

528



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MODELO CLÍNICO DE QUISTES
ODONTOGÉNICOS

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
VÁZQUEZ ACEVEDO NORMA IRASEMA

DIRECTOR: CD. DANIEL QUEZADA RIVERA
ASESORA: M.O. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS



MÉXICO, D.F.

2001

VoBo

VoB

292179



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Agradecimientos

A Dios, me permitió continuar con vida y enseñarme que aún no he terminado y aún me falta mucho por aprender.

A mis padres, los amo y agradezco estemos juntos.

Vero, Paco, Nancy y Perla, los quiero aún cuando no se los diga.

A mis abuelitos, mi tío Nacho y mi tía Ana, gracias por todo.

M.O. Beatriz Aldape, C.D. Daniel Quezada y C.D. Bernardo Cruz por su paciencia y todos sus conocimientos.

Lalito, Franco mis dos amores.

A mis grandes amigas de licenciatura que me han ayudado tanto

" El éxito no es tan importante como luchar por él, el fracaso no tiene importancia cuando lo has intentado todo "

Richard Branson
(ejecutivo británico)



INDICE

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES.....	2
SIMULACIÓN.....	2
MODELOS	3
MODELO PARA LA ENSEÑANZA EN MEDICINA CLÍNICA	4
Embriología dental.....	5
Estadios de desarrollo del diente.....	5
MECANISMOS DE FORMACIÓN DE LOS QUISTES	9
CLASIFICACION DE LOS QUISTES DE LOS MAXILARES.....	10
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1992)	10
CLASIFICACIÓN DE MERVIN SHEAR (1992)	11
QUISTES ODONTOGÉNICOS.....	13
QUISTES DERIVADOS DE LOS RESTOS DE MALASSEZ.....	13
Quiste periapical (quiste periodontal apical, apical, dental, radicular).....	13
QUISTES DERIVADO DEL EPITELIO REDUCIDO DEL ESMALTE	16
Necesidad de retirar terceros molares asintomáticos	16
Quiste de erupción.....	17
QUISTES DERIVADOS DE LA LÁMINA DENTAL.....	19
Quiste de la lámina dental del recién nacido (gingival de la infancia, perlas de Epstein ó nódulos de Bohn)	19
Queratoquiste odontogénico (quiste primordial)	20
Asociado con dientes impactados	22
Asociado a dientes con tratamiento endodóntico.....	22
Presencia del carcinoma nevoide de células basales (Síndrome de Gorlin-Goltz).....	23
Quiste periodontal lateral	24
Quiste gingival del adulto	25
QUISTE INFLAMATORIO	26
Quiste paradental (q. mandibular infectado, bucal en bifurcación).....	26
QUISTES NO ODONTOGÉNICOS	27
Quiste del conducto nasopalatino (quiste del canal incisivo ó fisural).....	27
Quiste nasolabial (quiste nasolabial- Kiestadt).....	29
PSEUDOQUISTES.....	30
Quiste óseo solitario (óseo traumático, simple ó hemorrágico).....	30
Quiste óseo aneurismático.....	33
CASOS CLÍNICOS	35
CONCLUSIONES	46
GLOSARIO	47



INDICE DE IMÁGENES

	Páginas
Figura 1 Banda epitelial primitiva	5
Figura 2 Desarrollo de los dientes en el proceso alveolar	6
Figura 3 Estadio de capuchón o caperuza	7
Figura 4 Estadio de campana	7
Figura 5 Perlas epiteliales	8
Figura 6 Esquema de un quiste	9
Figura 7 Características clínicas y radiográficas de los quistes odontogénicos	13
Figura 8 Quiste periodontal	14
Figura 9 Histología del quiste periodontal	14
Figura 10. Aumento histológico	15
Figura 11 Cuerpos hialinos	15
Figura 12. Quiste de erupción	18
Figura 13. Perlas de Epstein	19
Figura 14. Aspecto microscópico	19
Figura 15. Múltiples quistes satélites	21
Figura 16. Síndrome de Gorlin-Goltz	23
Figura 17. Histología del síndrome	23
Figura 18. Quiste periodontal lateral	24
Figura 19. Quiste gingival del adulto	25
Figura 20. Fotomicrografía histológica	26
Figura 21. Agrandamiento histológico	26
Figura 22. Esquema de la localización de los quistes nasopalatino	28
Figura 23. Radiografía de un quiste nasopalatino	28
Figura 24. Esquema de un quiste nasoalveolar y globulomaxilar	29
Figura 25. Quiste óseo solitario	31
Figura 26. Variantes de un cono	31
Figura 27. Radiografía mostrando un doble cono	32
Figura 28. Apariencia de un cuarto de cono	32
Figura 29. Radiografía con un típico cono y un cuarto	33
Figura 30. Esquema de un quiste óseo aneurismático	33
Figura 31. Figura radiográfica caso uno	35
Figura 32. Fotomicrografía histológica caso uno	36
Figura 33. Radiografía caso dos	37
Figura 34. Acceso al quiste	38



Figura 35 .Radiografía caso tres	39
Figura 36. Fotomicrografías de características histológicas, caso tres	40
Figura 37 .Radiografía caso cuatro	42
Figura 38 .Fotomicrografía histológica caso cuatro	43
Figura 39 .Caso cinco	45
Figura 40 .Histología caso cinco	45



INTRODUCCION

Los modelos son métodos para la enseñanza, a través de los cuales, el profesor trata de colocar al alumno en una situación realista, donde lo confronta con un problema, el cual debe resolver mediante una secuencia de alternativas, toma de decisiones y desarrollo de acciones.

Tomando en cuenta: tiempo, dinero, instalaciones y el personal del cual se dispone.

Los modelos clínicos surgen de situaciones reales o expedientes; estructurados por un grupo de profesores expertos que conocen las características. Con el propósito de desarrollar en el alumno la actitud y juicio crítico, el razonamiento clínico, el hábito por el estudio independiente, el trabajo en equipo durante el curso y en su ejercicio profesional.

También se complementa con monografías de los quistes maxilares los cuales constituyen una patología frecuente, aproximadamente el 90% son odontogénicos, es decir, derivan del epitelio dentario o de sus restos. Generalmente los quistes son asintomático y se descubren como imágenes radiolúcidas en exámenes radiológicos. Cuando ocasionalmente producen dolor, éste suele estar asociado con infección secundario o hemorragia. No presentando una edad específica de aparición, la mayoría de los quistes de la región bucal son quistes verdaderos, dado que poseen revestimiento epitelial. Sin embargo una corta lista de lesiones reciben el nombre de "quistes" aunque carecen de revestimiento epitelial.

Así, después de leer cada monografía, el alumno puede reforzar de inmediato lo que ha leído contestando las preguntas de los cinco casos. El método consiste básicamente en la presentación del caso, una serie de preguntas y respuestas y una pequeña discusión al final. Esperando que estos modelos clínicos sean de utilidad al alumno que estudia patología bucal.



ANTECEDENTES

Se puede decir que los médicos griegos fueron los primeros que empezaron a enseñar la Medicina exclusivamente a la cabecera de los enfermos, haciéndose acompañar de sus discípulos al visitar a su clientela, es decir, que su enseñanza era clínica. En Grecia, aún cuando no existían instituciones de enseñanza, realmente el alumno se encontraba más directamente trabajando sobre el paciente. ¹

Hasta el siglo XIX, los avances de la medicina, aunque importantes en su momento, no rebasaban tal vez la capacidad de estudio individual ³; pero, con la creación de escuelas de Medicina, el principal objetivo es generar conocimientos y difundirlos, pero al principio se dan cuenta que los pasantes de medicina estaban aún muy lejos de contar con una adecuada preparación ya que, examinaban y curaban a los enfermos, pero todo esto lo hacían sin un profesor que los guiara en sus ejercicios prácticos, siendo los estudiantes, practicantes de hospital. Quedando a oscuras del elemento preliminar y principal, el diagnóstico; para cuya enseñanza necesitaban un maestro ejercitado que no tenían, elemento sin el cual su terapéutica era incierta. ²

La enseñanza médica, incluía demasiadas horas en la sala de clases y se concentraba excesivamente en transmitir información teórica. Siendo los métodos de evaluación, las pruebas de selección múltiple o redacción de ensayos. Estos métodos normalmente sólo sirven para comprobar conocimientos teóricos. Con mayor frecuencia se recurre a otros métodos, como los basados en casos o registros clínicos, que ponen a prueba habilidades y actitudes importantes. El estudio de casos clínicos, se trata de ejercicios escritos que resultan muy provechosos para enseñar las habilidades que entrañan la toma de decisiones. Se caracterizan por que en ellos se describe una situación (a veces con ayuda de ilustraciones) y enseguida se pregunta a los estudiantes que harían ellos. La situación puede relacionarse con el diagnóstico ó el tratamiento de pacientes o con cualquiera de una amplia gama de problemas de gestión u organización. En cuanto los alumnos hayan respondido a las preguntas, el instructor hará observaciones sobre sus respuestas. ⁴

SIMULACIÓN

Hace apenas unos años que el término "simulación" se ha popularizado. Aunque, ya en la década de los años 60, la tecnología ofrecía tanto para el desarrollo del proceso de enseñanza como para la evaluación de competencias en la resolución de problemas, su



empleo se circunscribía a esferas de acción muy reducidas: de hecho, era poco aplicada y conocida en las escuelas. Una de las principales razones para la limitación de su uso, era la sospecha de un costo muy elevado. La simulación consiste en colocar al individuo en una situación realista, donde se le confronta con un problema para que lo resuelva mediante una secuencia de selección de alternativas, toma de decisiones, y desarrollo de acciones. ⁵

Tomando en cuenta los recursos disponibles como: tiempo, dinero, instalaciones y personal. Finalmente el nivel de simulación más adecuado para verificar la capacitación de los estudiantes al terminar el curso, será aquel que permita evaluar su grado de aprovechamiento escolar. La prueba de evaluación; puede ser una prueba formal, ya sea escrita u oral, un ejercicio práctico o un programa de diagnóstico y tratamiento o la solución de problemas con ayuda de una computadora. ⁶

MODELOS

Son representativos de la realidad y muestran los elementos principales de un fenómeno o evento dado y sus interrelaciones. La característica principal de los modelos es que permiten reconstruir estructuras y/o funciones de un evento dado. Es por ello que los modelos son herramientas de gran utilidad en el trabajo científico. En el diseño de modelos de simulación, las características centrales deben ser identificadas y simplificadas, mientras que los elementos menos importantes son omitidos en el modelo. Los modelos de simulación pueden operarse de tres maneras. Primera, puede emplearse una computadora para tomar decisiones y producir acciones. Las acciones y las consecuencias de las decisiones son producidas por el modelo en la computadora (simulación digital). Segunda, la combinación de una computadora o algún dispositivo, y participantes humanos puede hacer que el modelo funcione. El dispositivo contiene un modelo o un grupo de modelos, los cuales afectan o son afectados por las acciones de los participantes. Tercera, todas las operaciones pueden ser generadas por participantes humanos, y las consecuencias calculadas por humanos. A la primera de estas se le ha llamado "simulación en computadora". A la segunda y tercera "juego de simulación" (simulation game). ⁵



MODELO PARA LA ENSEÑANZA EN MEDICINA CLÍNICA

Una de las preocupaciones de los educadores médicos por los problemas de aprendizaje, les ha llevado a proponer y poner en práctica diversos modelos para la enseñanza. Uno de los modelos fue propuesto por el Dr. S.J. Bosch de la Escuela de Medicina Monte Sinaí de la Ciudad de Nueva York y es que durante la carrera, se pretende hacer vivir al estudiante las emociones que se producen en el ejercicio de la medicina, ofreciéndole en la persona del docente un modelo humano que pueda imitar y en la persona del individuo o comunidad un caso concreto que debe estudiar y ayudar.⁷

El modelo pretende utilizar y orientar el aprendizaje y manejo de problemas en el área de la salud y enfermedad humanas. El propósito es desarrollar la actitud y el juicio crítico, el razonamiento clínico, el hábito por el estudio independiente y el trabajo en equipo durante su formación y en ejercicio profesional. Los modelos surgen de situaciones reales o de expedientes clínicos, estructurados por un grupo de profesores expertos que conocen las características. Un objetivo importante es que el alumno identifique y genere sus necesidades de aprendizaje a través del análisis individual y de discusión profunda del caso de manera grupal. En estas condiciones se establece una dinámica de trabajo que propicia un análisis cuidadoso y discusión integral de los elementos que conforman el caso.⁸ Se podría concluir que cualquier modelo para la enseñanza, el cual pueda ser aplicado y pruebe su efectividad en el aula será válido.⁷



Embriología dental

Los dientes se desarrollan a partir de dos tipos celulares: Células ectodérmicas que dan origen histogénico al órgano del esmalte y las células mesenquimales de las cuales crecen las células de la papila dental. El esmalte se desarrolla del órgano del esmalte y la dentina de la papila dental. Las células de la cresta neural es sinónimo con las células mesenquimal de la cabeza y cuello. Estas células inducen o interactúan con las células epiteliales que forman al diente y las glándulas salivales. También participan en la formación del hueso, cartilago, nervio y músculos de la cara. Las células de la cresta neural derivan de las células del pliegue neural y emigran a los lados de la cabeza y dentro de los maxilares donde comienzan su función. En los maxilares, las células de la cresta neural, inducen (6 semana) al epitelio bucal a proliferar y formar la lámina dental: el cual es el primer signo de desarrollo del diente. Esta lámina invagina como una extensión de células epiteliales dentro del mesénquima alrededor del perímetro de la maxila y la mandíbula. A lo largo del ribete aparecen veinte brotes, forman los dientes primarios y adyacente al ribete de la lámina se continúa el desarrollo de los dientes permanentes (32 piezas). Cada diente, crece como una unidad anatómica distinta, siendo el proceso de formación similar para todos los dientes.⁹

Estadios de desarrollo del diente

Los primeros signos histológicos de desarrollo dental consisten en la aparición de una condensación de tejido mesenquimal y de redes capilares situadas por debajo del presunto epitelio dental de la cavidad oral primitiva. Hacia la sexta semana de desarrollo, el epitelio dental aumenta de espesor y se invagina en el mesénquima para formar la banda epitelial primitiva.



Figura 1 Banda epitelial primitiva (flecha)¹¹



Hacia la octava semana, aparecen una serie de prominencias en la superficie profunda de la lámina dental, cada uno de los engrosamientos crece hacia el ectomesénquima y constituye el botón dental; en un número de diez por arco.

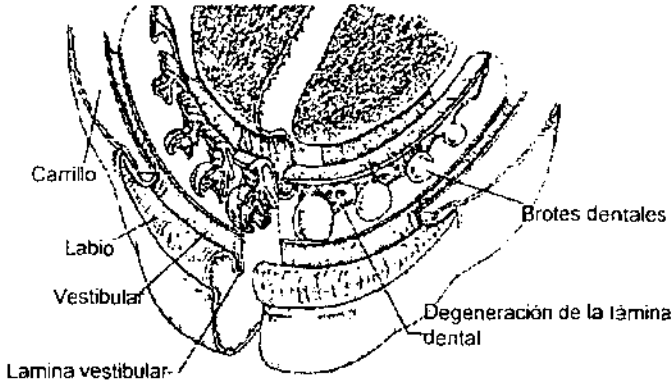


Figura 2 Desarrollo de los dientes en el proceso alveolar. Nota los dientes anteriores está más avanzado su desarrollo que los posteriores y la lámina anterior está en degeneración⁹

En la etapa de capuchón, las células epiteliales que constituyen el órgano del esmalte han pasado por algunos de los primeros fenómenos de la diferenciación, de manera que ahora son evidentes cuatro regiones en el órgano del esmalte.

- un epitelio interno del esmalte, formado por células cilíndricas bajas y separadas del ectomesénquima, de la papila dental por una matriz extracelular.
- un epitelio externo del esmalte formado por células cúbicas bajas.
- Un estrato intermedio ó capa celular intermedia formado por células escamosas y en relación con la cara basal del epitelio interno.
- El retículo estrellado, una relación de células estrelladas que se extiende entre la capa celular intermedia y el epitelio externo.

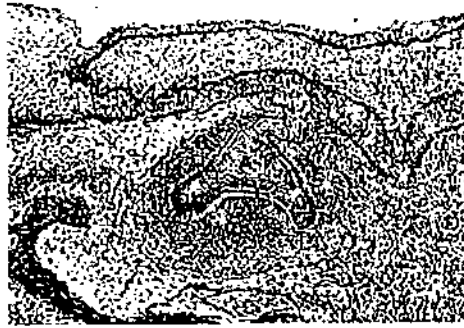


Figura 3 Estadio de capuchón ó caperuza. (A) Reticulo estrellado. (b) células del epitelio del esmalte. (c) Epitelio interno del esmalte, (d) Papila dental, (e) Folículo dental. ¹¹



Figura 4 Estadio de campana. La capa interna del revestimiento (A) es una condensación fibrocelular vascular de tres a cuatro células de grosor que rodea al esbozo dental, los núcleos de sus células tienden a ser alargados circunferencialmente. La capa externa del folículo dental (B) está representada por una capa mesenquimal vascular que reviste al alveolo en desarrollo. ¹¹



Figura 5 Perlas epiteliales (restos de Serres). Durante el estadio de campana, el órgano del esmalte (A) pierde su conexión con el epitelio bucal cuando la lámina dental se rompe. Al mismo tiempo, también degenera la lámina dental existente entre los esbozos dentales. Los restos de la lámina dental (flechas) pueden permanecer en la mucosa del adulto como grupos de células que pueden contener queratina y que podrían participar en la etiología de determinados quistes. 11



MECANISMOS DE FORMACIÓN DE LOS QUISTES

Se define como cavidad tisular patológica desarrollada por acumulación de material líquido o semisólido y que frecuentemente, pero no siempre, se encuentra revestida de epitelio. Un quiste está formado por tres estructuras fundamentales:

- ❖ Una cavidad central (luz)
- ❖ Un revestimiento epitelial
- ❖ Una pared exterior (cápsula)

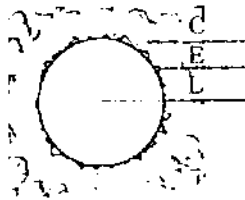


Figura 6 Esquema de un quiste, constituido por una cápsula externa de tejido conjuntivo fibroso (C), revestimiento epitelial (E), y luz (L). 12

La cavidad quística suele contener material líquido o semisólido, por ejemplo, residuos celulares, queratina o moco. El revestimiento epitelial difiere entre los distintos tipos de quiste y puede ser plano estratificado queratinizado o no queratinizado, seudoestratificado, cilíndrico o cuboidal. La pared del quiste está formada por tejido conjuntivo que contiene fibroblastos y vasos sanguíneos. Los quistes suelen presentar grados variables de inflamación que pueden alterar su morfología fundamental, oscureciendo en ocasiones sus rasgos característicos. La inflamación intensa puede destruir parcial o totalmente el revestimiento epitelial. La mayoría de los quistes de la región oral son quistes verdaderos, dado que poseen revestimiento epitelial. Sin embargo una corta lista de lesiones adicionales reciben el nombre de "quistes" aunque carecen de revestimiento epitelial. Los "seudo quiste" son lesiones, ejemplo, el quiste óseo traumático, el quiste óseo aneurismático y el quiste óseo estático. 12



CLASIFICACION DE LOS QUISTES DE LOS MAXILARES

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1992)

Clasificación de los quistes de los maxilares

Quistes maxilares con revestimiento epitelial

De desarrollo

Odontogénicos

- Gingival de la infancia (perlas de Epstein)
- Queratoquiste odontogénico (quiste primordial)
- Dentígero (quiste folicular)
- De erupción
- Periodontal lateral
- Gingival del adulto
- Odontogénico glandular (quiste sialodontogénico)

No odontogénicos

- Del conducto nasopalatino
- Nasolabial (nasoalveolar)

Inflamatorio

- Radicular
- Apical y lateral
- Residual
- Paradental (colateral inflamatorio, bucal infectado de la mandíbula)

Quistes maxilares sin revestimiento epitelial

- Óseo solitario
- Óseo aneurismático ¹²



CLASIFICACIÓN DE MERVIN SHEAR (1992)

I Quistes de la mandíbula

a) Epitelial

1 Desarrollo

Odontogénicos

- i. Quiste gingival de infantes
- ii. Queratoquiste Odontogénico (quiste primordia)
- iii. Quiste dentífero (follicular)
- iv. Quiste de erupción
- v. Quiste periodontal lateral
- vi. Quiste odontogénico botroide
- vii. Quiste odontogénico glandular (sialo-odontogénico, odontogénico mucoepidermoide)
- viii. Quiste odontogénico calcificante

No odontogénicos

- i. Quiste conducto nasopalatino (canal incisivo)
- ii. Quiste nasolabial (nasoalveolar)
- iii. Quiste rafe medio de infantes
- iv. Quiste palatino medio, alveolar medio y mandibular medio
- v. Quiste glóbulo maxilar

2 Inflamatorio

- i. Quiste radicular, apical y lateral
- ii. Quiste residual
- iii. Quiste paradental, mandibular infectado y bucal
- iv. Quiste inflamatorio colateral



b) No epitelial

- i. Quiste solitario del hueso (traumático, simple, hemorrágico del hueso)
- ii. Quiste aneurismático del hueso

II Quistes asociados con el antro maxilar

- i. Quiste benigno de la mucosa del antro maxilar
- ii. Quiste posoperativo (quiste quirúrgico ciliado de la maxila)

III Quistes del tejido suave de la boca, cara y cuello

- i. Quiste dermoide y epidermoide
- ii. Quiste linfoepitelial (fisura branquial)
- iii. Quiste del conducto tirogloso
- iv. Quiste anterior-medio lingual (quiste Interlingual)
- v. Quiste bucal con epitelio gástrico ó intestinal (q del tracto bucal alimentario)
- vi. Quiste higroma
- vii. Quiste nasofaríngeo
- viii. Quiste Tímico
- ix. Quiste de las glándulas salivales: quiste extravasación de la mucosa; quiste de retención de la mucosa.
- x. Quiste Parasítico ¹⁴



QUISTES ODONTOGÉNICOS

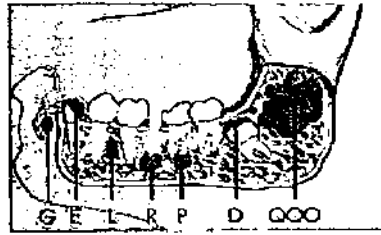


Figura 7 Característica clínica y radiográfica de los quistes. De izquierda a derecha: G, gingival, E, de erupción; L, Periodontal lateral; R, residual; P, periapical; D, Dentígero; QOO, Queratoquiste odontógeno.¹²

QUISTES DERIVADOS DE LOS RESTOS DE MALASSEZ

Restos de la vaina epitelial radicular de Hertwing que persisten en el ligamento periodontal después de completarse la formación de la raíz.¹²

Quiste periapical (quiste periodontal apical, apical, dental, radicular)

Características clínicas: Se presenta en adultos en la tercera y sexta década de vida. Más frecuente de todos los quistes odontogénicos. Aparecen tanto en maxilar-mandíbula. Generalmente asintomáticos, suelen descubrirse de manera incidental, durante el examen radiográfico dental de rutina. Causan absorción del hueso, pero no expansión de las corticales. Por definición se requiere la presencia de una pulpa desvitalizada para establecer el diagnóstico. De origen inflamatorio se desarrolla a partir de un granuloma periapical preexistente y la estimulación de los restos de Malassez, aparece en el vértice de la raíz de un diente erupcionado cuya pulpa ha sido desvitalizada por caries o traumatismo dental, 5 a 10% el tejido conjuntivo muestra estructuras laminares en forma de semiluna denominadas cuerpos hialinos (de Rushton)

Histológicamente.- cavidad revestida de epitelio plano no queratinizado, espesor variable de 5 a 10 capas, por lo general están inflamados y suele haber neutrófilos en el revestimiento, cerca de un 10% muestra cuerpos hialinos (de Rushton) en el epitelio(estructuras laminares en forma de semiluna), la pared de tejido conjuntivo muestra



generalmente un infiltrado por células plasmáticas, linfocitos, histiocitos cargados de lípidos y neutrófilos.

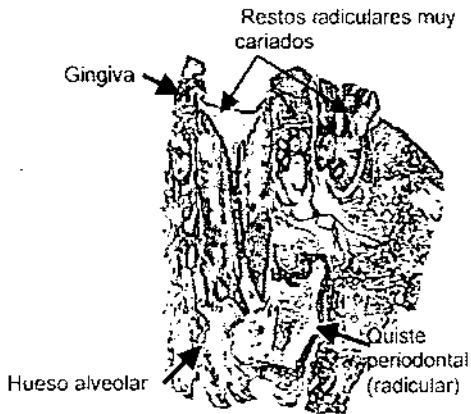


Figura 8 Quiste periodontal (radicular) ¹⁴

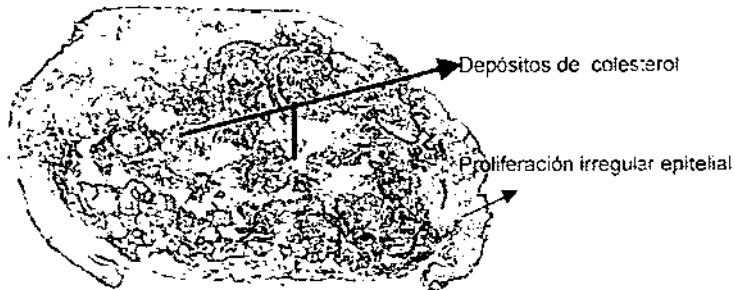


Figura 9 Histológicamente muestra el revestimiento epitelial irregular y subyacente infiltrado inflamatorio. ¹⁵

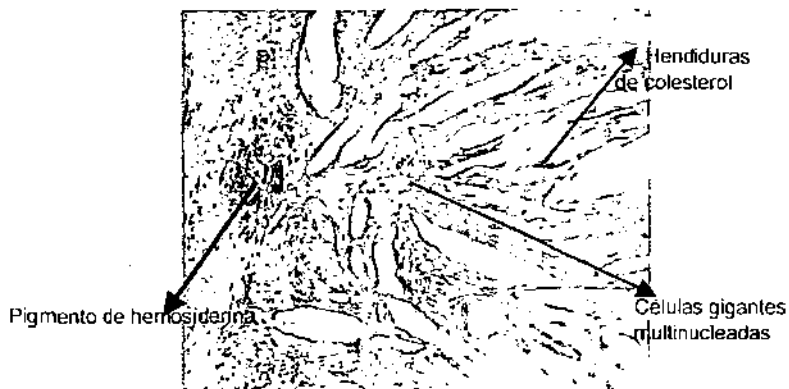


Figura 10. Aumento histológico de la anterior figura, muestra las agujas en la pared del quiste y están rodeadas por células gigantes.¹⁵



Figura 11. Cuerpos hialinos (Rushton): histológicamente muestra estas variadas partículas de forma de anular a semiluna. Probablemente son productos epiteliales.¹⁵

Radiográficamente: zona radiolúcida bien definida con límites hiperostóticos Redonda u ovoide. Usualmente mide menos de 1cm. de diámetro. Clínicamente difícil diferenciarlo del quiste gingival

Tratamiento: la mayoría se tratan mediante enucleación tras la extracción o el tratamiento endodóntico del diente responsable. Extraer el diente responsable sin extirpar el quiste asociado puede conducir a su persistencia y crecimiento continuado (quiste residual)^{12-13, 16}



QUISTES DERIVADO DEL EPITELIO REDUCIDO DEL ESMALTE

Epitelio residual que rodea la corona del diente después de completarse la formación del esmalte. ¹²

Quiste dentígero (quiste folicular)

Características.- surge del folículo de un diente que no brotó, que puede ser parte de la dentición regular o supernumerario, el quiste rodea la corona, acumulándose líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la superficie del esmalte, la corona del diente se localiza dentro de la luz y la raíz permanece en el exterior. Suele permanecer asintomático, llegando a alcanzar gran tamaño, provocando una expansión considerable de las láminas óseas e incluso provocando deformidad facial, siendo el dolor un signo de infección secundaria en estas lesiones. Ocupa el segundo lugar en frecuencia, se desarrollan por proliferación de residuos del órgano del esmalte; incidencia 2ª. y 3ª. década de vida, mayor frecuencia en hombres

Histológicamente: Cavidad revestida por una capa relativamente uniforme de epitelio plano estratificado no queratinizado, mide de 2-10 células de espesor. La inflamación suele alterar al revestimiento, la unión entre epitelio y tejido conectivo es plana.

Radiográficamente.- Radio lúcido bien definido unilocular y en ocasiones multifocal.

Tratamiento.- Extracción del diente relacionado y enucleación. ¹²⁻¹³⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸

Necesidad de retirar terceros molares asintomáticos

Existen terapéuticas e indicaciones profilácticas para retirar terceros molares impactados en ausencia de síntomas:

1. Si presentan infección, lesión cariosa, quistes, tumor, destrucción del diente y hueso adyacente
2. Reducción de mortalidad, cuando es retirado en pacientes jóvenes que en pacientes adultos.



3. Mayor incidencia de presentar quiste Dentigero ó ameloblastomas han sido reportados; y en algunos casos carcinoma mucoepidermoide ó verrucoso.

Muchos especialistas estan a favor de extraerlos a una temprana edad y sin presentar ningún síntoma: pero existe otra corriente que no está de acuerdo. Pero debe tomarse en cuenta que radiográficamente puede ser muy difícil distinguir entre un simple quiste odontogénico y una lesión maligna ¹⁹

Diagnostico diferencial: TOA (Tumor odontogénico adenomatoide)
Radiográficamente pueden ser muy parecidos ya que esta lesión es unicular bien demarcada, ocasionalmente multicular, radiolucido y depósitos calcificados radiopacos se ven dentro de la lesión. La variante clinica del TOA es folicular intra ósea y extrafolicular. El tumor es más común en maxila, asociado a un canino no erupcionado. El borde opaco de un quiste Dentigero comúnmente esta a nivel o más debajo de la unión cemento-esmalte; mientras el borde del TOA es apical. Un quiste Dentigero ha sido reportado estar asociado cubriendo un diente con resorción radicular; esto es raro en un TOA. El TOA es una rara lesión, su incidencia del 2.5-4% de todos los tumores odontogénicos, más común en la 2ª década; alta incidencia en mujeres 3:1; tratamiento enucleación y curetaje conservador. Recidiva rara. ²⁰

Quiste de erupción

Características.- se desarrolla en el tejido blando que rodea la corona de un diente en fase de erupción, es una tumefacción blanda en la zona de erupción de un diente que ocasionalmente muestra una coloración azulada. La masticación inducirá a veces hemorragia, dando origen al término hematoma de erupción; presentes en 1ª. Y 2ª. década de vida



Figura 12. Quiste de erupción. La coloración azulada de la encía se debe a la presencia hemática en torno al diente que va a erupcionar. Se trata de un fenómeno relativamente frecuente y sin significación patológica. ²¹

Histológicamente.- deriva del epitelio reducido del esmalte; pero la transformación quística ocurre a consecuencia de un obstáculo en la erupción durante el paso del diente a través de la mucosa. Está revestido por un epitelio de células aplanadas o cuboideas y suele presentar una marcada infiltración en su pared conectiva y suele presentar infiltración en su pared conectiva fibrosa debido a traumatismos durante la actividad masticatoria. Normalmente en estas áreas inflamadas el epitelio puede ser hiperplásico.

Radiográficamente.- Radiolúcido intraóseo

Tratamiento.- No requiere tratamiento puesto que los dientes erupcionan a través de la lesión, después de la erupción, el quiste desaparece de manera espontánea sin complicaciones.

Diagnóstico diferencial

Hematoma

Hemangioma

Linfangioma alveolar natal ¹²⁻¹³⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸



QUISTES DERIVADOS DE LA LÁMINA DENTAL

Quiste de la lámina dental del recién nacido (gingival de la infancia, perlas de Epstein ó nódulos de Bohn)

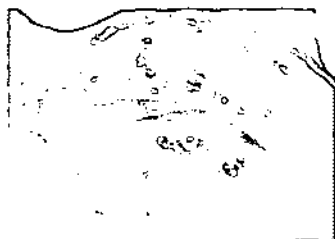


Figura 13. Perlas de Epstein. Múltiples lesiones blanquecinas de la cresta alveolar del maxilar superior de un lactante.¹²

Poco frecuentes que derivan de los restos de la lámina dental y se observan como nódulos pequeños a menudo múltiples, presente en el borde alveolar del recién nacido y a lo largo de la línea media del paladar como elevaciones blanquecinas con 2 ó 3 mm. de diámetro. Pueden ser múltiples.

Histológicamente - presentan una pared fina localizada superficialmente y revestida por un epitelio delgado, estratificado y queratinizado

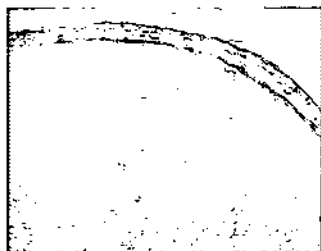


Figura 14. Aspecto microscópico constituido por una gran luz rellena de queratina descamada y revestida por un epitelio plano estratificado adelgazado.¹²



No provocan síntoma alguno, remitiendo espontáneamente antes del tercer mes de vida extrauterina ¹²⁻¹³⁻¹⁶⁻²²

Queratoquiste odontogénico (quiste primordial)

Características: Una inflamación crónica periradicular juega un rol de estimulación del crecimiento. ¹²⁻¹³⁻¹⁶⁻¹⁸ Presente en adultos jóvenes en la 2ª, 3ª y 4ª década de vida ²³ En región del ángulo de la mandíbula y rama ascendente. Igual incidencia entre hombre y mujeres. Derivado de los restos de la lámina dental. Puede aparecer asociado a un diente, enmascarándose como lesiones de origen endodóntico ó tras la extracción de una pieza dentario. Queratoquistes múltiples se encuentran formando parte del síndrome del carcinoma baso celular nevoide o síndrome de Gorlin. Posee un notable potencial de crecimiento, produciendo destrucción ósea masiva. ¹²⁻¹³⁻¹⁵⁻¹⁸

El diagnóstico preoperativo puede realizarse por aspiración del fluido del quiste por electroforesis; examen citológico, examen histopatológico y biopsia del espécimen. ²⁴ Histológicamente.- revestimiento delgado y uniforme de epitelio de células escamosas de 6-8 células de espesor. Corrugado y paraqueratinizado, superficie luminal y capa basal cuboidal de células columnares exhibiendo hiperromatismo y frecuentes núcleos en empalizada. Figuras mitóticas en el epitelio son comunes. Promedio de proliferación del epitelio es mucho más alto que el radicular o dentigero. Separación focal del revestimiento epitelial y el tejido conjuntivo. Luz que contiene cantidad variable de paraqueratina descamada. Por lo general ausencia de respuesta inflamatoria en la cápsula ¹²⁻¹³⁻¹⁶⁻²¹

El tejido conectivo básico esta compuesto de una delgada e irregular paquetes de colágeno y frecuentemente contiene islas de epitelio que pueden representar un quiste en desarrollo, llegando a separar el epitelio del quiste básico. ²⁵



Figura 15. Múltiples quistes satélites, pueden ser el factor de recurrencia ¹²

Radiográficamente.- Puede aparecer como pequeño, redondo y oval, con áreas radiolúcidas, frecuentemente las lesiones son más extensas. Muchas de ellas están bien demarcadas con un distintivo margen esclerótico. La mayoría son radiolúcidas, unilocular y muchos tiene una periferia continúa. Algunas lesiones uniloculares tienen márgenes festoneados. La variedad multilocular es particularmente viable de ser diagnosticada como ameloblastoma. Las lesiones unilocular y multilocular pueden envolver el cuerpo de la mandíbula y ascender por la rama extensivamente. Tal vez, no exista expansión del hueso, pero en algunos casos, particularmente en el ángulo ó rama de la mandíbula la expansión puede ocurrir. La expansión es usualmente leve pero puede ser considerable en los niños. Igualmente en bucal y lingual la expansión ocurre. El desplazamiento del canal alveolar inferior y resorción de la placa cortical inferior de la mandíbula puede verse, como perforación del hueso, y fracturas patológicas pueden ocurrir ocasionalmente. ¹⁴

Tratamiento.- Enucleación quirúrgica. En caso de perforación extensa de mandíbula resección quirúrgica. Aconsejable seguimiento clínica, puede existir recidiva 5-10 años posterior de la cirugía. ¹²⁻¹³⁻¹⁶⁻¹⁸

En vista de la posible recurrencia y la alta fragilidad de la paredes del quiste y la presencia de microquistes. La enucleación no siempre es fácil pues el revestimiento puede ser extremadamente delgado y friable; el campo puede ser limitado y difícil remover revestimiento una pieza. A lo cual es recomendado cirugía radical con resección y trasplante de hueso. ²⁵⁻²⁶



Algunos casos, sé a realizado con éxito; descompresión de los quistes, seguidos de una enucleación, seguida por la aplicación de solución de Carnoy (fijador del tejido contiene alcohol (6.0 ml), cloroformo (3.0 ml), ácido acético glacial (1.0ml) y cloruro ferrico (1.0 g) con osteotomía periférica), como tratamiento conservativo^{23,25}

El término queratoquiste odontogénico fué propuesto por primera vez por Philipsen en 1956 describiéndolo como un quiste de delgada pared caracterizado por epitelio queratinizado. En 1963, Pindborg y Hansen²⁴ describieron 7 características histológicas las cuales son:

1. El revestimiento epitelial es usualmente muy delgado y uniforme, con poca o no evidencia de plexo arrugado
2. Hay una capa de células basales bien definida, los componentes celulares, en forma son cuboidales o columnares y frecuentemente en empalizada.
3. Las células del estrato espinoso frecuentemente exhiben edema intracelular.
4. Hay una capa delgada de células espinosas que frecuentemente muestran una transición directa de la capa celular basal.
5. La queratinización es predominantemente paraqueratina, pero puede ser ortoqueratina
6. La capa de queratina frecuentemente es corrugada
7. La pared fibrosa del quiste generalmente es delgada

Asociado con dientes impactados

El queratoquiste puede manifestar una lesión unilocular o multilocular radiolúcida
La radiografía incluye:

Masa radiolúcida cubierta por una margen radiopaco

Diente impactado o no erupcionado en el área radiolúcida, dando la impresión radiográfica de un quiste dentígero.

Resorción ocasional o desplazamiento de las raíces de los dientes.

Asociado a dientes con tratamiento endodóntico

El queratoquiste se manifiesta como una radiolúcidas, pudiendo aparecer en cualquier lado de la maxila o mandíbula, incluyendo áreas periradiculares; pudiendo estar enmascaradas como lesión de origen endodóntico. Garlock, Pringle y Lammer²³ reportan que son pocos los queratoquistes periradicular, asociados con dientes con pulpa necrótica o



a un tratamiento endodóntico. A diferencia del quiste radicular que proviene de los restos celulares de Malassez y aumentan su tamaño hidráulicamente por fuerza osmótica generada por las células necróticas centrales; en cambio, el queratoquiste proviene de los restos celulares de la lámina dental y aumenta por proliferación del estroma epitelial.

No es sorprendente que un 100% de estas lesiones fueron mal diagnosticadas como quiste radicular o granuloma periradicular. Además se encontró presente en pacientes mayores (entre 50 años), algunas lesiones están presentes en dientes anteriores.

Presencia del carcinoma nevoide de células basales (Síndrome de Gorlin-Goltz)



Gorlin-Goltz¹⁵ (1960), establecieron a este síndrome, el cual es heredado como autosómico dominante, es caracterizado por múltiples queratoquistes, carcinomas basales de células nevóides y otras lesiones de piel. En adición, los pacientes pueden presentar hipertelorismo, calcificación de la hoz del cerebro múltiples anomalías esqueléticas, de las cuales la costilla bífida es posiblemente lo más característico.¹⁵

Figura 16. Síndrome de Gorlin-Goltz; característica protuberancia frontal y amplia raíz nasal.¹⁵



Figura 17. La histología del síndrome. Muestra el revestimiento en los quistes es esencialmente el mismo que un queratoquiste. Por lo tanto aquí la arquitectura del revestimiento epitelial ha sido alterada por la inflamación. Presencia de múltiples microquistes.¹⁵



Quiste periodontal lateral

Se observa como un aumento de volumen del tejido blando en la papila interdental o ligeramente por debajo de ella. Puede adoptar una ligera coloración azulosa cuando es relativamente grande. Crecimiento lento no expansivo, derivado de uno o más restos de la lámina dental. Raro. Presente en pacientes masculinos 2:1, 5-6^a década de vida desarrollo intraóseo situado lateralmente a la raíz de un diente erupcionado y en la que han excluido la etiología inflamatoria, asintomático

Radiográficamente.-Radiolúcido, solitario pequeña y bien delimitado, redonda o en forma de gota unilocular, con un borde opaco a lo largo de la superficie de la raíz localizado entre las raíces de dientes vitales en región premolar mandibular y maxilar canina. Tamaño 1.0 cm de diámetro. En ocasiones produce divergencia de los dientes asociados, aunque no producen expansión cortical.

Histológicamente.- Revestimiento no queratinizado que mide de una a tres células de espesor. Dispersas en el epitelio se encuentran abundantes células claras cargadas de glucógeno. La cápsula está compuesta por tejido fibroso sin infiltración inflamatoria

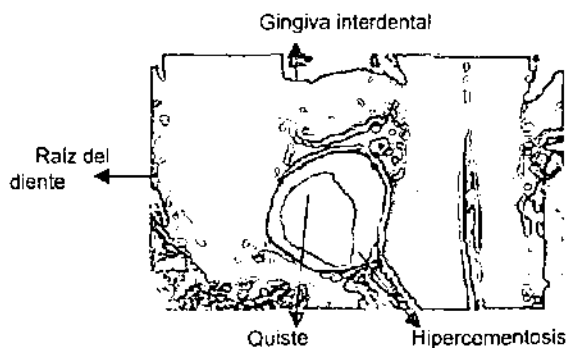


Figura 18. Quiste Periodontal lateral ¹⁵

Tratamiento.- enucleación quirúrgica. Recidiva rara, si es multilocular puede existir recidiva

Diagnóstico diferencial.- Quiste periapical (periodontal apical) ¹²⁻¹³⁻¹⁶



Quiste gingival del adulto

Quiste poco común en tejido gingival. Se presenta tanto en encía libre como en la adherida. Surge de la transformación quística de la lámina dental o de los restos de Serres. Puede presentarse a cualquier edad, más común en adultos. Aparece como un abultamiento pequeño no doloroso, bien circunscrito de la encía (a veces asemeja a un mucocele superficial). Presenta mismo color de la mucosa adyacente. Rara vez mide más de 1cm. de diámetro.

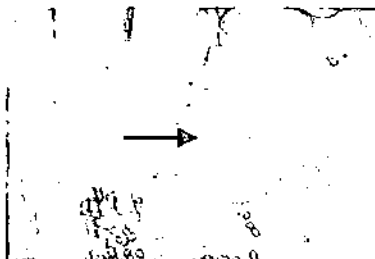


Figura 19. Quiste gingival del adulto. Circunscrito tejido blando aumentado en la gingiva. ²⁷

Radiográficamente.- lesión de tejido blando no se manifiesta radiográficamente

Histología.- origen embrionario, situado en el tejido blando gingival derivado de los restos de la lámina dental, que contiene un revestimiento de epitelio embrionario de células cuboidales y espesamientos focales. 2-5 células de espesor.

Tratamiento.- enucleación quirúrgica, no tiende a recurrir. ^{12-13 16}



Figura 20. Fotomicrografía histológica muestra una línea muy delgada de epitelio escamoso estratificado. Especimen de un adulto ¹⁵



Figura 21. Agrandamiento histológico. Se observa una delgada pared del quiste. En el revestimiento hay uno o pocas células. No currugación en la superficie, paraqueratosis. ²⁷

QUISTE INFLAMATORIO

Quiste paradental (mandibular infectado, bucal en bifurcación)

Incluido como quiste inflamatorio. " Pompura J. R.",²⁶ refiere en este estudio, que todas las lesiones se localizaron en la bifurcación bucal de los primeros molares mandibulares.; radiográficamente es radiolucido. La lesión atacó al diente en la unión cemento-esmalte. Los síntomas aparecen cerca del tiempo de erupción del primer ó segundo molar, sensibilidad y molestia (100% de los casos), inflamación del area adyacente a la lesión. El patrón de erupción del diente afectado es alterado o retrasado. El epitelio



puede derivar de las células de los restos de Serres, de Malassez, Lámina dental ó Epitelio reducido del esmalte.

Tratamiento.- enucleación y curetaje del diente; no llegando a extraer la pieza.

Histológicamente, consistía de un revestimiento (nunca continuo) no queratinizado, con un epitelio escamoso estratificado con áreas de hiperplasia. En el cultivo microbiológico estaban presentes:

- ❖ Estreptococo alfa
- ❖ Estreptococo beta-hemolítico
- ❖ *Staphylococcus epidermis*
- ❖ *Streptococcus pneumoniae*
- ❖ Especies de Nisseria
- ❖ Especies de Pepto-estreptococos
- ❖ Especie Bacteroides.

QUISTES NO ODONTOGÉNICOS

Anteriormente se decía que se formaban a partir de restos del epitelio del tracto nasopalatino o sutura del paladar, del muro embrionario de Hochstetter y las suturas faciales. Actualmente se dice que derivan del epitelio odontógeno situado entre el incisivo lateral y el canino maxilar.

Quiste del conducto nasopalatino (del canal incisivo o fisural)

Tumefacción simétrica en región anterior de la línea media palatina, no es raro la formación y drenaje de trayectos fistulosos que se detectan en la porción más prominente de la papila palatina. Localizado dentro o cerca del canal incisivo en la línea media de la parte anterior del maxilar, origen de la proliferación de restos epiteliales del conducto nasopalatino. Estructura se compone de un conducto o cordón de células epiteliales localizadas dentro del canal incisivo. Estos se unen a las cavidades nasal y bucal y se forma cuando el proceso palatino se fusiona con la premaxila, dejando una vía en cada lado del tabique nasal. Los conductos se juntan y los canales se aproximan a la cavidad bucal se fusionan y luego salen a través de una abertura común localizada en el hueso palatino en la parte posterior de la papila palatina. Asintomáticos y el signo clínico de tumefacción es lo que hace llamar la atención hacia la lesión, con supuración o pequeña fistula en la zona de la papila palatina. Aparece a cualquier edad. Algunos pacientes notan aumento de



volúmen del paladar sobre todo cuando la lesión se localiza en la papila incisiva. La mayoría son pequeños y se detectan en radiografía de rutina

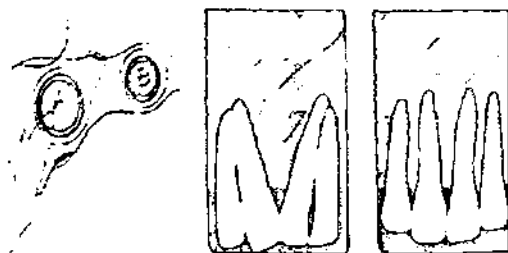


Figura 22 Esquema de la localización de los quistes nasopalatino (A) y medio (B) en una radiografía ²⁹

Radiográficamente. - con frecuencia se descubren al nacer el examen radiográfico Siempre se localizan en la línea media o próximo a la misma entre las raíces de los incisivos centrales. Zona radiolúcida redonda, ovoide o en forma de corazón.

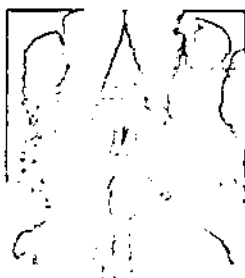


Figura 23 Radiografía quiste nasopalatino. El quiste se ha desarrollado en la parte nasal del conducto en posición palatina respecto a los incisivos, por lo que no puede presionar sobre las raíces del 11-21. ²⁸

Histológicamente. - Revestido por epitelio escamoso estratificado columnar ciliado (respiratorio), pseudoestratificado, cuboide (ductal) o cualquier combinación de éstas. La pared muestra infiltración de células inflamatorias de tejido conjuntivo. La cápsula muestra componentes de vasos sanguíneos y nervios periféricos que corresponden al contenido normal del canal incisivo

Tratamiento.- enucleación quirúrgica empleando un abordaje palatino. Recidiva rara

Diagnostico diferencial.- Granuloma ó Quiste periapical ¹²⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸



Diagnostico diferencial.- Granuloma ó Quiste periapical ¹²⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸

Quiste nasolabial (quiste nasoalveolar- Klestadt)

Tiene lugar en los tejidos blandos del vestibulo de la parte anterior del maxilar debajo del ala de la nariz y en la profundidad del surco Nasolabial. Origen probablemente en los residuos de las porciones inferior y anterior del conducto nasolagrimal. Tumefacción indolora unilateral, a veces bilateral, del tejido blando, produce un aplanamiento del surco nasolabial en la piel situada debajo de la nariz. Al retraer el labio superior, se observan intraoralmente como una tumefacción localizada en la profundidad del vestibulo del maxilar. Presente 5-6 década de vida. Predilección mujeres 3.1

Radiográficamente.- No se ve con facilidad.. A menos que se inyecte un medio de contraste en la luz del quiste, facilita su visualización.

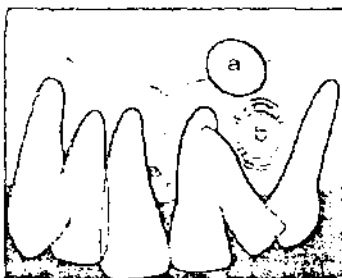


Figura 24. Esquema de un quiste nasoalveolar y globulomaxilar ²⁸

Histológicamente.- revestido por una capa de epitelio cilíndrico pseudoestratificado que muestra un número variable de células mucosas (caliciformes) ó cuboidal del ductal

Frecuentemente se observa algún grado de plegamiento interno del quiste y tejido conjuntivo asociado. Estrecha zona de tejido fibroso denso y homogéneo adyacente al revestimiento epitelial. No suele observar inflamación

Tratamiento.- Enucleación quirúrgica; tener cuidado de perforar y exista colapso de la lesión. Recidiva rara

Diagnóstico diferencial

Neoplasias de glándula salival

Tumores benignos cutáneos ¹²⁻¹⁶⁻¹⁷



PSEUDOQUISTES

Se cree que está producido por una lesión no asociada con fractura; la lesión puede originar un hematoma intra medular, que se desintegra y provoca la formación de una quiste dentro del hueso.

Quiste óseo solitario (óseo traumático, simple o hemorrágico)

Lesión ósea benigna no neoplásica. Más frecuente en mandíbula sobre todo en área premolar / molar. La causa no es todavía clara, por lo tanto muchas teorías han surgido. Están incluyen infección debajo grado, anomalía intraósea vascular, degeneración de tumor de huesos, alteración local del metabolismo del hueso y trauma. Es una cavidad intraósea; presenta una línea delgada de tejido fibroso conectivo sin epitelio, vacía o contener fluido serosanguíneo, tejido de granulación, eritrocitos, hemosiderina y osteoclastos. Usualmente se ve en pacientes 10-20 años. También puede ocurrir en pacientes mayores. Hombres son los más afectados (3:2). Asintomático y se encuentran durante un examen radiográfico de rutina, pero algunos pacientes presentan dolor, inflamación, sensibilidad del diente, poco común fistula, resorción de la raíz, parestesia y fractura patológica. El diente que envuelve es usualmente vital.²⁹

Histológicamente.- estroma de tejido conectivo fibroso. Contiene un número variable de células multinucleadas (fibroblastos, eritrocitos extravasados y hemosiderina en un patrón similar al granuloma central de células gigantes). Puede hallarse espacios sanguíneos sinusoidales.

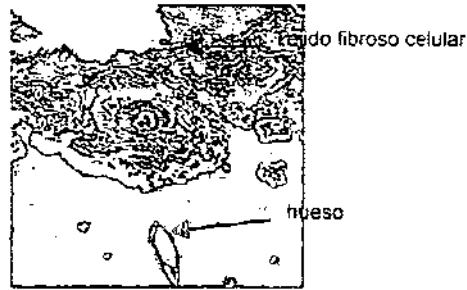


Figura 25. Quiste óseo solitario. Histológicamente muestra una de las apariencias de la pared de un quiste con solo un revestimiento de tejido conectivo ¹⁵

Radiográficamente

Los quistes en personas jóvenes pueden diferir de las personas mayores. "Matsumura S." ³⁰ concluye al igual "Saito", que en pacientes jóvenes, se caracterizó por lesiones radiolúcidas asintomáticas, con un mínimo de expansión en la mandíbula, mientras en pacientes mayores fue radiopaco con hiperplasia cemental o displasia y pérdida de lamina dura relacionada al diente.

La forma de cada lesión puede ser asignada de 1-4 categorías, basadas en un indicio en los bordes de la periferia.

- ❖ Cono 64%
- ❖ Oval 16%
- ❖ Irregular 16%
- ❖ Redondo 4%

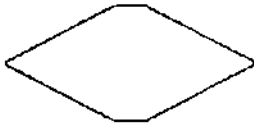
Dentro de la forma de Cono, hay cuatro variantes: (Figura 26. Variantes de un cono ²⁹)



Typical cone
23 (83%)

Típico cono

Un margen lateral fue ovoide y la otra forma en ángulo de interfase entre el hueso y la lesión, además dos planos convergen en un ángulo aproximado de 45°.



Double cone
2 (7%)

Doble cono Fue identificado como una lesión con una interfase en un ángulo de 45° en los márgenes anteriores y posterior.



Half cone
2 (7%)

Un cuarto de cono
En esta forma, un margen lateral fue ovoide, mientras que el margen opuesto consistió de un plano simple con una interfase continua.



Cone and a half
1 (3%)

Cono y un cuarto
Esta variante pose un típica forma de cono con una convergencia de un ángulo de 45° en un lado de la lesión y un cuarto de cono en el margen opuesto.²⁹



Figuras 27. Radiografía mostrando un doble cono ²⁹



Figura 28. Apariencia de un cuarto de cono ²⁹



Figura 29. Radiografía con un típico cono y un cuarto ²⁹

Diagnostico diferencial

Queratoquiste odontogénico

Granuloma central de células gigantes

Fibroma ameloblástico

Ameloblastoma y mixoma odontógeno ¹²⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸

Quiste óseo aneurismático



Figura 30. Esquema de un quiste óseo aneurismático ²⁸

Lesión ósea benigna no neoplásica, rara localizada principalmente en la parte posterior de la mandíbula y el maxilar superior con rasgos clínicos similares a la lesión central de células gigantes; contiene numerosos espacios grandes llenos de sangre separados por tabiques de tejido conjuntivo que contienen tejido de células gigantes. Considerado una variante del CGC. Representa principalmente 1-2% de todos los tumores óseos primarios. Pueden formar masas de crecimiento lento o rápido y suelen producir dolor no pulsátil. Asociado a otras lesiones intra óseas, las afecciones asociadas son tumores



óseos benignos y malignos, displasia fibrosa, quiste óseo traumático y hemangioma intraóseo.

Presenta en la 3ª década de la vida. La mayoría de las lesiones aparecen en la maxila, confinadas al área molar. Crecimiento rápido llegando a perforar la cortical, produciendo deformidad facial.

Radiología.- Radiolucidez expansiva oval o fusiforme en la cual la cortical está adelgazada o erosionada. A menudo los dientes están desplazados y las raíces reabsorbidas.

Lesiones uniloculares, mostrando algunas trabeculación tenue, con apariencia de panal de abejas ó burbujas de jabón.

Histopatología.- El tejido está constituido por grandes espacios llenos de sangre separados por tabiques fibrosos. Los tabiques están formados por tejido conjuntivo que contiene depósitos osteoides, espículas de hueso reticular y depósitos de hemosiderina.

Tratamiento.- Legrado. Recurrencia 20% ¹²⁻¹⁶⁻¹⁸



CASOS CLÍNICOS

CASO 1



Figura 31. radiografía caso 1 ²⁷

Mujer de 56 años, presenta una leve inflamación en la mandíbula y dolor.

1. De la evidencia radiográfica es muy probable que el diagnóstico haya sido:

- a) ameloblastoma
- b) queratoquiste odontogénico
- c) granuloma central de células gigantes

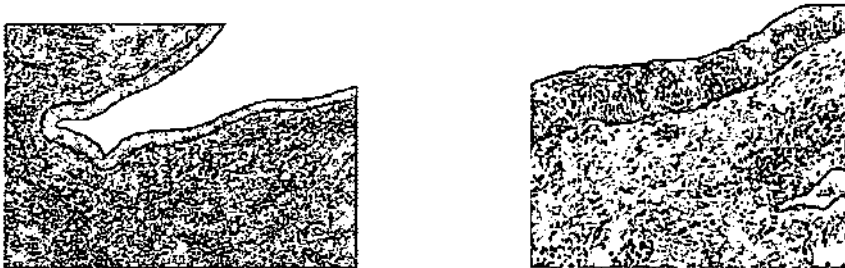


Figura 32. Histología caso 1 ²⁷



2. Histológicamente presenta

- a) Estructuras intraepiteliales denominadas cuerpos de Rushton
- b) Residuos de células " claras " de la lámina dental
- c) Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con una capa de células basales cilíndricas.
- d) Capa de epitelio cilíndrico ciliado

3. Cual es la conducta clínica a seguir en este caso?

- a) Biopsia excisional
- b) Aspiración del fluido y estudio citológico
- c) Biopsia incisional
- d) Punch

Comentarios

Hay una gran zona radiolucida en la parte posterior de la mandíbula, esta apariencia puede ser un modelo multilocular o burbujas de jabón. Además puede diferenciarse en el diagnóstico diferencial con las demás lesiones. Al realizar la biopsia resultó ser un queratoquiste odontogénico. Al microscopio se observó parte de la pared del quiste con un estroma de epitelio escamoso estratificado el cual estaba bien organizado con prominentes células basales polarizadas, muchas células espinosas y onduladas, superficie paraqueratinizado. La pared es usualmente delgada, y presenta células infiltradas crónicas inflamadas. El epitelio es el rasgo característico. Los queratoquistes son seguidos por su alta recurrencia



CASO 2

Niño de 9 años, no presenta ningún síntoma y durante el examen bucal completo se le encontró esta lesión.

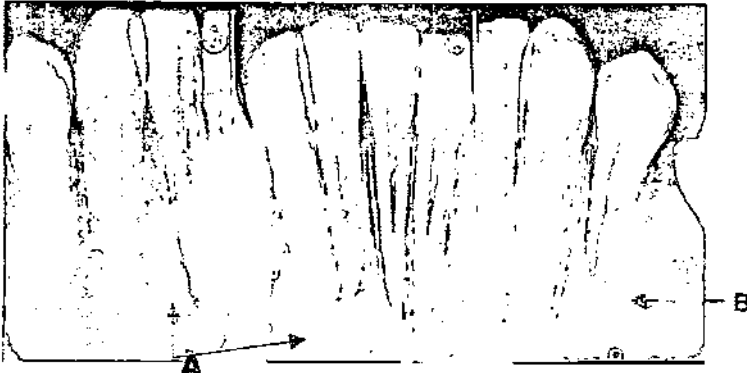


Figura 33. Radiografía caso 2²⁷

1. En base a sus características radiográficas (A) Cual es el diagnóstico más probable?

- a) Queratoquiste odontogénico
- b) Quiste óseo solitario
- c) Quiste aneurismático
- d) Ameloblastoma

2. La flecha (B) está señalando una condición, que representa:

- a) Periodontitis crónica apical
- b) Granuloma periapical
- c) Quiste periapical
- d) Está abierto el ápice, en un diente en formación



Figura 34. Acceso al quiste ²⁷

3 Al realizar el acceso, el cirujano encontró una pared delgada de tejido conectivo con un líquido claro sanguinolento. Es más probable que sea:

- a) fibroma ameloblastico
- b) queratoquiste odontogénico
- c) displasia fibrosa
- d) quiste traumático del hueso

Discusión

Un Queratoquiste en niños la expansión suele ser considerable; el quiste óseo aneurismático suele existir un trabeculado tenue; un ameloblastoma radiográficamente se observa un aspecto de " burbujas de jabón", además de producir una deformidad de expansión. Las tres generalmente son localizadas mayormente en la rama y porción posterior de la mandíbula. En la segunda pregunta la pieza se encuentra vital sin caries, a lo cual se descarta las respuestas a-b-c

El diagnóstico final fue un quiste óseo solitario; no es frecuente se encuentre en un paciente tan joven, este es realmente echo durante la cirugía, la pared presentaba una membrana delgada de tejido conectivo sin epitelio, estaba lleno con fluido serosanguíneo el cual sufre una granulación y usualmente el hueso es reemplazado. A veces existe una historia de haber sufrido un trauma.



CASO 3

Mujer de 34 años, se presenta en la clínica para atención de estas piezas. al realizar el examen clínico, se advierte una ligera inflamación en el fondo de saco entre central y lateral izquierdo, con pruebas de vitalidad el lateral no responde; lo que sugiere necrosis pulpar. No refiere sintomatología.

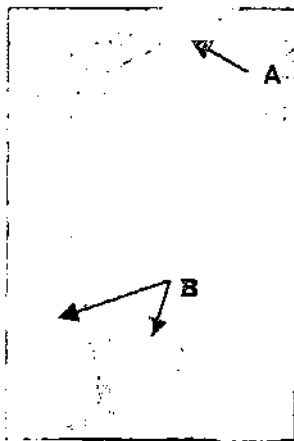


Figura 35. Radiografía caso 3

1. Al tomar una radiografía periapical de la zona se encontró una lesión radiolúcida. Cual diagnóstico es el más probable.
 - a) granuloma periapical
 - b) quiste periapical
 - c) Solo a y b son correctos
 - d) absceso periapical crónico
 - e) a,b y c son correctos
2. Cual es el tratamiento más correcto
 - a) no requiere tratamiento, la lesión desaparece espontáneamente al obturar las piezas.
 - b) enucleación tras extracción o tratamiento endodóntico con curetaje
 - c) obturar con resina y hacer examen radiográfico cada 6 meses
3. Cual estructura esta señalando la flecha con la letra A:
 - a) espina nasal anterior
 - b) piso del seno nasal
 - c) piso de la nariz
 - d) hueso reactivo asociado a un quiste



4. Cual estructura las flechas (B) están apuntando

- a) unión esmalte-cemento
- b) cuello del diente
- c) ambos
- d) ninguno

Discusión

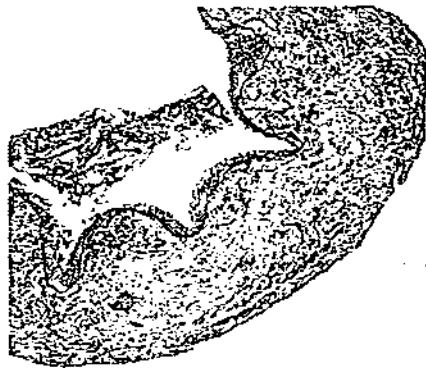
El diente muestra una caries profunda y un amplio ensanchamiento en el ligamento periodontal en el ápice del diente. La más común causa de patología periapical es debido a caries dental, entonces ambas lesiones representan una periodontitis apical crónica, un granuloma o un quiste. Un absceso podría tener síntomas. En la pregunta dos, la línea radiopaca representa el piso de la nariz o el techo del paladar y en la última pregunta, la flecha está apuntando el área del cingulo del diente incisal en la línea cervical donde el esmalte se junta con el cemento. La mayoría se tratan mediante enucleación tras la extracción o el tratamiento del diente responsable.



Se observa un granuloma periapical en el ápice con proliferación epitelial de los restos de Malassez.

Figura 36. Fotomicrografías de características histológicas caso 3²⁷ sus principales células son linfocitos, macrófagos y células plasmáticas.



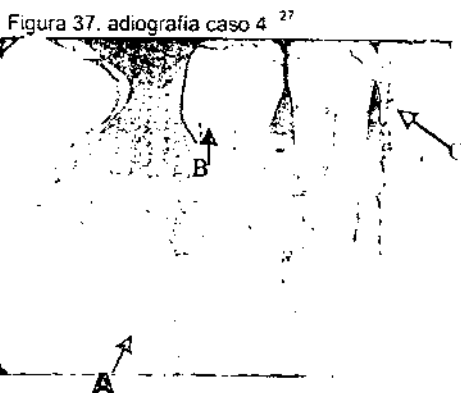


Microfotografías donde se observa un quiste periapical que deriva del granuloma y muestra un revestimiento de epitelio escamoso estratificado no queratinizado y una cápsula de tejido conjuntivo con infiltrado inflamatorio crónico, leve y difuso.



CASO 4

Hombre de 28 años presenta buena salud, al realizar el examen clínico refiere haberse realizado una extracción, hace 2 años.



En la radiografía se encuentra una zona radiolúcida unilocular presentando un pequeño alo radiopaco, bien circunscrita, adyacente al segundo premolar, asintomática, localizada en mandíbula.

1. Tipo de radiografía y zona de la lesión.

- a) dentoalveolar de la zona premolar inferior izquierda
- b) dentoalveolar de la zona premolar inferior derecha
- c) dentoalveolar de la zona molar inferior izquierda

1. ¿Qué tipo de lesión es (A) ?

- a) quiste residual
- b) queratoquiste odontogénico
- c) mixoma odontógeno
- d) quiste periodontal lateral

2. La flecha (B) está señalando

- a) una sobreopturación
- b) calculo
- c) ambos
- d) ninguno



3 La flecha (C) está apuntando

- a) calculo dental
- b) hipercementosis
- c) cementiculo
- d) sobre extensión de una restauración con resina

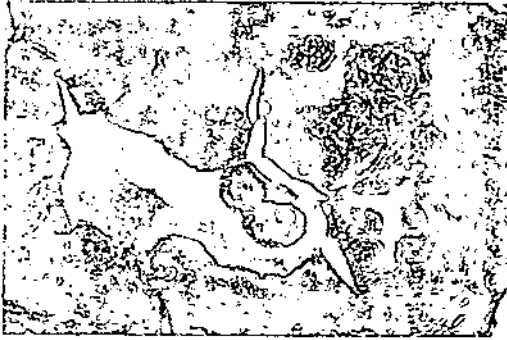
Discusión

Es una radiografía periapical de la zona mandibular derecha, radiográficamente puede ser un quiste residual y un queratoquiste, este puede estar asociado a un diente enmascarándose como lesión después de una extracción. El diagnóstico final fue un quiste residual. La respuesta de la pregunta 2, revela una restauración clase 2 en el segundo premolar. La extensión está sobre la raíz que puede originar acumulación de placa. Restauraciones metálicas son muy opacas, aquí existe restauración con amalgama y en la tercera pregunta, radiográficamente el calculo dental aparece radiopaco y extendido al borde del diente.

Cuando la historia clínica refiere haber tenido un diente presente lo más posible es que se trate de un quiste residual. Aunque, si la histología mostro características de queratoquiste entonces es quiste residual de queratoquiste. Pero este es más agresivo y puede ocurrir en lugar de un diente (quiste primordial). Al microscopio se observa una superficie con un epitelio escamoso estratificado e infiltrado en la pared con células inflamatorias crónicas, incluyendo macrófagos. Este es un quiste periapical.



Figura 38 Fotomicrografia histológica del caso 4²





CASO 5

Mujer de 47 años que de forma casual se le detecta una lesión tumoral en encía por vestibular del canino y primer premolar inferior derecho. Los dientes son vitales, la paciente toma periódicamente antiinflamatorios por su artrosis.

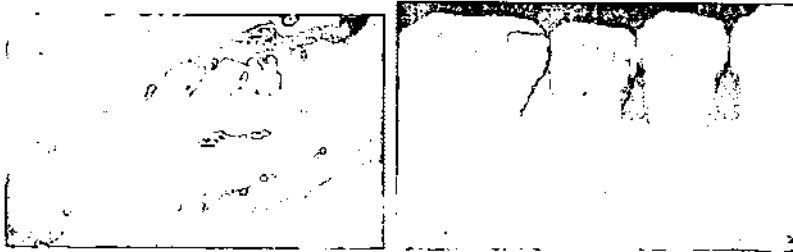
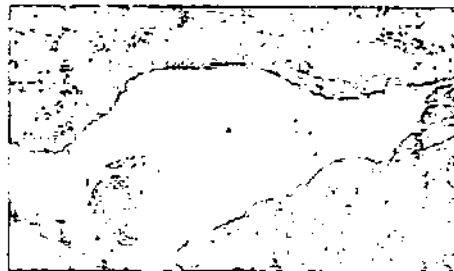


Figura 39.caso 5³²

1.- Por los datos aportados, podría referirnos:

- a) papiloma
- b) parulis
- c) lesión hiperplásica inflamatoria



Encontrándose un quiste gingival con un revestimiento delgado de 2-5 células de espesor. No superficie corrugada de células hipercrómicas.

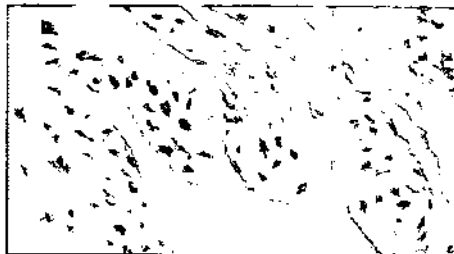


Figura 40.Histología caso 5³²



A la punción se extrae un líquido viscoso claro. Se realiza extirpación bajo anestesia y se realiza estudio histopatológico

2. El diagnóstico final es muy probable:
- a) hiperplasia inducida por fármacos
 - b) gingivitis hiperplásica
 - c) quiste gingival del adulto

CONCLUSIONES

El presente trabajo tiene como propósito mostrar los modelos clínicos en la enseñanza Odontológica. Mostrando casos clínicos reales, con el objeto principal de hacer que el alumno actúe y razona rápidamente a tomar decisiones, ante problemas en el área de la salud. Generando en cada uno, el hábito por el estudio independiente, el trabajo en equipo durante su formación y continuar así en su vida profesional

A través de los modelos, se analiza y discute profundamente el caso clínico, de manera grupal, estableciéndose una dinámica de trabajo que propicia un análisis cuidadoso y discusión de los casos existiendo una retroalimentación (profesor-alumno)

Haciéndose una revisión bibliográfica de los quistes más comunes en maxilares, mencionando sus características generales; esperando sea de utilidad al alumno de licenciatura.

Para finalizar, considero mencionar al alumno, antes de intervenir al paciente, nunca olvidar que el diagnóstico debe realizarse con una Historia Clínica detallada y una exploración física; complementando con estudios de laboratorio y gabinete (radiografías). No olvidando que cada paciente es un ser único, con características independientes, merecedor de un respeto y no sólo una cavidad bucal.



GLOSARIO

Aneurisma- dilatación exagerada y circunscrita de un vaso sanguíneo, dando lugar a la formación de una bolsa, llena de sangre circulante. Por lo general, las paredes del vaso están muy debilitadas y aún pueden haber desaparecido una o más de sus tunicas. Se han observado algunos casos de aneurismas de las arterias: facial, lingual y dentaria, está última dentro del maxilar inferior.

Convergencia- acción y efecto de converger, o sea que dos o más líneas se dirijan a unirse hacia un punto común./ En fisiología, movimiento coordinado de los ojos por el cual los ejes ópticos se reúnen en un objeto próximo y se obtiene la formación de una imagen.

Crepitación- ruido especial producido por el frote de dos fragmentos óseos de un hueso fracturado ó trituración de los coágulos sanguíneos en un hematoma

Curso monográfico- modalidad educativa que permite la discusión y el análisis exhaustivo de uno o varios temas que estén íntimamente ligados entre sí.

Electroforesis- método que permite separar determinados constituyentes de una solución coloidal, sometiéndolos a la acción de un campo eléctrico. Las partículas o micelas cargadas con electricidad positiva ó negativa, emigran cada una hacia un polo opuesto a una velocidad diferente según su carga y dimensión.

Espacios sinusoidales- no se hallan revestidos por células endoteliales por fibroblasto y macrófagos.

Estroma- nombre dado en histología a la trama de un tejido formado de tejido conjuntivo cuyas mallas sostienen las células y las formaciones celulares.

Extravasación- salida de un líquido del vaso que lo contiene. / Sangre u otro líquido extravasado.

Focal- relativo a un foco o que lo constituye

Friable- que se pulveriza o desmenuza fácilmente.

Fusiformes- en forma de huso- Objeto redondeado, más largo que grueso y que va adelgazándose del centro a las punta



Hemosiderina - pigmento amarillo oscuro que contiene hierro, producto de descomposición de la hemoglobina que se encuentra en los focos hemorrágicos antiguos, en determinados estados patológicos, infiltrando las vísceras, particularmente en el hígado.

Hiperostóticos- (hiperostosis) neoformación o hipertrofia difusa o localizada de un hueso.

Intercineresis /en química, límite o superficie entre dos fases de un sistema heterogéneo

Idiopatía- enfermedad de origen espontáneo o desconocido

Interfase- intervalo de tiempo o espacio entre dos o más fases/ Fase de la mitosis.

Luminal.- relativo al lumen / Luz de una vaso o conducto

Marsupialización- operación de suturar las paredes de un quiste, hidatídico especialmente a los labios de la herida, de suerte que una vez abierto y vaciado el quiste, queda una bolsa semejante a la que poseen los marsupiales y que taponeada convenientemente, cura por formación de un tejido de granulación

Papila- elevación pequeña, crónica de la piel y mucosas principalmente o de otra parte.

Placa- capa o estructura plana, especialmente de hueso/ Pieza delgada de metal u otra sustancia sobre la que se fijan uno o más dientes artificiales./ En anatomía, estructura diferenciada, delgada y plana./ Barra de metal, estrecha y aplanada, que se aplica y fija por medio de tornillos a los huesos fracturados con objeto de mantener unidos los fragmentos. Lámina, chapa.

Preparación de monografías- actividad educativa cuyo objeto es revisar, profundizar o ampliar un tema o área específica mediante la investigación bibliográfica en revista o libros con menos de 5 años de haberse publicado.

Sólido- cuerpo cuyas moléculas se hallan constantemente en la misma situación y ofrecen una resistencia sensible a una separación.

Tumefacción- hinchazón, aumento de volumen de una parte por infiltración, tumor o edema.



REFERENCIAS

1. Flores y Trancoso Fco. De A., Historia de la Medicina en México tomo II, 1982: 467-473.
2. Flores y Trancoso Fco. De A., Historia de la Medicina en México tomo I, 1982
3. Editorial. La educación continua del médico, Rev. Fac. Med. UNAM, 1979;22(8):2
4. Abbott F. R., Enseñar a aprender mejor, Edit. OMS, Imp. España 1993
5. Islas Guzmán Fco. J. Qué es la simulación escrita, Rev. Fac. Med. UNAM, 1977;20(9):45-47-48.
6. Segall J.A. Método para diseñar cursos en las ciencias de la salud. México. Editorial Limaza. 1978:A5-A30.
7. Fernández Alonso Ma. E. Dra., Un enfoque psicopedagógico de las actitudes y su enseñanza en el aula, Rev. Fac. Med. UNAM, 1983;26(1-12):247-248.
8. Rojas-Mejía Y., Aprendizaje basado en problemas, Rev.Fac.Med.UNAM, 1999;42(3):123.
9. Avery. J.K. Essentials of Oral Histology and Embryology. E.U.A.Mosby-Year Booc,Inc.,1992:51-52.
10. Davis L. W. Histología y Embriología bucal. México. Interamericana.Mc Graw-Hill. 1988:43-44.
11. Berkovitz B.K.B. Anatomía Oral. Histología y Embriología. Madrid. Mosby/Doyma libros .1995:248-250-
12. Sapp. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, España. Harcourt, 1998: 39-58.
13. Bagán J. V. Medicina Oral. España. Masson, S. A. 1995: 478-486/715-716
14. Shear M. Cysts of the oral regions. E. U.A. Wright. 1992. Introducción: 20-25
15. Caw son R. A. Color atlas of oral disease. Europe. Mosby-Year Book. 1994: 5.4--5.1
16. Regezi J. A. Patología Bucal Correlaciones Clínico patológicas. México. Mc.Graw-Hill Interamericana. 2000:293-324.
17. Lynch A. M. Medicina Bucal de Burket. México. McGraw-Hill Interamericana.Mc.1996:153-163-254-255.
18. Som P. Radiología de Cabeza y Cuello. España. Mosby, 1993:214-218/384-389.
19. Güve O. Keskin A. The inciden of cyst and tumor around impacted third molars. IJOMS. 2000;29:131-135.
20. Holroyd & Rule. Adenomatoid odontogenic tumor in a 12-year-old boy. IJPD. 1997;7:101-106.
21. Varela M. M. Problemas bucodentales en Pediatría. Ediciones Ergon, S. A. 1999:26
22. Pinkham, J.R. Odontología pediátrica, México. Mc. Graw-Hill Interamericana. 1996: 40-51

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA 49



- 23 Garlock J.A. The odontogenic keratocyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998;85:452-6.
- 24 Hsun-Tau C. Odontogenic keratocyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998;86:573-7.
25. Balaine A. B. Treatment of mandibular odontogenic keratocyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998;86:42-7
- 26 Yoshiura K. Morphologic análisis of odontogenic cyst with computed tomography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997;83:712-8
- 27 www.uiowa.edu
- 28 Paster A F. Atlas de Radiología Odontológica Barcelona. Ediciones Cientificas y Técnicas, S.A. 1992;187-188-191-193-195
- 29 Pompura J. R. The buccal bifurcation cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997;83:215-21.
- 30 Matsumura S. Histopathologic and radiographic findings of the simple bone cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998;85:619-25
- 31 Copete M. A. Solitary bone cyst of the jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998;85:221-5.
- 32 www.uv.es/Medicina-oral.htm