como sigue: "Quiste" (del griego: *kystis*= vesícula). Y la definición general que se utiliza es: "Saco revestido de epitelio y ocupado por un líquido".

Tal vez una definición más completa y más apropiada para definir esta entidad patológica sea:

"El quiste es una cavidad patológica en tejidos blandos o duros que contiene material líquido, semilíquido o gaseoso y a menudo se halla encapsulado y revestida de epitelio"

Los quistes son formaciones benignas; su posible y ocasional degeneración maligna no es una propiedad específica de estos. Los quistes aparecen con relativa frecuencia en/o junto a los huesos maxilares; menos a menudo se localizan en las partes blandas de cara y cuello.

1.2 HISTOGÉNESIS

Los quistes de los maxilares y de la cavidad bucal son, principalmente, de etiología odontogena (quistes odontógenos); con menor frecuencia se desarrollan independientemente del sistema dentario (quistes no odontógenos). En general, las lesiones maxilares son, generalmente, más frecuentes que los quistes de las partes blandas.

Los quistes se caracterizan por un crecimiento lento y expansivo, cuya causa generalmente no es la propia proliferación del tejido quístico específico, sino el aumento continuado o periódico de su presión interna, debido al incremento del contenido. El tejido que rodea un quiste sufre, por la presión del desplazamiento, atrofia o reabsorción. La estructura histomorfológica del quiste no justifica su inclusión en las neoplasias fibroepiteliales verdadera, porque debido a su crecimiento pasivo, no se pueden considerar como tumores propiamente dichos. A pesar de las diferencias genéticas y de estructura histórica, los quistes poseen una estructura comunes importantes que permiten incluirlos en un concepto global y diferenciarlos tanto de los procesos inflamatorios como de las hiperplasias.

Todos los quistes odontogénicos se originan por una aberración en el patrón normal de la odontogénesis. El epitelio asociado con cada uno de los quistes odontogénicos deriva de una de las siguientes fuentes: 1) germen dental; 2) epitelio reducido del esmalte; 3) restos epiteliales de Malassez, remanentes de la vaina de Hertwig; 4) remanentes de la lamina dental; o 5) posiblemente la capa basal del epitelio bucal.

1.2.1 FACTORES DE EXPANSIÓN QUÍSTICA.

En la literatura se presentan teorías sobre estos factores, así como, varios estudios que se han realizado para analizarlas.

Las teorías clásicas sobre el crecimiento de los quistes en general se fundamenta en la reabsorción ósea por la presión de la misma masa quística, que tiende a aumentar de tamaño al comportarse su cápsula como una membrana semipermeable que permite la entrada de líquido hacia el interior del quiste, por la producción de colagenasas o por ambos procesos.

Sin embargo, hay otra teoría que hasta ahora es la que tiene mayor fundamento en la actualidad es la teoría del Doctor Harris, que dice que son las prostoglandinas sintetizadas por los quistes las responsables de la osteólisis.

La pared del quiste odontogénico, actúa como una membrana semipermeable que deja pasar líquido procedente del plasma para equilibrar la presión osmótica. La dirección y velocidad del paso del líquido está determinada por la diferencia entre las presiones osmótica e hidroestática entre el líquido del plasma y el de los quistes.

Hay investigaciones que han puesto en evidencia un alto poder fibrinólítico de las paredes de los quistes odontogénicos, lo que justifica los fenómenos hemorrágicos que acompañan a su cirugía.

Otros estudios demuestran que las paredes quísticas tienen un alto poder para difundir Na y K del plasma al quiste y para segregar, igualmente al interior lípidos y proteínas.

1.3.-CLASIFICACIÓN DE LOS QUISTES ODONTOGÉNICOS

Como se pueden presentar diversos tipos de quistes, varios investigadores han intentado planear una clasificación y un sistema de nomenclatura de estas lesiones, habiendo así, innumerables clasificaciones y muchas de ellas no han sido completamente satisfactorias, porque en general no alcanzan a reconocer el origen y desarrollo de los quistes y no hay uniformidad en cuanto los puntos de vista del patólogo, radiólogo y del cirujano bucal.

Una clasificación más práctica y sencilla para conocer los diferentes quistes de origen odontogénico, es la elaborada por Robinson y col.²

CLASIFICACIÓN

- 1.- Quiste primordial.
- 2.- Queratoquiste
- 3.- Quiste gingival.
 - a) del niño
 - b) del adulto
- 4.-Quiste dentífero.
- 5.- Quiste periodontal
 - a) radicular
 - b) lateral
 - c) residual
- 6.- Quiste odontogénico calcificante.

² Robinson y col. 1991.

QUISTE PRIMORDIAL

Se trata de una entidad en la que se presenta una confusión terminológica y esta podría estar justificada por las diversas interpretaciones que se han hecho acerca de su origen. Los términos primordial y queratoquiste tienden a sembrar confusión al emplearse como si fueran sinónimos. Aún a pesar de que se han hecho estudios sobre las diferencias de estos quistes, la OMS aún pide que se traten como si fueran sinónimos.

Aquí se explicarán las características de cada uno, para poder así entender mejor las diferencias entre ellos.

El quiste primordial es uno de los quistes odontógenos menos común. Se desarrolla por degeneración quística y licuefacción del retículo estrellado que se encuentra en un órgano del esmalte antes de que se haya formado cualquier esmalte o dentina calcificada. De este modo el quiste primordial se encuentra en el lugar de un diente en vez de estar asociado directamente con uno de ellos.

Aspectos radiográficos: Aparece como una lesión radiolúcida redonda u ovoide, bien demarcada que muestra un borde esclerótico, y ser 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 de un diente que falta congénitamente, en particular de un tercer molar superior o inferior. No se sabe satisfactoriamente porque el tercer molar es propenso a que lo lesione el quiste.

Incidencia.- Es relativamente baja: hay datos en la literatura que les hace oscilar entre el 2% y el 7% de entre todos los quistes. La edad más propicia se establece en la segunda y tercera década de vida.

Aspectos clínicos.- El quiste primordial varía variablemente de tamaño, pero tiene el potencial de extenderse a hueso y de desplazar a los dientes adyacentes mediante presión. Aunque también están dentro de sus características su lenta evolución. Su principal localización es en el ángulo de la mandíbula y su rama ascendente, en la zona de los terceros molares. La lesión no es dolorosa, a menos que se infecte de manera secundaria y rara vez presenta manifestaciones clínicas obvias. Este quiste se forma sin duda en la etapa temprana de la vida, pero no se puede descubrir sino hasta mucho más tarde.

El quiste está revestido por un epitelio escamoso estratificado con una basal llena de células cilíndricas o cúbicas.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial de estas lesiones es principalmente con el queratociste, durante mucho tiempo se creyó que estas lesiones eran una misma pero un estudio histológico puede diferenciarlas.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento de este quiste es la enucleación raspando el fondo del hueso, en particular si se presenta alguna fragmentación del revestimiento, para asegurar la completa extirpación del epitelio. El índice de recurrencia es probablemente bajo aunque se carece de datos basados en series importantes.

QUISTE GINGIVAL

Este es un quiste raro, que se le atribuyen distintos orígenes, como: restos epiteliales, restos de Serres, desplazamiento del epitelio oral o también que proceden de implantaciones traumáticas epiteliales, de cambios en el crecimiento y de proliferación del epitelio superficial o de restos de la lámina dental, órgano del esmalte o islotes del epitelio superficial y de elementos glandulares heterotropos. Siendo así que el quiste gingival tiene un origen muy confuso.

El doctor Borello en una investigación, distingue los quistes gingivales de los niños al de los adultos. Los primeros aparecen como múltiples elevaciones de 1 a 3 mm, de color blanco rosado o nacarado, ocasionalmente solitarios, que se encuentran en el reborde alveolar del recién nacido o de los lactantes, lo cual representan quistes que se cree se originan a partir de los remanentes de la lámina dental. Se han aplicado los óponimos "perlas Epstein" y nódulos de Bohn" pero incorrectamente. Borello señala que las verdaderas "Perlas de Epstein" son inclusiones epiteliales, con aspecto histológico similar, pero situadas en el rafe medio palatino como consecuencia del cierre del paladar. Estos quistes desaparecen a los 2 o 3 meses o al romperse la mucosa al erupcionar los dientes y pueden pasar desapercibidos.

El quiste del adulto se presenta tanto en la encía libre como en la adherida. Por lo general esta lesión aparece como un abultamiento pequeño no doloroso, bien circunscrito de la encía que muchas veces se asemeja a un mucocelo superficial. El color es el mismo que el de la mucosa normal adyacente y rara vez

mide más de un centímetro de diámetro, algunos quistes gingivales aparecen en las papilas gingivales. El quiste gingival del adulto es quiste verdadero, debido a que es una cavidad patológica revestida de epitelio estratificado.

Incidencia: El quiste se presenta con mayor frecuencia en pacientes mayores e 40 años. La localización de la lesión se encuentra más frecuentemente en la mandíbula, en el área de los premolares, caninos e incisivos.

Aspectos radiográficos: El quiste gingival es una lesión de tejido blando y no se manifiesta generalmente en la radiografía dental. Estas lesiones pueden ser uniuquísticas o poliquísticas.

Diagnóstico diferencial: Principalmente con un mucocelo gingival, aunque también con gránulos de fordyce.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento consiste en la enucleación del quiste. El pronóstico es favorable pues hay muy poca o ninguna tendencia a la recurrencia de la lesión.

QUISTE DENTÍGERO

El quiste dentigero es un tipo de quiste odontógeno bastante más común que el quiste primordal. Se caracteriza por formarse 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. También es conocido este quiste como folicular. Si se originará este quiste antes de la formación de la corona sería un primordal.

Este quiste casi siempre está asociado con la corona de un diente impactado, no erupcionado o incrustado.

Incidencia y localización.- Estos quistes son los segundos en incidencia después de los quistes radiculares . Se localizan más frecuentemente en la zona de los terceros molares inferiores y superiores, caninos superiores y premolares inferiores. Casi siempre afectan a dientes permanentes. No existe predilección sexual y la edad de máxima incidencia es la adolescencia.

La pared quística está formada por una pared delgada de tejido conjuntivo revestido por epitelio escamoso estratificado, que en ocasiones se queratiniza. Este quiste puede alcanzar un gran tamaño debido a la osmolaridad dentro del quiste que provoca el ingreso de líquido y crecimiento del mismo y en ocasiones se acompaña de expansión ósea.

Un tipo específico de quiste que se clasifica como un tipo de dentigero se asocia frecuentemente con dientes deciduos o permanentes erupcionados en niños . Muchas veces, se le ha denominado "quiste de la erupción" o "Hematoma de la erupción". Es esencialmente una dilatación del espacio folicular normal que se encuentra alrededor de la corona de un diente no erupcionado, causado por la acumulación de líquido tisular y sangre y por el

cual recibe también el nombre de hematoma. La lesión aparece como una hinchazón circunscrita, fluctuante generalmente translúcida, del reborde alveolar que se localiza sobre el sitio del diente ha erupcionar.

La causa del desarrollo de este quiste dentígero se desconoce, con frecuencia no requiere tratamiento, ya que el diente por lo general erupciona dentro de la cavidad bucal sin que haya ningún retardo importante.

Aspectos radiográficos: La radiografía revelará un área radiolúcida asociada de alguna manera con una corona dental no erupcionada. La corona dental impactada o no erupcionada puede estar rodeada de modo simétrico por esta radiolúcidas, aunque es bastante arbitraria la distinción entre un quiste dentígero pequeño y un folículo o espacio folicular dental agrandado, en espacial porque son histológicamente idénticas.

Diagnóstico diferencial: principalmente con el ameloblastoma uniuquístico con un quiste dentígero no complicado; también debe considerarse en este diagnóstico la transformación ameloblastica de la cubierta del quiste dentígero. Cuando el quiste se localiza en la región posterior de la mandíbula o en el maxilar superior y se presenta en pacientes jóvenes debe incluirse el fibroma ameloblástico.

Tratamiento y pronóstico: En la mayor parte de los casos el tratamiento definitivo consiste en la extirpación del diente donde esta la lesión y los tejidos blandos que la componen . En los casos en los que el quiste afecta porciones importantes de la mandíbula, el tratamiento inicial aceptable consiste en la exteriorización o marsupialización de la luz del quiste para permitir la descompresión y subsecuente disminución del defecto óseo, esto reduce la extensión de la cirugía posterior.

Algunas de las complicaciones potenciales de los quistes no tratados, son muy importantes; este es el caso de la transformación de la cubierta epitelial en ameloblastoma, que presenta incidencia familiar, o la transformación displásica o carcinomatosa de la cubierta epitelial, que se presenta en raras ocasiones. Por último se cree que cuando hay células mucosas, es posible el desarrollo de un carcinoma mucoepidermoide.

La tasa de complicaciones del quiste dentígero es mucho más alta que la de los otros quistes odontógenos (con excepción del queratoquiste odontógeno). El desarrollo de un ameloblastoma a partir de un quiste dentígero, con frecuencia es un problema histopatológico difícil; sin embargo, la identificación temprana de la transformación ameloblastomatosa es fundamental para el diagnóstico temprano de esta.

QUERATOQUISTE

El término de Queratoquiste comenzó a usarse en 1956 para denominar a cualquier quiste que tuviera queratina. Después se demostró que en ocasiones otros quistes del mismo tipo como el primordial, contienen células queratinizadas lo que originó la confusión, sin embargo se demostró que el queratoquiste odontógeno es una lesión característica que amerita su categorización particular por su conducta biológica específica. Por lo tanto, aunque puede haber queratinización en otros tipos de quistes, el patrón histológico específico del queratoquiste lo diferencia de aquéllos.

Se acepta que el queratoquiste odontógeno se origina en restos de la lámina dental localizados en la mandíbula o el maxilar superior; sin embargo, también se sabe que puede derivar de una extensión del componente de células basales del epitelio bucal que lo cubre.

Incidencia y localización .- Ocurre con mayor frecuencia en la segunda y tercera década de vida, pero puede aparecer en un intervalo amplio de edades. Los queratoquistes afectan de manera predominante a la mandíbula más que al maxilar donde se localizan con mayor frecuencia en la región posterior del cuerpo y en la rama mandibular.

El queratoquiste se caracteriza por una fina cápsula de tejido conectivo y un epitelio poliestratificado y queratinizado.

El queratoquiste, frente a los demás quistes odontogénicos, tiene un comportamiento propio, en cuanto a crecimiento, toda vez que puede propagarse al tejido circundante mediante unos cordones celulares delgados a partir del tejido quístico, a partir de los cordones celulares proliferados, se desarrollan quistes secundarios, con el queratoquiste se convierte - como se dijo antes - en el único quiste que puede abandonar el hueso maxilar y

desarrollar otros secundarios en las partes blandas. Por lo tanto el queratoquiste presenta generalmente residivas después de hacer el tratamiento.

La aparición de queratoquistes múltiples en los maxilares habla en favor del síndrome de Gorlin- Goltz (Síndrome de quistes del maxilar de células basales), con la particularidad de que estos quistes no se diferencian, histopatológicamente, en modo alguno, de otros queratoquistes no relacionados con este cuadro clínico hereditario autosómico dominante.

Aspecto Radiográfico: desde el punto de vista radiográfico, la lesión característica es radiolúcida, bien circunscrita y presenta bordes radiopacos delgados. Es posible observar multilocularidad, en especial en las lesiones grandes, sin embargo la mayoría de las lesiones son uniloculares. Un porcentaje importante de estas lesiones produce expansión ósea.

Diagnóstico diferencial: Como en el caso de cualquier lesión radiolúcida bien circunscrita pericoronar de la mandíbula o del maxilar, deben considerarse varias enfermedades como el quiste dentígero, ameloblastoma, quistes odontógenos calcificantes con calcificación mínima y fibroma ameloblástico.

Las lesiones radiolúcidas solitarias no relacionadas con dientes, tanto los que no erupcionan como los que sí, son importantes, ya que los queratoquistes odontógenos pueden presentarse de esta manera, y por lo tanto deben diferenciarse del quiste óseo traumático, el granuloma central de células gigantes, el quiste periodontal lateral y diversos quistes fisurales.

También los tumores no odontógenos, como las anomalías vasculares, los tumores óseos benignos y carcinomas con poca capacidad de metástasis, pueden manifestarse de forma similar al queratoquiste.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento de elección es la enucleación quirúrgica de la lesión con curetaje óseo periférico o bien con ostectomía. El abordaje agresivo en este tipo de quiste se basa en la alta tasa de recurrencia que varía entre el 5 y el 62% de los casos y cuyas causas no son claras. Entre las posibles causas de recurrencias se sugiere la persistencia de pequeños fragmentos epiteliales o satélites debido a que la pared de tejido conectivo es delgada y friable. La presencia de pequeños restos de la lámina dental localizados en el hueso adyacente a la lesión primaria también puede relacionarse con proliferación quística de la capa epitelial de células basales y se menciona además las cualidades biológicas reales del epitelio quístico. La tasa de mitosis de las células de la cubierta epitelial del queratoquiste es mayor que en otras formas de quistes odontógenos y se aproxima a las que se encuentran en el ameloblastoma .

Por esta razón es importante hacer un seguimiento del paciente en el tratamiento de la lesión, ya que de esta forma puede detectarse cualquier quiste recurrente en etapas iniciales

Hay estudios que indican que los pacientes con queratoquistes múltiples poseen una tasa de recurrencia mayor que la de aquellos que presentan queratoquistes únicos : 35 y 10% respectivamente. En estos casos es necesario excluir el síndrome de carcinoma nevoide de células basales (Gorlin-Goltz) ya que alrededor del 7% de los pacientes con lesiones múltiples presentan el síndrome.

QUISTE PERIODONTAL.

El quiste periodontal esta formado por restos epiteliales o de la membrana periodontal. Estos quistes son generalmente de origen inflamatorio. Y se dividen dependiendo de su localización. Generalmente están en el ápice del diente, por lo que se les llama: a)quistes radiculares, pero también se forman a lo largo de la pared lateral del diente, sin entrar en relación con el mismo y entonces se les nombra b)quistes laterales. A los quistes que persisten o se desarrollan después de una extracción dentaria reciben el nombre de c)residuales. Se cree que se trata mayormente de quistes radiculares, que quedaron en el maxilar después de la extracción del diente necrosado.

Los quistes periodontales suelen estar revestidos de epitelio, que deriva de la proliferación de pequeños residuos epiteliales odontógenos (restos de malassez) localizados en ligamento periodontal. Son los quistes más comunes entre todos los quistes de origen odontogénico, 55% a 75% de todas las lesiones quísticas de los maxilares y rara vez se encuentran en la primera década de vida , de otra manera tiene un amplio margen de edades.

a)Quistes radiculares.- son el resultado de una infección dental con necrosis del tejido pulpar y transformación degenerativa en granuloma o quiste. Este quiste es el más común de todos.

Incidencia: Afecta con mayor frecuencia a individuos entre la tercera y sexta década de vida. En la primera década de vida los quistes radiculares son muy poco frecuentes aún cuando la caries y los dientes sin vitalidad son habituales en esta edad. La mayor parte de los casos se observan en hombres y suelen localizarse en el maxilar superior, en la región anterior del mismo.

Casi todos los quistes radiculares son asintomáticos y generalmente se descubren de manera casual. Un gran porcentaje de ellos no produce expansión ósea, pero cuando se da suele presentarse en localizaciones labiales o bucales. Por definición, para establecer el diagnóstico de quiste radicular se requiere de la existencia de un diente sin vitalidad.

Aspectos Radiográficos: La lesión radiolúcida que se relaciona con el quiste radicular tiene forma redondeada u ovoide y presenta un borde opaco delgado, contiguo a la lámina dura del diente dañado. Pero es posible que los dientes de crecimiento activo no presenten este componente radiopaco. El tamaño del quiste varía de entre 5 mm y varios centímetros de diámetro, aunque la mayor parte de ellos no miden menos de 1.5 cm. En los quistes de larga evolución puede observarse resorción de la raíz del diente lesionado y, en ocasiones de las raíces de los dientes adyacentes.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial de es quiste radicular incluye el granuloma periapical, porque no existe diferencias características entre ellos en la radiografía . Además el indicador de la lesión no es un indicador seguro para establecer el diagnóstico de quiste o granuloma.

También debe considerarse un defecto quirúrgico o cicatriz periapical en zonas previamente tratadas por patología periapical. En ocasiones, las lesiones de células gigantes y los tumores óseos primarios pueden simular un quiste radicular.

Tratamiento y pronóstico: Cuando el quiste es pequeño es suficiente la extracción de los dientes sin vitalidad y curetaje del epitelio en la zona de la lesión periapical,; un tratamiento alternativo es la endodoncia acompañada de apicectomía que permite el curetaje directo de la lesión quística . En caso de quistes más grandes, es útil la exteriorización o marsupialización de la

lesión. Este procedimiento de descompresión permite la disminución del tamaño de la cavidad quística, después de lo cual puede realizarse la enucleación del quiste y extracción del diente sin vitalidad.

No se produce recurrencia de la lesión cuando la enucleación es adecuada; sin embargo, si la extirpación es incompleta puede desarrollarse un quiste residual meses o años después del tratamiento inicial.

b) Quistes periodontales laterales: En estos quistes, el diente afectado a menudo es vital y puede conservar esta vitalidad aunque el hueso que lo sostiene se haya perdido en gran medida. En los quistes infectados puede haber una ausencia temporaria de respuesta vital en los dientes adyacentes porque la presión interrumpe la transmisión sensorial proveniente de la pulpa.

Este quiste es poco común pero bien reconocido. Hay diversas teorías relacionadas con su etiología. Las posibilidades ofrecidas para explicar su procedencia y su desarrollo incluyen: 1) origen inicial como quiste dentígero 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 ligamento periodontal, aunque se desconoce el estímulo de esta proliferación. 3) origen a partir de la proliferación y transformación quística de los restos de la lámina dental, los cuales están en una etapa posfuncional y, por tanto, solo tienen un potencial limitado de crecimiento que está de acuerdo con el tamaño pequeño que presentan estos quistes. Esta última teoría, incluye la sugerencia de que este quiste y el quiste gingival comparten la misma histogénesis y en la actualidad parece ser la más apropiada.

Incidencia: El quiste periodontal lateral se presenta principalmente en los adultos en el cual la edad promedio es de 50 años. Predominantemente en el sexo masculino. Su localización es principalmente en el área de premolares, caninos e incisivos mandibulares. Gran parte de estas lesiones no presentan signos o síntomas clínicos y se descubren por exámenes radiográficos de rutina.

Aspectos radiográficos: La radiografía descubre al quiste como un área radiolúcida en aposición a la superficie lateral de un diente, por lo regular esta lesión es pequeña, rara vez mide más de 1 cm de diámetro, y puede o no estar circunscrita. En la mayor parte de los casos el borde es definitivo e incluso algunas veces esta rodeado por una capa delgada de hueso esclerótico.

Diagnóstico diferencial: Esta quiste principalmente debe diferenciarse del radicular lateral que se produce secundario a una periodontitis grave, del tumor odontógeno radiolúcido, ya que la imagen radiográfica son similares y el diagnóstico se hace solamente en un estudio histológico.

Tratamiento y pronóstico: El quiste periodontal lateral se debe retirar por medio de la enucleación, si es posible sin extraer el diente afectado. Si esto no se puede llevar a cabo, se debe sacrificar el diente. No aparece en la literatura ningún caso de este tipo de quiste que tenga tendencia a recurrir después de su excisión quirúrgica.

c) **Quiste residual:** Los quistes residuales son quistes parodontales que quedan después de realizada una extracción. Esto se debe a que al efectuar una extracción, sin el correspondiente examen radiográfico se ignora la presencia del quiste. Después de un breve período inflamatorio,

posextracción, el quiste permanece latente y, por un mecanismo análogo al de los demás quistes, crece y aumenta de volumen.

Son silenciosos y asintomáticos hasta que adquieren cierto volumen lo que le permite ser más lábiles a la infección; tal periodo ocurre con frecuencia, y son descubiertos por el examen clínico y/o radiográfico.

Incidencia: Son más frecuentes en el maxilar inferior y en pacientes del sexo masculino, la edad promedio es entre los 30 y 60 años.

Aspectos radiográficos: El examen radiográfico muestra la imagen radiolúcida característica de los quistes, sin la presencia de algún diente causal.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial se debe hacer con un quiste primordial o un queratoquiste.

Tratamiento y pronóstico: Este será la enucleación total del quiste, en este quiste existe una recurrencia muy baja o tal vez ninguna.

QUISTE CALCIFICANTE ODONTÓGENO

Se trata de una lesión controvertida que se puede considerar un puente entre los quistes y los tumores odontogénicos. Esta es una lesión odontogena embrionaria que su evidente semejanza con el ameloblastoma ha hecho que sea conocido como ameloblastoma atípico o tumor dentinogénico de células fantasmas.

Los doctores Shafer, Hine y Levy, tras denominarlo quiste odontogénico queratinizante y calcificante o quiste de Gorlin, admiten que posee muchas características de quiste y otras de neoplasias.

Incidencia.- Aunque este quiste no es muy frecuente, no faltan referencias en la literatura. No existe predilección sexual y la mayoría aparece en adultos, con mayor incidencia en la mandíbula. Este quiste tiene una escasa sintomatología.

El quiste se caracteriza por la existencia de un revestimiento epitelial formado por una capa bien definida de células cuboides o columnares y es típica la existencia de células epiteliales "fantasma", que se calcifican por separado o conjuntamente. La aparición de células fantasma, aisladas, en el tejido conectivo se acompaña de una reacción como la que acontece frente a un cuerpo extraño.

Macroscópicamente, el tamaño del quiste está en relación con el tiempo de desarrollo. Los quistes de mayor tamaño pueden originar dilataciones óseas e impresionar como tumores. El quiste calcificante es benigno.

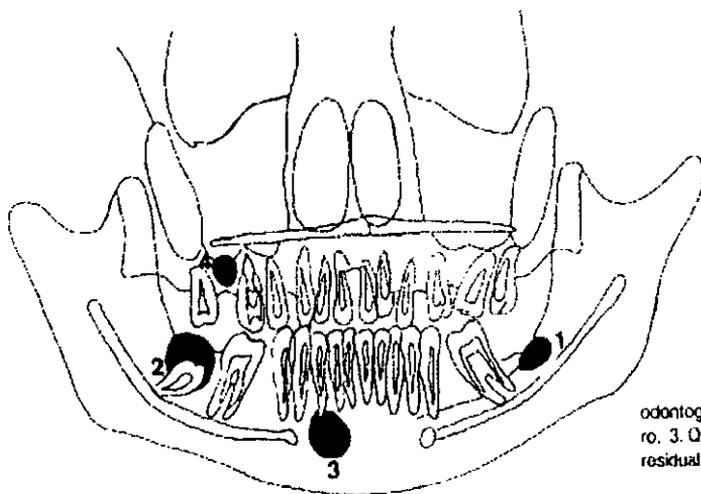
Incidencia: En un reciente estudio³ se comprobó que la más frecuente localización de este quiste es en el área de los premolares mandibulares. Aunque no es frecuente no faltan referencias en la literatura donde se demuestra que no hay una predilección sexual y la mayoría aparece en adultos.

Aspecto radiográfico: Se presenta como una lesión onilocular o multilocular con bordes discretos y bien delineados que en su interior puede presentar calcificaciones de tamaño irregular que producen opacidades de intensidad variable.

Diagnóstico diferencial: En las etapas iniciales de formación, el quiste puede presentarse como una lesión quística radiolúcida pues la mineralización puede ser poca o ninguna. En este caso debe descartarse el quiste dentígero y el ameloblastoma uniuquístico. En fase de crecimiento más avanzado, cuando se encuentra una apariencia mixta radiolúcida y radiopaca, la lesión debe diferenciarse del odontoma parcialmente mineralizado y tumor epitelial calcificante odontógeno. También ha de incluirse en el diagnóstico diferencial el fibroodontoma ameloblástico.

Tratamiento y pronóstico: Cuando el quiste no tiene relación con otra lesión, es suficiente la enucleación del quiste, ya que el riesgo de recurrencia es muy bajo. Esto se aplica también en los casos en los que se acompaña de un odontoma de tipo complejo o compuesto; sin embargo, cuando se relaciona con ameloblastoma, debe tratarse como ameloblastoma.

³ "The calcifying Odontogenic Cyst."



1 Queratoquiste odontogénico. 2. Quiste dentigero. 3. Quiste radicular. 4. Quiste residual.

2.-SIGNOS, SÍNTOMAS

DIAGNÓSTICO GENERAL Y CLÍNICO DE LOS QUISTES DE ORIGEN ODONTOGÉNICO.

Como se describirá más adelante los quistes del maxilar pueden permanecer asintomáticos durante un largo período de tiempo y su desarrollo puede pasar inadvertido hasta que adquieren un tamaño considerable. Con frecuencia llegan a ser hallazgos casuales en el curso de controles radiológicos motivados por síntomas poco claros u otros cuadros clínicos. Es aquí donde el dentista tiene que hacer un diagnóstico rápido, para así hacer un tratamiento lo más tempranamente posible.

2.1 SÍNTOMAS.

No es raro que un quiste carezca por completo de síntomas y el paciente ignore su presencia hasta que la exploración radiológica efectuada por otro motivo o por una infección aguda donde el quiste se ha infectado y vierte su contenido, en la boca, el paciente puede quejarse de mal sabor. O el paciente asiste al dentista por la falta de erupción de algún diente en la arcada dentaria .

2.2 SIGNOS.

Aunque algunos quistes pequeños no presentan signos clínicos y sólo se pueden identificar mediante las radiografías . A pesar que el termino descriptivo de "Crepitación de cáscara de huevo" se ha relacionado durante mucho tiempo con los quistes intraóseos, la palpación puede demostrar que la tumefacción es francamente fluctuante o sólida como el hueso. Se debe

resaltar que ningún hallazgo logrado con la palpación es diagnóstico de la presencia de un quiste, porque solo se relaciona con el grosor del hueso que lo recubre en el sitio del examen. Los resultados varían de una zona a otra en muchas lesiones más grandes, pueden tener relación con lesiones diferentes a los quistes. El color de los tejidos blandos que recubren un quiste puede ser normal; sin embargo, cuando la lesión perfora el hueso de revestimiento, los tejidos blandos tienen un color azulado si el quiste no está infectado y son de color rojo oscuro si presenta infección aguda, caso en el que los tejidos son sensibles al tacto.

2.3.- DIAGNÓSTICO.

Como se ha descrito, los datos que nos brindan los signos y síntomas, no se pueden tomar como único método de diagnóstico, ni definitivo para los quistes. El diagnóstico en cada caso debe fundarse en una combinación de datos físicos, valoración radiográfica, biopsia y análisis histopatológico, que serán esenciales para establecer el Diagnóstico correcto de estas lesiones.

Examen radiográfico.- El examen radiográfico nos muestra la localización y extensión del quiste en el hueso y en los dientes. Clásicamente el aspecto radiográfico de un quiste odontogénico es el de una radiolucidez redonda u oval bien definida por una línea blanca delgada, que es una capa densa de hueso en el cual está contenido el saco del quiste. Este borde característico puede algunas veces no estar presente cuando el quiste es muy grande, está infectado o cuando su contenido sale por una fístula, porque los bordes del quiste son irregulares debido a los procesos de reestructuración y demolición ósea que tienen lugar.

Si se encuentra una cavidad, hablamos de un monoquiste o imagen monocular, si hay varias cavidades reconocibles, se usa el término

polilocular. Si se unen formaciones quísticas contiguas, se habla comúnmente de multiloculares. La forma del quiste redonda u ovalada muchas veces depende de las circunstancias anatómicas, porque por regla general, el quiste crece en dirección de la menor resistencia (esponjosa - línea oblicua interna).

En el diagnóstico radiográfico de quistes en los maxilares son útiles la radiografías periapicales y oclusales que nos permiten evaluar la extensión de la lesión. En los quistes grandes de los dos maxilares las radiografías extraorales ofrecen un suplemento esencial de las radiografías intrabucales. Estas comprenden la oblicua lateral, que pueden mostrar toda la extensión de un quiste, cuando este se localiza en la parte posterior de la mandíbula y se debe complementar con una posteroanterior, la de Waters para el maxilar superior y la panorámica para ambos.

En ciertos casos como en los quistes de los maxilares superiores, donde los quistes son muy difíciles de ver en la radiografía debido a que se sobreponen las sombras de los senos paranasales, el empleo de un medio de contraste como aceite yodado (Lipiodol) junto con la radiografía de rutina es útil para delinear el tamaño y la extensión exacta de una lesión quística. Antes de inyectar una solución de contraste en la cavidad con una aguja de grueso calibre (19 o 20), se debe retirar primero todo contenido líquido. Al retirar el líquido y hacer la inyección subsiguiente, es importante introducir en la cavidad quística otra aguja más para evitar cambios adversos de presión dentro del quiste. La abertura que se ha hecho en la cavidad debe obturarse inmediatamente con un hemostático o torunda y la radiografía debe tomarse lo más pronto como sea posible para evitar la salida del líquido.

Por lo anterior podemos decir que un examen radiográfico, a pesar de ser necesario, no es suficiente para fundamentar un diagnóstico de quistes existentes, y debe ser completado por otros estudios; sin embargo otra

prueba que puede ser una ayuda diagnóstica, más no así aportar datos definitivos es:

Prueba de vitalidad dental: La presencia de vitalidad dental suele descartar el diagnóstico de quiste radicular. Por el contrario, la ausencia de vitalidad dental suele confirmar el diagnóstico de este tipo de quiste, sin olvidar que esta falta de vitalidad puede deberse a fenómenos destructivos originados por una neoplasia.

Biopsia: Sin ningún género de dudas, es la prueba preoperatoria de mayor certeza, peor dada la posibilidad de que existan transformaciones de diferente sentido en distintos puntos de la pared capsular, no se preconiza sistemáticamente. Solo ante lesiones muy amplias, en la que se sospeche de la existencia de un tumor odontogénico, que puede requerir una resección ósea, se

efectúa la biopsia pre o intraoperatoria. En la mayoría de los casos se prefiere efectuar la enucleación capsular, el rutinario estudio histopatológico post operatorio y, si el informe aconseja, otro tipo de cirugía se hará posteriormente.

Aspiración del quiste: En casos donde falta la cubierta ósea o que esta este muy delgada puede asegurarse el diagnóstico de un quiste por aspiración. Esta prueba también es útil para distinguir entre un quiste del maxilar y el seno maxilar. La aspiración no causa ningún daño y tampoco interfiere con una eventual operación a realizarse poco después.

Se hace la punción previa anestesia local, con una aguja de amplio calibre y con bisel corto. A veces puede ser ventajoso (cuando hay dificultad en la aspiración) introducir una aguja más, para que no se produzca vacío.

El diagnóstico presuntivo de quistes se confirma si lo aspirado es un líquido seroso color paja que contenga colesterol. Si se encuentra un líquido maloliente y pus de color oscuro, se tiene un quiste infectado. Y si al aspirar hay sólo aire significa que se ha penetrado en el antro. Si no se aspira aire ni líquido, puede haber una lesión sólida (tumor). Sin embargo esto se puede deber a que la aguja se ha tapado al atravesar el hueso o la cápsula de tejido blando.

3.- TRATAMIENTO DE LOS QUISTES ODONTOGÉNICOS

La regularidad del crecimiento y del comportamiento clínico de los quistes llevan, sin excepción, a la exigencia de someterlos a un tratamiento quirúrgico. Con la cirugía se pretende eliminar completamente la lesión, lograr la mayor recuperación posible y descartar, con seguridad, la existencia de otros procesos patológicos.

En este apartado se describirán los tratamientos más adecuados para estas lesiones quísticas.

No hay contraindicaciones absolutas para el tratamiento de los quistes, pero sí contraindicaciones temporales derivadas de enfermedades generales del paciente. Aun en estos casos, puede impedirse que el quiste continúe creciendo e incluso reducirlo de tamaño mediante la apertura circunscrita de la cavidad quística, especialmente en quistes grandes, y la introducción de un drenaje, o mediante la trepanación del conducto en caso de quistes radiculares, hasta que pueda procederse al tratamiento definitivo. Otra contraindicación temporal depende de condiciones locales, si el quiste está infectado y presenta signos de inflamación aguda. En este caso debe precederse, en primer lugar, al tratamiento de la infección piógena y puede estar indicado el desbridamiento del quiste, para facilitar la evacuación de pus. Al practicarse esta incisión evacuadora, se ha de pensar en la intervención quirúrgica definitiva posterior del quiste ya que dicha incisión debe quedar incluida en la pieza de exéresis definitiva.

En cuanto al tratamiento definitivo, no existen diferencias sustanciales entre los distintos tipos de quistes. En la planificación del tratamiento, debe partirse del hecho de que el epitelio y el saco quístico no son, en sentido estricto, tejidos patológicos. Por tanto su extirpación no es absolutamente necesaria y, en general, es suficiente abrir el quiste y mantenerlo luego abierto, para evitar

que siga creciendo y, en cambio, activar su involución. Naturalmente, también cabe la extirpación íntegra del quiste.

Ambos métodos tienen aplicación en el tratamiento quirúrgico de los quistes maxilares, y las dos con unas indicaciones muy concretas. Para evitar confusiones, solo debería de hablarse de cistostomía (marsupialización), cuando se conserve el saco o bolsa quística y de cistectomía (enucleación) cuando se extirpa radicalmente el quiste.

Hay unanimidad de criterios respecto a la importancia de elegir el tratamiento más adecuado en cada caso, por lo cual se puede seguir estas reglas:

- 1.- En principio todo quiste debe ser analizado histológicamente.
- 2.- Cuando el tamaño y la localización del quiste lo permiten, se recomienda extirparlo íntegramente (cistectomía) a fin de realizar un examen hitológico completo.
- 3.- En caso de la cistostomía (marsupialización), con la extirpación solo parcial del saco o bolsa quística, se estudia histológicamente la parte del quiste extirpada.
- 4.- Cuando en el hallazgo radiográfico y clínico, se sospecha la existencia de un queratoquiste, un ameloblastoma u otro tipo de tumor se recomienda, en la medida de lo posible, extirpar la totalidad de la bolsa.

- a) CISTOSTOMÍA, MARSUPIALIZACIÓN O PARTSCH I.
- b) CISTECTOMÍA, ENUCLEACIÓN O PARTSCH II.

3.1 CISTOSTOMÍA:

La cistostomía , también es llamada marsupialización o método de Partsch 1. En la que se conserva la bolsa o saco quístico, se basa en el principio del tratamiento abierto; mediante la resección de su pared vestibular o palatina, se transforma el quiste en un seno accesorio de la cavidad bucal.

El borde de la mucosa seccionada sobre el quiste se fija en el borde óseo del quiste abierto con un par de puntos de sutura, de esta forma, la mucosa llega a establecer continuidad con la pared quística conservada en la cavidad del quiste, cuyo revestimiento epitelial se transforma por metaplasia en epitelio bucal al cabo de 3-6 semanas. Después de esta intervención el quiste deja de ejercer presión sobre el hueso que reacciona con un proceso de aposición ósea en dirección a la luz de la cavidad quística, lo que conduce a su nivelación progresiva. Este proceso puede durar de 2 a 3 años, eventualmente menos, dependiendo del tamaño del quiste y de la edad del paciente y, en casos muy favorables, la cavidad quística puede incluso a desaparecer.

Ventajas: La cistostomía es un procedimiento quirúrgico rápido y poco traumático. Al conservarse la pared quística, la herida es muy pequeña, por lo que las molestias y la tumefacción postoperatorias son, también , poco importantes. Los tejidos próximos al quiste (piezas dentarias, nervio alveolar inferior, suelo de la cavidad nasal, suelo del seno maxilar) no resultan afectados.

Inconvenientes: Este procedimiento quirúrgico implica casi siempre, un tratamiento posterior largo, molesto para el paciente. A partir de los 20 años, ya no se puede asegurar una regeneración ósea completa tras la cistostomía,

regeneración ósea muy improbable a edades más avanzadas. En quistes de gran tamaño, la obturación prematura de la cavidad quística puede conducir a la recidiva y obligar a la práctica de una segunda intervención. Un inconveniente importante en este método terapéutico es la extirpación incompleta del folículo quístico, con el consiguiente riesgo de no reconocer un queratoquiste, un ameloblastoma o un carcinoma quístico, particularmente en quistes grandes, en la que no es fácil la visión y el control de todas sus partes. Principalmente por esta razón se señala, una y otra vez, la insuficiencia de la cistostomía.

3.2 CISTECTOMÍA

La cistectomía, también llamada enucleación o método de Partsch II. Consiste en la extirpación íntegra del saco quístico, con inmediata sutura impermeabilizada y curación mediante la organización del coágulo sanguíneo que se forma en la cavidad ósea.

En un principio, uno de los principales inconvenientes de la cistectomía era la mayor frecuencia de trastornos de procesos de curación, relacionados con el tamaño del quiste. El descubrimiento de la causas que incrementan los problemas de curación en quistes de gran tamaño, que, como hoy se sabe, se deben a la retracción del coágulo, y la solución eficaz de este problema mediante la estabilización del coágulo o la obturación de la cavidad ósea con materiales xenógenos, alógenos, autógenos o sustancias aloplásticas permitieron ampliar la indicación de la cistectomía también a los quistes que sean de gran tamaño.

VENTAJAS: Este método comporta, para el paciente unas ventajas inequívocas, cuando después de la cistectomía se cierra la herida, con unos puntos de sutura y esta cura sin problemas de forma primaria. El tratamiento postoperatorio concluye al cabo de 10 días con la retirada de los puntos de sutura. La regeneración ósea que se produce mediante el coágulo sanguíneo organizado, pasa inadvertida para el paciente y no afecta su bienestar; el hueso se regenera total o casi totalmente, incluso en pacientes con una capacidad disminuida de regeneración de los tejidos. El riesgo de residivas es escaso; la posibilidad de someter todo el tejido quístico aun examen histológico anula, prácticamente el riesgo de pasar inadvertida una alteración más grave.

INCONVENIENTES: Las expectativas de curación son dudosas en quistes con un diámetro mayor de 2 cm. Por este motivo las complicaciones superan las de la Cistostomía, la infección postoperatoria del coágulo sanguíneo no es siempre evitable y obliga a transformar a posterior la cavidad ósea en un seno accesorio de la cavidad. En la relación con la localización y el tamaño del quiste, la extirpación del quiste comparte el riesgo de lesiones en los órganos y tejidos vecinos (dientes vitales, lesión o pérdida de piezas dentarias ectópicas o gérmenes dentarios en los quistes foliculares, especialmente en la dentadura decidua; lesión del nervio alveolar inferior; apertura accidental del seno maxilar).

3.3 ELECCIÓN DEL MÉTODO QUIRÚRGICO.

El tratamiento de elección de la cistectomía. Esta indicada en:

- Todos los quistes pequeños, con un diámetro de hasta 2 cm, cuando la cavidad quística esta completamente circundada por hueso sólido y no existe el riesgo de dañar piezas dentarias adyacentes, entre otros tejidos.
- Todos los quistes de tamaño mediano y grande, cuando no hay riesgo de lesiones en los órganos vecinos, el quiste esta íntegramente rodeado por hueso y se puede garantizar el relleno completo con un coágulo estabilizado.
- Queratoquistes con revisión de la pared ósea, en quistes óseos solitarios y aneurismáticos, y en este último caso, cuando la resección en continuidad no esté indicada o no se pueda hacer.

La cistostomía está indicada en:

- Quiste, cuya extirpación pueda comportar el riesgo de lesionar órganos vecinos; éste es el caso, sobre todo de los quistes foliculares en la dentadura decidua, en los que se desea conservar el diente causal y las piezas dentarias desplazadas (ectópicas).
- Quistes localizados en el maxilar superior, cuyo tamaño y localización aconseja transformarlos quirúrgicamente en un seno accesorio del seno maxilar o de la cavidad nasal.
- Quistes, cuya extirpación no sea posible, debido a su difícil acceso.

La cistostomía modificada está indicada en:

- Quistes con infección aguda, en los que el primer paso consiste, únicamente, en desbridar el quiste y, más tarde ya remitidos los signos inflamatorios agudos, se procede a la cistectomía o cistostomía.
- En quistes de gran tamaño, en los que se realiza el tratamiento en dos fases: la primera para practicar una cistostomía y la segunda después de la reducción del tamaño del quiste, para llevar a cabo una cistectomía.
- Casos de diagnóstico poco claro o dudoso; después de extirpar el tejido quístico se mantiene y trata la cavidad ósea en régimen de apertura, hasta que se confirme el diagnóstico.

3.4 INDICACIÓN DE LOS MÉTODOS QUIRÚRGICOS.

La elección del método quirúrgico más difícil, ya que todos los métodos descritos sirven para curar quistes de origen odontogénico. Cualquier intervención quirúrgica tiene ventajas e inconvenientes en función de las circunstancias especiales de cada caso. Así, cuando se trata de quistes pequeños, las ventajas de una cistectomía son claras de manera que nunca se considerará la posibilidad de practicar una cistostomía. En cambio, en los quistes de tamaño medio se sigue recomendando, en la actualidad, con insistencia, tanto la cistostomía como la cistectomía. No obstante, hoy se prefiere realizar la cistectomía, sino comporta inconvenientes para el paciente. En principio, siempre debe darse preferencia a la cistectomía, debido al menor riesgo de infecciones, como consecuencia de la protección antibiótica y los métodos más modernos para el tratamiento de las cavidades óseas que se forman y, por otro lado, al incremento de pacientes afectos de degeneración maligna.

Aunque en la elección del método quirúrgico más apropiado deben evaluarse las circunstancias que concurren en cada caso, hay unas reglas aceptadas como válidas, para las indicaciones de los diversos tratamientos quirúrgicos posibles, reglas que dependen fundamentalmente del tamaño del quiste, la localización y relaciones con las raíces dentarias vecinas, así como la cavidad nasal y el seno maxilar.

3.5 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS INDICADAS EN LAS LESIONES QUÍSTICAS:

Quistes pequeños (hasta 2 cm de diámetro), sin relación con dientes vecinos vitales.

-Cistectomía, eventualmente con estabilización del coágulo sanguíneo.

Todos los demás quistes

Quistes de la rama ascendente de la mandíbula

-Cistostomía con tratamiento posterior mediante obturador.

-Cistectomía con relleno de la cavidad ósea o introducción de partes blandas bucales.

Quistes del cuerpo de la mandíbula, sin relación con los ápices de dientes vecinos vitales, dignos de

-Cistostomía

-Cistectomía con relleno de la cavidad ósea

conservación

Quistes de la mandíbula con reabsorción ósea extrema y riesgo de fractura espontánea

Apertura en ventana del quiste; cistostomía cistectomía.

Quistes maxilares de la región de los incisivos superiores, con tabique óseo de separación hacia la nariz (en relación con los ápices de los dientes vecinos vitales que merecen ser conservados)

Cistectomía con relleno de la cavidad ósea, acceso desde la zona vestibular, con menor obstáculo óseo.

Quistes de la región de los incisivos superiores sin tabique óseo de separación hacia la nariz

-Rinocistostomía, rinocistectomía.
-Cistostomía con reforzamiento del suelo de la cavidad nasal con un colgajo vestibular o palatino, acceso desde la zona vestibular o palatina que ofrezca menor barrera ósea.
-Cistectomía con relleno de la cavidad ósea; cistectomía y osteoplastia autogena simultánea en caso de reabsorción de la pared vestibular o palatina.

Quistes del maxilar superior localizados en la región de los dientes laterales, sin relación con los ápices de los dientes vecinos

-Cistectomía con relleno de la cavidad ósea.
-Cistectomía comunicando la cavidad ósea con el seno maxilar.

vitales, dignos de conservación, y con un tabique óseo establede separación hacia el seno maxilar.

-Quistes localizados en región de las piezas dentales laterales del maxilar superior, en relación con los ápices de dientes vecinos vitales, dignos de conservación, y con un tabique óseo de separación con el seno maxilar muy delgado o inexistente.

Quistes en la dentición decidua

Queratoquistes

-Cistostomía nasal comunicando al quiste con la cavidad nasal.

-Cistectomía comunicando la cavidad ósea con el seno maxilar

-Cistostomía y eventual tratamiento maxilar ortopédico.

-Eventualmente, cistectomía con transplante dentario.

-Cistectomía con fijación intraoperatoria del saco quística con solución de Carnoy; en caso de perforaciones de la compacta, extirpación conjunta de la mucosa que recubre el quiste.

CONCLUSIONES

-La presente investigación ha permitido obtener la información documental necesaria, para que en lo personal, se hallan conocido estas patologías con cierta extensión, que permite plantear que estos conocimientos pueden servir como base, para iniciar investigaciones futuras con mas profundidad.

-En cuanto a las situaciones de diagnostico, se ha logrado establecer que no son suficientes los signos y síntomas en estas patologías para establecer un diagnostico definitivo, el cual, solo podrá definirse con la ayuda de un buen examen radiográfico y un estudio histopatológico

-En lo personal se considera la necesidad de realizar una biopsia (excisional o incisional), a cualquier lesión que se haya descubierto por el medio que sea, con el objeto de establecer un diagnóstico inequívoco, y así poder desechar las dudas que en algún momento se hallan tenido.

-Una vez dada la información de las características de cada quiste, se ha llegado a conocer que los quistes son lesiones benignas cuya degeneración de malignidad ocasional, al igual que tendencia a la recidiva no constituye un signo de malignidad en el sentido de una precancerosis.

-También se ha llegado a establecer que se necesitan ciertos requisitos para la formación de un quiste : La existencia de epitelio en la profundidad del tejido, así, como estímulo que lo induzca al epitelio a proliferar y en el caso del quiste primordial y queratoquiste un trastorno primario del desarrollo de la cresta dentaria.

-En cuanto al tratamiento de estas lesiones se debe señalar que la regularidad del crecimiento y el comportamiento clínico de los quistes llevan, sin excepción, someterlos a un tratamiento quirúrgico.

-Se describen los dos tipos de cirugía para intervenir un quiste: la cistostomía y la cistectomía habiendo recomendado la cistectomía como mejor opción, para un tratamiento quístico.

-La cistostomía es una opción en quistes infectados, así como en quistes que involucren zonas anatómicas adyacentes.

-La elección del tratamiento dependerá de: El comportamiento biológico de la lesión, sus límites y la involucración de zonas aledañas.

-El queratoquiste es el quiste de origen Odontogénico que requiere un tratamiento más radical, esto debido a su alta tasa de recidivas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-BECKER, Rudiger; KONRAD, Morgenroth. " Patología de la cavidad bucal". Edit. Salvat Editores. España 1982. P.p. 133 - 146 cap. 10.
- 2.-GIUNTA, John L. "Patología bucal". Edit. Interamericana. 3a. Edición 1991. P.p 85 -89.
- 3.-HARNISCH, Herbert. "Clínica y terapéutica de los quistes maxilares" Edit. Quintessence books. Berlín y Chicago 1992. 2a. Edición .
- 4.-HORCH, H. H.; Lentrodt, J.; "Cirugía Odontoestomatológica" Edit. Salvat Odontología. Barcelona 1992. P.p 273- 321.
- 5.-HOWE, GEOFFREY C; ROSS, J. Bastiaan. "Cirugía Bucal menor." Edit. El manual moderno. México D.F. 1987. Cap. 7. P.p. 228- 239.
- 6.-KRUGER, O. Gustav; "Tratado de Cirugía Bucal" Edit. Interamericana. México D.F. 1998
P.p 196, 201-208. 4a edición.
- 7.-KWAN, Paul H.; LASKIN, M. Daniel. "Clinicals Manual of Oral and Maxillofacial Surgery"
Edit. Quintenessence books. USA 1991. P.p 383-388.
- 8.- LASKIN, M. Daniel. " Cirugía Bucal y Maxilofacial" Edit. Panamericana. Buenos Aires 1987. P.p 445-448.

- 9.-LÓPEZ, Arranza, JS; GARCÍA Perla A. "Cirugía Oral" Edit. Mc Graw Hill. Madrid España P.p. 491-499 1a edición.
- 10.-RASPALL, Guillermo; BESCOS, Ma del Socorro; BIRBE, Juan. "Cirugía Oral" Edit. Panamericana. Madrid 1991. P.p 290-297.
- 11.-REGEZI, D.D.S.; SIUBBA, J. James. "Patología Bucal" Edit. Interamericana. México D.F. 1991. P.p 315-333. Capítulo 10.
- 12.-RIES, Centeno, Guillermo; MÜLLER, E., Enrique. "Cirugía Bucal". Patología clínica y Terapéutica. Edit. El Ateneo. Argentina 1991. P.p. 655-672.
- 13.-SHAFER, William. "Tratado de Patología Bucal". Edit. Interamericana. México 1985. P.p.239-250. 3a edición.
- 14.-SHEAR, Mervin; SEWAR, R. Gordon. "Cyst of the Oral Regions" Edit. Of Congress 1992. 3a edición.
- 15.- THOMA, Robert, J, Gorlin; GOLMAN, M. Henry. "Patología Oral" Edit. Salvat México D.F. 1983. P.p. 489-500 7a edición.
- 16.- W., Archer, Harry. " Cirugía Bucal" Tomo 1. Edit. Mundi Argentina Cap. 10 P.p 399-453. 2a. edición.
- 17.-NEVILLE,BW Odontogenic Keratocysts of the midline maxillary region. J-Oral- Maxillofac. april 1997 USA p.p 340-344.

- 18.-MEGHJI, S Pathogenesis of Odontogenic Cyst. Arch- Oral- Biol. juni 1996 USA p.p 523-531.
- 19.-NIEDERDELLMANN, H Conservative or radical treatment of keratocyst. Br- J-Oral- Maxillofac- Surg. feb 1997. Germany p.p 46-48.
- 20.-OLIVEIRA, P Report of case with cytokeratin expression. Oral- Surg- med- Pathol. april 1997 USA p.p 478-483.
- 21.-COLEMAN, HG Nucleolar organizer regions in Odontogenic Cysts and ameloblastomas. J-Oral-Pathol-Med. sep 1996 Denmark p.p 436-440.
- 22.-TERONEN, O Mast cell- derived tryptase in Odontogenic Cyst. J-Oral- Pathol Med. aug 1996. Denmark p.p 376-381.
- 23.-NOHL, FS Odontogenic Keratocyst as periradicular radiolucency in the anterior mandible. Oral-Surg- Med-Oral- Pathol jan 1996 USA p.p 103-109.
- 24.- BUCHNER, A The Central (intraosseous) Calcifying Odontogenic Cyst J-Oral-Maxillofac- Surg. April 1991. USA p.p 330-339.