

21 469

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

QUISTES DE HUESO, TEJIDOS BLANDOS DE LA
CAVIDAD BUCAL Y TEJIDOS
ADYACENTES

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

VICENTE JALAPA CIGARRERO

MEXICO, D. F.

1980



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.

INTRODUCCION

El estudio de los quistes de la cavidad oral y tejidos circunvecinos, es tan importante para el dentista de práctica general como para el especialista.

Al hablar de este tema tan complicado que son -- los quistes quise ampliar mis conocimientos sobre esta -- patología que se encuentra continuamente en la práctica -- diaria.

Los quistes son pequeñas entidades patológicas, -- que si bien, tienen un diagnóstico y tratamiento a su debido tiempo, estos quistes no darán complicación alguna -- pero en la mayoría de los quistes dentígeros tienen un -- inicio asintomático, lo cual, hace su diagnóstico completamente difícil, por tal motivo casi siempre trataremos -- pacientes con problemas ya avanzados.

La patología de los quistes es tan importante -- hoy en día porque se encuentra intimamente ligado a la -- odontología, y no podrá ser un tema que no interese al -- odontólogo, ya que no solo se encuentran en otras partes -- del organismo sino también en cavidad oral, donde nosos -- tros debe saber diagnosticar y así tratarlos con los me -- dios adecuados.

QUISTES DE HUESO, TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD
BUCAL Y TEJIDOS ADYACENTES

EMBRIOLOGIA DE LA CAVIDAD ORAL
HISTOLOGIA GENERAL Y DEL DIENTE

TEORIA DE LOS QUISTES

CLASIFICACION DE LOS QUISTES

A.- QUISTES DE ORIGEN EMBRIONARIO

B.- QUISTES DE DESARROLLO

I.- De origen no dental

II.- De origen dental

ANATOMIA PATOLOGICA

SINTOMATOLOGIA

DATOS RADIOGRAFICOS

DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

EMBRIOLOGIA

La célula sexual masculina o gameto se funde con el gameto femenino en un proceso conocido como fertilización. La célula única que resulta o cigoto, marca el principio -- del nuevo individuo. Mediante divisiones mitóticas repetidas, el cigote pasa por una serie de cambios al principio -- tiene forma de baya y se llama mórula. Más tarde una esfera hueca, la blástula y aún más tarde forma de gástrula, un tubo hueco que consta de tres capas, la externa o ectodermo; -- la media o mesodermo y la interna, que reviste el tubo (futuro conducto digestivo) se llama endodermo.

DESARROLLO DE LA CAVIDAD ORAL Y DE LA CARA

El desarrollo de la cara principia con el establecimiento de la cavidad oral o boca primitiva. Comienza a -- formarse mediante la invaginación del ectodermo se profundiza hasta encontrarse y unirse con el endodermo del tracto -- digestivo primitivo. A la cavidad oral primitiva o estamato -- deo, al nivel del ángulo de unión entre la pared superior -- y posterior de la boca primitiva se forma un fondo de saco -- que se conoce con el nombre de la bolsa de Rathke que da -- origen a los lóbulos anterior y medio de la hipófisis o glán -- dula pituitaria.

La cavidad oral primitiva se encuentra separada - del tracto digestivo primitivo por medio de una membrana que resulta de la unión del ectodermo con el endodermo, denominada membrana bucofaríngea dicha membrana se rompe durante la cuarta semana de la vida intrauterina, estableciéndose - la comunicación entre la boca y el tracto digestivo primitivo. El desarrollo embriológico posterior de la cara toma como centro de partida a la cavidad bucal.

Por arriba de la cavidad oral primitiva se encuentra una prominencia que se conoce con el nombre de proceso o prolongación frontonasal y por abajo se localizan -- los cinco pares de arcos branquiales que se denominan: arco branquial I, hasta el V.

El primer arco branquial se divide en dos proce--sos el maxilar y el manipular; al segundo también se conoce como hiodeo y el tercero arco tiroideo.

La mayor parte de las estructuras de la cara derivan del proceso frontonasal y del arco branquial I, los arcos branquiales hiodeo y tiroideo se unen al I, para constituir la lengua.

Tan pronto como queda establecido el estomatodeo, se hacen ostensibles al proceso fronto-nasal por arriba y - por abajo el arco branquial.

La porción superior del primer arco branquial es-
ta constituido por dos pequeñas yemas laterales, una dere-
cha y otra izquierda, que reciben los nombres de procesos -
maxilares superiores. Dichos procesos son los que darán ori-
gen a las porciones laterales del labio superior, porción -
superior de la mejilla, paladar duro (excepto la premaxila),
paladar blanco y arcada maxilar superior.

La porción inferior del primer arco branquial es-
tá constituida por los procesos maxilares inferiores, de -
donde derivan: el maxilar inferior, porción inferior de las
paredes laterales de la cara, mentón y porción anterior de-
la lengua.

La parte superior de la prolongación fronto-nasal
da origen a la frente.

Por abajo de la frente aparecen dos invaginaciones
que se conocen como placodas o agujeros olfatorios, que pos-
teriormente se transformarán en las aberturas anteriores de
las fosas nasales. Por arriba y por dentro de los agujeros-
olfatorios se forma un abultamiento llamado proceso nasal -
medio, que dará origen a la porción media y punta de la na-
ríz y el cuál origina un crecimiento interior secundario --
que formará el tabique o septum nasal, que hace la separa-
ción de las fosas nasales en derecha e izquierda.

Lateralmente al proceso nasal medio y por arriba de los agujeros nasales se forman dos prominencias llamadas procesos nasales laterales que darán origen a las paredes laterales de la nariz.

Por debajo del proceso nasal medio se originan dos pequeños mamelones llamados procesos globulares, que en realidad no son sino una formación única separada por una curvatura. Los procesos globulares crecen siempre hacia abajo de los agujeros olfatorios y se van a colocar entre los procesos maxilares superiores. Dichos mamelones globulares son los que darán origen a la porción central del labio superior filtrum.

La fusión de los procesos globulares con los procesos maxilares superiores dan origen a todo el labio superior. Esta fusión queda completamente realizada al final del segundo mes de la vida intrauterina.

Los labios leporinos se deben a una falta de fusión, parcial o total, de los procesos globulares con los maxilares superiores.

También puede presentarse otra anomalía consistente en la aparición de una hendidura que va desde la comisura labial hasta el ángulo externo del ojo. Afortunadamente esta malformación se presenta con poca frecuencia y casi

siempre se debe a que existen bridas amnióticas que dificultan el desarrollo integral de la cara.

DESARROLLO EMBRIOLOGICO DEL PALADAR

Principia su desarrollo más o menos a la mitad -- del segundo mes de la vida intrauterina.

Los estudios embriológicos de los cambios progresivos que ocurren al irse formando el paladar, se llevan a cabo observando cortes frontales de la cabeza de embriones humanos durante la octava, novena y undécima semana in útero.

En un embrión de ocho semanas de vida intrauterina, se observa que los procesos maxilares dan lugar a partir de su superficie interna u oral, a unas prolongaciones que se llaman procesos palatinos laterales, los cuales al formarse se dirigen hacia adentro y hacia abajo.

Toman su dirección por la presencia de un órgano bastante voluminosos que es la lengua ésta se coloca entre estos procesos palatinos laterales y de tal manera, que entonces existe una comunicación de la cavidad bucal primitiva con las fosas nasales primitivas. En la parte media se encuentra el tabique nasal: la disposición es tal que parece que la lengua se pone en contacto con el borde inferior del tabique nasal.

Los procesos globulares al mismo tiempo dan lugar a la formación de unas pequeñas salientes a partir de su cara oral o superficie posterior. Dichas salientes constituyen los procesos palatinos medios.

A principios del tercer mes de la vida intrauterina, comienza a desarrollarse activamente el maxilar inferior, desalojando a la lengua hacia abajo y hacia los lados de tal manera que los procesos palatinos laterales que estaban en posición vertical se dirigen hacia arriba y adoptan una posición horizontal, continúan desarrollándose los procesos palatinos medios en dirección a los procesos palatinos laterales. El tabique nasal se acerca más a los procesos palatinos laterales. En embriones de nueve semanas "in utero", aún existe comunicación entre la boca y las fosas nasales primitivas.

TECHO DE LA BOCA-PREMAXILA

El proceso palatino medio deriva de la superficie posterior de los mamelones globulares. Al funcionar con los procesos palatinos laterales dan lugar a la formación de la premaxila, que es la parte más anterior del paladar duro. La premaxila sirve de implantación a los dientes incisivos superiores tanto centrales como laterales.

Los procesos palatinos laterales se articulan con el tabique nasal y procesos palatinos laterales hasta el final del cuarto mes de la vida intrauterina. La línea de sutura tiene la forma de una "Y" abierta hacia adelante localizada en la pared superior o techo de cavidad bucal.

Los procesos palatinos laterales intervienen en la formación tanto del paladar duro como del blando.

DESARROLLO DE LA LENGUA

El desarrollo embriológico de la lengua se lleva a cabo durante el segundo mes de la vida intrauterina al nivel del piso de las cavidades bucal y faríngea por unión de los primeros tres arcos branquiales, a principios del 3er. mes "in útero", la lengua adquiere ya una forma reconocible.

El cuerpo y ápice de la lengua se originan bajo la forma de tres prominencias situadas en la superficie oral de la arcada mandibular. Las prominencias laterales son dos, una cada lado y se conocen con el nombre de tubérculos linguales laterales; la tercera elevación es impar, aparece entre los tubérculos laterales, ligeramente por detrás de éstos y se denomina tubérculo lingual impar. La base de la lengua se desarrolla posteriormente a partir de un abultamiento situado en la parte media y al que se conoce con el nombre de cúpula. El tubérculo lingual impar promi-

nente y grande al principio pronto se reduce a un tamaño relativo y al final degenera, casi desaparece en tanto que -- los tubérculos linguales laterales crecen sobre el mismo fusionándose en la línea media.

En la parte media, entre los arcos hiodeo y tirohiodeo, se desarrolla la glándula tiroides, mediante un crecimiento progresivo orientado hacia abajo y adelante. El -- principio del conducto tirogloso temporal está representado por el forámen cecún lingual del adulto. En esta región pueden desarrollarse quistes del conducto tirogloso.

La musculatura de la lengua, aunque se desarrolla "in situ", deriva de las somitas occipitales, y de allí su inervación por el nervio hipoglos o.

El desarrollo de la lengua en la forma anterior-- mente expuesta, explica la presencia de dos malformaciones. Un defecto en la fusión de los tubérculos linguales laterales puede ocasionar la presencia de llamada lengua bífida. -- La persistencia del tubérculo impar se dice es la causa de la glositis romboidea, lesión que por lo tanto no debe considerarse e inflamatoria.

A.- Del proceso fronto-nasal derivan:

1.- La frente.

2.- En proceso nasal medio, que da origen a:

A).- Porción media y punta de la nariz.

B).- Tabique nasal.

C).- Mamelones globulares, que originan:

a).- Porción Central del labio superior o filtrum

b).- Procesos palatinos medios, que dan lugar a -

la formación de la premaxila.

3.- Los procesos nasales laterales, que dan origen a las paredes laterales de la nariz.

B.- DEL PRIMER ARCO BRANQUIAL DERIVAN:

1.- Los procesos maxilares superiores, que dan origen a:

A).- Porciones laterales del labio superior.

B).- Proceso palatinos laterales, que originan:

a).- Paladar duro (excepto premaxilar).

b).- Paladar blando.

c).- Arcada maxilar superior.

d).- Porción superior de las mejillas.

2.- Los procesos maxilares inferiores, de donde se originan:

A).- Maxilar inferior.

B).- Mentón y porción inferior de las paredes laterales de la cara.

C).- Parte de los dos tercios anteriores de la -

lengua.

c.- Entre los arcos hiodeo (cópula): tercio posterior o base de la lengua.

HUESO.- El desarrollo del hueso embrionario puede tener dos orígenes: Tejido conectivo laxo (mesenquima) o -- cartilago hialino. En el ultimo caso se dice que el hueso -- es endocraneal y el primero, intramembranoso.

La formación del hueso intramembranoso ocurre en la producción de huesos de cabeza y cara. Es el método de desarrollo más simple y rápido. Estas se diferencian en células formadoras de hueso, osteoblastos que empiezan entonces a producir grandes cantidades de fibrillas colagenas. Esto se llama período fibrilogeno de la osteogénesis. Cuando el área se llena de fibrillas los osteoblastos secretan una -- sustancia fundamental cementosa que sutura los espacios interfibrilares esto completa al período de maduración de las sustancias intercelulares y el conjunto de fibrillas y substancia intercelular se le llama osteoide o sustancia preósea.

El período final es de mineralización, un período durante el cual se agregan sales de calcio (hidroxiapatita) al osteoide. Mientras que la calcificación logra que la substancia intercelular se vuelve dura, las células óseas u os-

teocito no se afectan. Continúan manteniendo al hueso.

La osteogénesis consta de 3 fases (fibrillogénesis) secreción de substancia intercelular y calcificación).

DESARROLLO DEL HUESO ENDOCRANEAL.

El cartilago hialino sirve a dos propósitos; proporciona espacio para el futuro hueso y sirve como modelo - donde pue de crecer hueso. El modelo cartilaginoso se forma del mesénquima y una vez que se ha establecido el espacio, - se empieza a clasificar. Esto lleva consigo su destrucción porque las necesidades metabólicas de los condrocitos se sa tisfacen por difución a través de las substancia intercelu- lar. La calcificación vuelve imposible la difusión y los eri- trocitos mueren.

DESARROLLO DEL DIENTE.

El centro del diente está hecho de tejido conecti- vo muy laxo, la pulpa dental está rodeada por tejido conec- tivo mineralizado, la dentina.

Lámina dental.- Cuando el embrión tiene aproxima- damente seis o seis y media semana de edad, las células ec- todérmicas de la capa basal del estomodeo anterior empiezan a dividirse, produciendo un engrosamiento.

Lámina vestibular.- Después de formar una banda -

epitelial sólida y ancha las células centrales se desinte--
gran. De este modo queda un gran espacio revestido a cada -
lado por el epitelio. El espacio forma el vestibulo de la -
boca y los labios el resto del opitelio forma el revestimiento
de labios, mejillas y encias.

Lámina externa.- Lámina de continuación, lámina -
dental propia y lámina rudimentaria.

El desarrollo de los dientes se ha dividido en 5-
etapas.

HISTOLOGIA

Los tejidos primarios o fundamentales son: epitelial, conectivo (sostén) muscular y nervioso. Su derivación embriológica se llama histogénesis. Aunque los epitelios - pueden derivarse de cualesquiera de las tres capas germinativas (ectodermo, mesodermo y endodermo), los tejidos muscular y conectivo se forman solo a partir del mesodermo y el tejido nervioso del ectodermo.

EPITELIO

Localización: Las células epiteliales forman la - capa externa que cubre el cuerpo (piel) o la superficie interna que reviste las vías digestivas y respiratorias. Los revestimientos de las cavidades torácicas y abdominal se - llaman mesotelios. El revestimiento interno de los vasos - sanguíneos y linfáticos recibe el nombre de endotelio.

El epitelio forma también los túbulos o conduc -- tos, así como células secretorias o funcionales (parenqui -- ma) de las glándulas.

TIPOS DE EPITELIO

En base a las formas de las células de la superficie libre, se distinguen tres grupos de epitelio.

Cada uno de estos puede dividirse en dos subgrupos, dependiendo de su número de capas, los de una capa se llama epitelio simple y los de múltiples se conocen -- como Estratificado.

ESCAMOSO.

Simple.- Son células planas, esta representado -- en la cavidad bucal como endotelio en vasos sanguíneos -- y linfáticos o por células de conductos de ciertas glándulas.

Estratificado.- Múltiples capas con células más-externas planas.

Se encuentran dos variedades de epitelio escamoso estratificado en el área bucal. La primera comprende -- superficies secas como piel y borde rojo labios y es siempre epitelio córneo (queratinizado).

La segunda cubre superficies húmedas como lado -- bucal de mejillas parte inferior de la lengua, piso de la boca y paladar blando y normalmente no es córnea (no está queratinizada).

CUBOIDE.

Simple.- Son células en forma de cubo. El núcleo es redondo y se localiza en el centro y la distribu-

ción de los organelos es semejante a la de otras células epiteliales. En la cavidad bucal se encuentran estas células en el sistema de conductos de las glándulas salivales.

Estratificado.- Múltiples capas con las células más externas en forma de cubo. Este epitelio constituye los conductos de las glándulas sudoríparas y sebáceas.

CILINDRICO

Simple.- Células en forma de prisma. Los núcleos son generalmente ovaladas y están al mismo nivel en el segmento basal de las células. El epitelio cilíndrico reviste las vías digestivas (estómago, intestino grueso) una célula especializada del epitelio de las vías respiratorias y digestivas es una célula que produce moco. La mayor parte de las células cilíndricas se encuentran en áreas de secreción o absorción.

Estratificado.- Excepto en ciertas áreas de la faringe y la laringe, no está presente en las cavidades bucal o nasal.

FUNCION DE LOS TEJIDOS EPITELIALES

La función del epitelio son muchas y variadas.- Un tipo de epitelio puede tener varias funciones dife --

rentes. Entre los más importantes para el odontólogo están las de protección, secreción, lubricación y recepción de estímulos sensoriales. Otras funciones como absorción, excreción y reproducción, no son pertinentes a lo que respecta a estructuras bucal.

Una de las actividades más importante del epitelio es la secreción, que es la función de las glándulas.

CELULAS DE TEJIDO CONECTIVO.- Los componentes celulares del tejido conectivo típico son células mesenquimatosas, fibroblastos, mastocitos, células grasas, de pigmento y reticulares, macrófagos, plasmáticas y leucocitos.

Las células mesenquimatosas son generalmente es-trelladas. Estas células se encuentran con mayor frecuencia en el tejido mesodérmico joven del embrión. En los tejidos maduros son escasas y se encuentran cerca de los vasos sanguíneos más pequeños ahí están preparados para funcionar en procesos reparadores en lesiones.

Los fibroblastos son las más numerosas de las células del tejido conectivo, los igualan en número solo los histiocitos (macrófagos), los fibroblastos son responsables de la producción de substancias intercelulares.

Los mastocitos son abundantes del tejido conectivo de la boca y particularmente en las encías. Se presenta

con mayor frecuencia cerca de los vasos sanguíneos pequeños, sus funciones principales son: sintetizar heparina, un anticoagulante de la sangre e histamina, que induce a los capilares a liberar plasma.

Células grasas. - Constituyen la mayor parte del conjunto de células en algunos tejidos.

Células de pigmento. - Una célula productora de pigmento que se encuentra en el tejido conectivo es el melanocito. Cuando estas son estimuladas por ciertos rayos luminosos producen el pigmento melanina.

Las células reticulares. - Son capaces de formar fibras reticulares, son funcionalmente semejantes.

Los macrofagos (histiocitos). Son las células -- colectoras de desechos del cuerpo y se ocupan principalmente de ingerir y digerir células muertas, cuerpos extraños y otros desechos.

Leucocitos. - Se encuentra generalmente en la corriente sanguínea pero muchos de ellos dejan los conductos vasculares para emigrar a los tejidos conectivos.

Los leucocitos que pueden encontrarse en el tejido conectivo incluyen leucocitos no granulados (Linfocitos y monocitos) así como granulados (Eocinofilos y basofilos).

Células plasmáticas.- Están relacionadas con los linfocitos y se diferencian de los linfocitos pequeños en dos aspectos: contiene mucho más citoplasma y la cromatina de sus núcleos está orientada como los rayos de una rueda, las células plasmáticas funcionan como la primera línea de defensa del cuerpo contra la invasión por bacterias u otras partículas extrañas produciendo anticuerpos.

Tejidos conectivos blandos.- El tejido conectivo embrionario (mesenquima) es tejido conectivo del embrión-joven se diferencian en músculo, tejidos musculares y linfáticos; y todos los tipos del tejido conectivo incluyendo cemento, dentina y pulpa. Es un tejido compuesto por fibrillas precolágenas y células mesenquimatosas.

Tejido conectivo mucoso. Se encuentra en el cordón umbilical, en humor vitreo del ojo. Está compuesto por gran cantidad de sustancia fundamental mucoide en la que se encuentran dispersos fibroblastos y fibras colágenas.

Tejido conectivo laxo (areolar); con pocas excepciones, es la variedad principal del tejido conectivo corriente. En la cavidad oral, sostiene al epitelio de la boca, mejillas, piso de la boca, lengua, amígdalas y encías.

En este tipo de tejido conectivo está compuesto por una sustancia fundamental en la que las fibras están en forma laxa.

El tejido de fibra predominante es la colágena. Los tipos de células que se ven con más frecuencia en el tejido conectivo son los fibroblastos y los macrófagos. Entre las funciones del tejido conectivo areolar se encuentra la de sostén, envoltura, reparación, protección de nervios, vasos sanguíneos y linfáticos y defensa contra invasión por cuerpos extraños.

Tejido adiposo graso. Se compone principalmente de células grasas. El tejido graso se forma del tejido areolar. Las funciones del tejido graso incluyen almacenamiento de alimentos para producir energías, absorción de choques, aislamiento y envoltura.

El tejido conectivo denso. Difiere del laxo en que las fibras son más numerosas y están agrupadas en forma más densa. El tejido conectivo denso dispuesto en forma regular forma bordes, capas o cordones muy fuertes y resistentes. Ejemplo de ellos son los ligamentos, que conectan huesos y sostienen órganos de la cavidad abdominal, tendones que proporcionan adhesión de los múscu -

los a los huesos y aponeurosis que unen músculos. Los tejidos conectivos densos de disposición irregular suelen formar membranas protectoras alrededor de los órganos. -- Estas se conocen como cápsula en el caso de algunos órganos como el riñón y las glándulas, sangre y linfa: son -- tejidos conectivos líquidos.

CARTILAGO

El cartílago, con otros tejidos conectivos y de sostén, consiste de fibras (colágenas y elásticas). Estos dos compuestos forman la substancia intercelular de cartílagos y huesos así como los tejidos dentales (dentina y cemento). En la substancia intercelular en el hueso esta mineralizada y en el cartílago no se encuentra mineralizada. Las células cartilaginosas se llaman condrocitos.

El cartilago es de tres tipos: hialino, elástico y fibroso.

El cartílago hialino es fresco es vidrioso y tiene aspecto de porcelana. Es elástico y flexible debido -- a eso se encuentra en costillas, uniones de huesos largos, nariz, laringe, traquea y tubos respiratorios pequeños.

Las células cartilaginosas son de dos tipos: la -- inmadura; que funciona para producir la substancia inter --

célular y la madura; que mantiene a esta substancia.

El cartílago elástico. Forma parte de las estructuras de sostén del cuerpo como pabellón de la oreja, -- ciertas areas de laringe y conductos auditivos.

El cartílago fibroso. Se encuentra asociado a -- discos intervertebrales, inserciones y otros sitios en -- los que ligamentos y tendones están conectados a huesos.-- El cartílago fibroso está asociado siempre a cartílago -- hialino o tejido fibroso denso.

TEJIDO OSEO

Los componentes del hueso incluyen una vaina externa llamada periostio.

El hueso esponjoso está hecho de vigas óseas microscópicas (trabéculos), el hueso compacto sólido está -- compuesto de muchas (laminillas).

La superficie externa del hueso es generalmente compacta y la porción central esponjosa.

El periostio consiste de una caja externa de tejido conectivo fibroso denso y una capa interna laxa.

Los osteoblastos. Son células osteogénicas, im--portantes porque funcionan para producir fibrillas coláge--nas y substancia intercélular.

Los osteoclastos. Son células óseas destructo --
ras.

Los osteocitos. Son células que se encuentran en
las lagunas de substancias intercélular ósea.

Matriz. Se compone de fibras colágenas y substan
cias fundamental, ambos componentes se mineralizan con --
cristales de calcio que contiene fosfato llamado de apa -
tita.

Laminillas. Las fibras de hueso formadas después
del nacimiento se producen mas lentamente y se organizan
en capas definitivas llamadas laminillas.

Funciones. El hueso proporciona forma y soporte
al cuerpo y da protección a órganos vitales.

TEJIDO MUSCULAR

Debido a su propiedad de contracción, los múscu -
los son responsables de los movimiantos del cuerpo. De --
acuerdo con esto, los músculos esqueléticos se llaman mús
culos voluntarios y los viscerales involuntarios.

CLASIFICACION DE LOS MUSCULOS

<u>Localización</u>	<u>Estructura</u>	<u>Función central</u>
visceral	liso	Involuntario
Esquelético	Estriado	Voluntario
Cardíaco	Indistintamente	Automático
	Estriado	Involuntario

Las fibras de músculo esquelético pueden ser --
10 veces más largos en la madurez que al nacimiento.

TEJIDO NERVIOSO

Las células nerviosas que se concentran en el -
cerebro y la médula espinal componen el sistema nervioso
central mientras que las que están localizadas en otros-
sitios forman el sistema nervioso periférico.

Las características que están altamente desarro-
lladas en estas células son conductibilidad e irritabili-
dad.

La unidad fundamental funcional y estructural -
del sistema nervioso es la neurona. La neurona tiene su
origen en una célula ectodérmica, el neuroblasto.

Cada neurona está compuesta de dos partes. La -
porción que alberga al núcleo se llama pericarión, o ---

cuerpo celular, mientras que las prolongaciones que se -- extienden desde el cuerpo se llaman fibras.

Las fibras son de dos tipos. Las dendritas, que llevan impulsos al pericarión y el axón que lleva los estímulos desde el cuerpo celular. Las terminaciones de los axones asumen una relación interna en las terminaciones - de las dendritas en puntos de unión llamados sinapsis.

ODONTOGENESIS

Formación de la cresta o lámina dentaria.

Al comienzo de la septima de la vida fetal, cuando el embrión mide 15 mm. de longitud vértex-cóccix, el epitelio de los maxilares embrionarios comienza a engrosarse y adopta una forma en herradura. El engrosamiento - que representa el primer estadio en el desarrollo de la - lámina dentaria y de lámina vestibular, está constituida por células de la capa basal y del estrato espinoso. Cuando el embrión mide 20 mm. la lámina dentaria y la lámina vestibular se separan. En este estadio ya existen nervios en las proximidades de la lámina dentaria, pero no así de la lámina vestibular, los órganos dentarios van a desarrollarse a partir de la lámina dentaria.

ESTADIO DE YEMA EPITELIAL.

Las yemas dentarias se diferencian cuando el embrión mide 23 mm. Las células basales de las yemas dentarias; que sus bordes se diferenciarán en dos capas externa e interna al epitelio dentario, forman una continua --ción de las células basales del epitelio oral, mientras -- que sus células centrales se originan a partir de las capas periféricas del mismo. En el estadio de yema epite -- lial tiene efecto una actividad mitótica muy notable tanto en el epitelio como en el tejido mesodérmico adyacente, el cual presenta una celularidad aumentada. En este estadio comienza a formarse el futuro alveolo óseo.

ESTADIO CAPERUZA. Cuando el embrión mide 35 mm. -- comienza el llamado estadio de caperuza que se caracteriza por la invaginación del epitelio del germen dentario -- en el seno del mesénquima subyacente. En este estadio, -- las células epiteliales del germen dentario son todavía -- redondeadas y están ordenadas de forma apretada, separa -- das tan sólo por una pequeña cantidad de substancia inter -- celular.

El estadio del embrión de 60 mm. se caracteriza -- por la formación de una capa externa e interna en el epi -- telio dentario en este período aparece una zona de célu --

las centrales en el epitelio dentario dispuesto de forma muy apretada, que constituye el llamado módulo del esmalte. El mesenquima subyacente llamada papila dentaria, -- continua presentando una celularidad muy abundante, y es alrededor de la caperuza epitelial y del mesénquima, rico en células, donde se aprecia una condensación de tejido conectivo.

ESTADIO DE LA CAMPANA.

Este estadio se alcanza cuando el feto mide -- 70 mm. el órgano dentario está diferenciado en las capas externa e interna del epitelio dentario, el estrato intermedio y el estrato reticular. El desarrollo característico del tejido reticular estrellado, de la porción central, no se completa hasta que los vasos del tejido conectivo circulatorio aparece y se invaginan hacia la porción externa del epitelio dentario externo. Además aparece un acúmulo alargado de células; el cordón del esmalte. Esta estructura no desaparece hasta que el feto mide 110mm. la primera formación de la predentina tiene -- lugar cuando el feto alcanza una longitud de 120 mm. -- (4ª a 5ª mes fetal) Entonces es posible detectar el primer depósito de sales calcicas y cuando comienza la amelogé-

nesis.

El germen dentario queda rodeado por el saco dentario, el cual es un haz de fibras colágenas orientadas y condensadas, periféricamente con respecto al sáculo, el alvéolo crece alrededor del germen dentario.

DIFERENCIACION DE LOS AMELOBLASTOS

En el estadio de la campana la capa interna del epitelio dentario esta constituida por células alargadas con un núcleo en la porción central del citoplasma: estas células son llamadas preameloblastos. Al iniciarse la dentinogenesis, cuando se interrumpe la nutrición de los preameloblastos procedentes de la pulpa, los núcleos de estas células van situandose mas basalmente son los llamados ameloblastos.

LOS ODONTOBLASTOS

Se derivan a partir de las celulas de la papila dental.

LA FORMACION DE LA RAIZ

En el punto en que la parte interna del epitelio dentario se transforma en epitelio dentario externo, es decir en el borde cervical, se observa una actividad mi -

tónica muy intensa. En el estadio de la campana este borde cervical crece apicalmente, determinando primero la -- forma de la corona y mas tarde la de la raíz.

INTERDEPENDENCIA DE LOS TEJIDOS DENTARIOS. El -- desarrollo del diente normal depende de influencias inductoras ejercidas por los diversos tejidos entre si. Los conocimientos actuales sugieren que el principal efecto inductor es el provocado por el epitelio odontogénico sobre los tejidos mesodermicos adyacentes. De aquí resulta la -- formación de la papila dentaria y la posterior aparición de los odontoblastos sobre su superficie, cuando se ini -- cia la formación de la dentina, tiene lugar la formación final de los ameloblastos y comienza a depositarse el esmalte sobre la superficie de la dentina a nivel de la corona.

DESARROLLO DE LOS DIENTES DEFINITIVOS.

El esbozo embrionario de los dientes definitivos, que serán los que reemplacen a los dientes de leche, se -- desarrolla a partir de la lámina dentaria original que -- crece más en profundidad. El desarrollo de los molares denitivos tiene lugar a partir de una extensión distal de la lámina dentaria.

LA DENTINA.

La composición de la dentina basandose en un peso firme se condensa y consta aproximadamente de 70% de materia inorgánica 18% de materia orgánica y 12% de agua.

La composición de la misma variará según la -- edad del diente, la porción inorgánica de la dentina -- consiste principalmente en cristales de Hidroxiapatita -- tiene como fórmula $Ca_{10}(PO_4)_6(OH)_2$

PULPA.

La composición de la pulpa dentaria basada en -- su peso fresco, es muy parecida a la mayoría de las de -- más partes blandas del organismo las cuales tienen un -- promedio de 25% de materia orgánica y 75% de agua. La -- pulpa es un tejido conectivo laxo.

ESMALTE.

La corona del diente está cubierta por el teji--do mas denso del cuerpo.

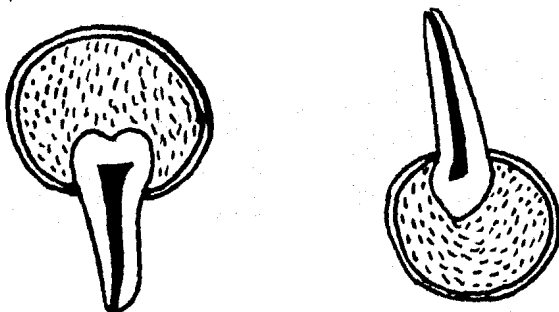
Composición del esmalte 92- 96% de materia inor--gánica de 1 a 2% de materia orgánica de 3 a 4% de agua.

Cemento es un tejido mineralizado que se encuen--tra en la raíz del diente. Es un tejido conectivo espe --

cializado que presenta varias similitudes estructurales con el compacto, sin embargo los dos tejidos difieren - en un aspecto importante mientras que el hueso está vascularizado el cemento es avascular.

TEORIA DE LOS QUISTES

La TEORIA FOLICULAR DE BROCA. El origen de los quistes dentígeros reside en el folículo dentario. Este sufre una hidropesía, y por el cual se origina este tumor por cuya razón su bolsa quística se encuentra directamente insertada en el cuello del diente atacado.



LA TEORIA DE MALASSEZ. Malassez atribuye a los restos epiteliales paradentarios un papel importante y capital en la formación de estos tumores. Estas células epiteliales, despertados de un letargo por un factor irritativo, se hipertrofian y se asocian.

Su unión vacuolización posterior, dan origen a una cavidad que aumentando de volúmen dan lugar a un quiste. Este quiste en contacto con un diente retenido y por mutua atracción, es perforado por el diente que se inserta de su cuello.

TEORIA DE LARTSCHNEIDER. Es autor de una teoría que puede sintetizarse con estas palabras: Los quistes-- dentíferos no son nada más que folículos dentarios enfermos infectados por procesos apicales de dientes temporarios.

El autor de esta teoría hace en el año 1909 las siguientes afirmaciones.

1.- Las raíces necrosadas de los dientes temporarios son una fuente de infección de los folículos de los permanentes.

2.- De todos los folículos, los de los bicúspides sufren con una mayor frecuencia degeneración quística. Porque estando encerrando entre las raíces fiburcadas de los molares temporarios, tienen mayor facilidad para infectarse, cuando aquellos tienen complicaciones periapicales.

3.- Por supuesto, los dientes temporarios no pueden ser culpados de los quistes dentíferos de los molares sin antecesores, para la infección del folículo del tercer molar deben tenerse en cuenta afecciones amigdalinas y periamigdalinas y procesos gingivales, tales como estomatitis, gingivitis y aftas.

DEFINICION

El quiste es una cavidad que se presenta en tejido blando o duro con un contenido líquido, semilíquido o gaseoso. Está rodeado por una pared de tejido conjuntivo o cápsula y suele tener revestimiento epitelial, el volumen del contenido es importante en relación con el tamaño de la masa total de tejido.

CLASIFICACION

Los tejidos de quistes que pueden presentarse en la cavidad bucal en la cara y en el cuello son: Congénitos de desarrollo y de retención.

Los quistes de origen dental son los más comunes. Esta clasificación se basa en la de Robinson, Thoma y otros.

A.- Quistes de origen embrionario

- 1.- Tirogloso
- 2.- Branquial
- 3.- Dermoide

B.- Quistes de desarrollo

- 1.- De origen no dental
 - a).- Tipos de hendiduras
 - 1.- Nasoalveolares

2.- De la línea media

3.- Del canal incisivo (nasoplatino)

4.- Globulos maxilares

b).- De retención

1.- Mucocoele

2.- Ránula

2.- De origen dental

a).- Parodontales

1.- Periapical

2.- Lateral

3.- Residual

b).- Primordiales (foliculares)

c).- Dentígero

QUISTE TIROGLOSO

El quiste del conducto tirogloso, se presenta a lo largo del conducto tirogloso. Esta es un conducto embrionario, recubierto de epitelio que se extiende desde el agujero ciego de la lengua hasta la glándula tiroídes. Por ello, el quiste tirogloso, que parece formarse a partir de los residuos epiteliales, del conducto, puede presentarse en la base de la lengua, pero es más frecuente en la parte

anterior del cuello debajo del mentón y por encima de la glándula tiroides.

Su aspecto clínico es variable, dependiendo por supuesto de la localización específica del quiste y de la presencia o no de infección secundaria. Cuando se localiza en la base de la lengua o en su musculatura, produce gran malestar, sobre todo disfagia. En la región anterior del cuello, se encuentra como una masa de superficie lisa, que hace protusión, dura o blanda, puede ser de algunos milímetros hasta algunos centímetros de diámetro. Suele ser muy móvil, lo que indica que se trate de una vez bien circunscrita o encapsulada. A veces el quiste da lugar a un conducto fistuloso que va a parar a la región anterior del cuello, en la línea media, y generalmente cerca del hueso hioides.

La exploración histológica muestra que el quiste está recubierto por epitelio escamoso, ciliado, columnar o de transición, en las paredes del quiste puede encontrarse tejido tiroideo aberrante.

Los pacientes presentan infección recidivante del quiste. Si quiere evitarse la recidiva, el tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica total.

QUISTES BRANQUIALES

El quiste de la hendidura branquial es un quiste del desarrollo poco frecuente aunque se cree generalmente que prosedía de los residuos epiteliales, de los arcos -- branquiales embrionarios, las investigaciones más frecuen -- tes indican que estos quistes proceden de epitelio atra -- pado en los ganglios linfáticos de la región de los arcos branquiales.

Las manifestaciones clínicas son de una masa pro -- minente de crecimiento lento, no dolorosas, en la región -- lateral superior del cuello, por delante del músculo es -- ternocleidomastoideo: La masa varia de tamaño según su -- tiempo de evaluación y la existencia o no de la infec --- ción secundaria, pero generalmente es blanda y fluctuante a la palpación en superficie es lisa de bordes curvados -- bien limitados y esta recubierta generalmente de una piel no adherente. El quiste se presenta regularmente durante -- la tercera década. No hay predilección sexual, el tamaño -- varia entre un diámetro de 2 y 10 centímetros en general hay fluctuación aunque se localiza generalmente debajo -- de la cortical inferior de la mandíbula, se ha encontrado en otras regiones como pueden, ser el ángulo de la mándi -- bula y la región parótida.

Microscópicamente tiene un revestimiento epitelial escamoso estratificado, generalmente no queratinizado, rodeado por tejido linfoide. El tratamiento consiste en la eliminación quirúrgica del quiste, para evitar recidivas es necesario la extirpación completa.

QUISTE DERMOIDE

Es otra variedad de quiste del desarrollo, ya que se desarrolla a partir de las células epiteliales atrapadas debajo de la superficie durante el cierre o fusión de los tejidos blandos durante la vida fetal.

Estos quistes son relativamente raros en la cavidad bucal, tiene diversas localización, como son el paladar, ángulo de la mandíbula, glándulas salivales, testículos y en los ovarios, en la región de la boca la localización más frecuente es en la línea media del suelo de la boca. Causan una tumefacción en el mismo sitio que los quistes sublinguales de retención y deben ser diferenciados de ellos.

No tiene el aspecto vesicular de la ránula. El quiste dermoide puede estar localizado arriba o abajo del músculo geniodeo. Ocurren generalmente en la línea media pero pueden ser desplazados lateralmente en la línea me -

día de desarrollo y como tales deben ser diferenciados de los quistes de origen branquial.

El color ayuda a diferenciar los quistes dermoides, de la rínula que tiene color azulado. El exámen radiográfico puede ayudar a distinguir un quiste dermoide de otras lesiones similares debido a su contenido, frecuentemente con substancias radiopácas.

Los quistes dermoides no son fáciles de descubrirse no existe una tumefacción debajo del mentón o en el piso de la boca. A la palpación estos quistes dan una sensación similar a la del caucho; generalmente contienen una secreción amarillo parecido al queso.

Aproximadamente el 25% de los quistes dermoides que ocurren en la cabeza y cuello derivan del suelo de la boca.

Los quistes dermoides son raras veces evidentes al nacer, pero suelen aparecer clínicamente entre los 12- y 25 años de edad.

Microscopicamente, el revestimiento del quiste es un epitelio escamoso estratificado queratinizado. Hay uno o varios apéndices cutáneos, como folículo pilosos, glándulas sudoríparas o glándulas sebáceas. Cuando no hay apéndices cutáneos no se pueden diagnosticar un quiste --

dermoide.

El tratamiento es la remoción quirúrgica de todo el tumor.

1) Nasoalveolares.

El quiste nasoalveolar es una entidad relativamente rara de quiste del desarrollo, que ocurre en forma característica en el suelo de la nariz o cerca del ala de la nariz.

El quiste se forma a partir de los restos epiteliales atrapados en la unión de tres apófisis, la medial, lateronasal y maxilar.

Generalmente este quiste abulta hacia el suelo del vestibulonasal, proyectándose debajo del extremo anterior del cornete inferior, y algunas veces causa obstrucción nasal.

Una tercera parte de los pacientes han experimentado dolor intermitente.

El quiste nasoalveolar ocurre principalmente en mujeres microscópicamente esta tapizado por epitelio respiratorio o escamoso estratificado, con mas frecuencia por epitelio cilíndrico pseudoestratificado o por una combinación de estos.

Datos radiográficos son negativos debido a que -

estos quistes son lesiones centrales del hueso, los quistes están cubiertos con epitelio de tipo nasal. En la observación clínica pueden confundirse con quistes de origen dental o abscesos alveolodentales de los quistes anteriores superiores. pero se puede demostrar claramente mediante el uso de un material radiopaco.

El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica completa. El quiste nasoalveolar generalmente se quita intrabucalmente por una incisión cuidadosa de la membrana sobreyacente enucleando el quiste.

2) Quistes de la línea media.

El quiste de la línea media es un quiste de hueso que se forma en la endidura media del paladar por restos embrionarios. Robinson afirma que estos no son quistes de la línea media verdaderos. Ya que los huesos que se unen en estas regiones se originan de tejidos mesenquimatosos profundos sin oportunidad de inclusión de restos epiteliales.

Los quistes de la línea media se diferencian de los quistes del canal incisivo debido principalmente a su localización ya que estos ocurren mas hacia atras en el paladar.

Los hallazgos radiográficos suelen ser caracte -

rísticos y patognomónicos. La lesión puede ser de forma redonda, ovalada o elíptica mostrándose como una zona radiotrasparente situada en el centro.

Los quistes de mayor tamaño y los que se han infectado de forma secundaria se suelen descubrir por sus signos clínicos pueden mostrarse como una masa redonda, de superficie lisa, rosada, situada en cualquier lugar, a lo largo de la línea media del paladar. La palpación puede mostrar una consistencia semisólida, a veces crepitación y, cuando hay una infección secundaria, hiparestesia o dolor.

El diagnóstico de los quistes de la línea medianos lo sugiere muchas veces su localización característica en la línea media del maxilar, sus características quísticas radiológicamente, y la vitalidad normal de los dientes próximos.

La escisión quirúrgica de estos quistes es el tratamiento de elección pero se puede utilizar el método de Partsch.

Estos quistes están cerca del piso de la nariz e invaden la cavidad nasal: tienen un saco de tejido cubierto por epitelio estratificado, como en otros quistes puede haber espacios de cristales de colesterol rodeados-

en algunos casos por células de cuerpos extraños.

3) Quistes del canal incisivos (Quistes nasopalatinos)

Los quistes que se presentan en el centro del -- hueso son llamados quistes del canal incisivos. A veces -- se forma un quiste de tejido blando en la papila palatina.

Este quiste se forma en la parte anterior del -- maxilar, por lo general entre los ápices de los incisivos centrales, crece a partir de los residuos inferiores y de la línea media del conducto nasopalatino por lo que en -- realidad, es una variante del quiste nasopalatino.

El quiste del conducto incisivo es un saco intróseo cerrado tapizado por epitelio.

Embriológicamente, el conducto incisivo que comunica las cavidades nasal y bucal se forma cuando los procesos palatinos maxilares se fusionan con el premaxilar, -- dejando dos vías de comunicación una a cada lado del tabique nasal.

Se han propuesto diversas teorías para explicar la formación de los quistes en los conductos nasopalatinos, como el trauma, infección bacteriana, bloqueo inflamatorio o mucosa del conducto.

No hay predilección sexual, la mayoría de los pacientes en los cuales el quiste llega a ser clínicamente-evidente se encuentra en la cuarta y sexta década de la vida. Los quistes generalmente son indoloros, excepto -- cuando se infectan.

El diagnóstico radiográfico del quiste puede ser difícil y no es posible hacerlo con seguridad si el diámetro es menor de 0.6 cm.

Microscópicamente el tipo de epitelio que compone al conducto nasopalatino o sus restos depende de la localización: Epitelio respiratorio cerca de la cavidad bucal, luego cuboide y finalmente escamoso estratificado al acercarse a la cavidad bucal.

El revestimiento más común es el escamoso estratificado.

4) Quistes globulomaxilares

Los quistes globulomaxilares son sacos forrados-de epitelio que se forman en la unión de los procesos globular y maxilar, generalmente se forman a partir de res-tos epiteliales. Entre los incisivos laterales y caninos-generalmente causan una divergencia de las raíces de es-tos dientes.

Su aspecto clínico es muy variable, puede pasar-

desapercibido, y se descubre solo por medios radiológicos; por otra parte, cuando son de tamaño grande o moderado, -- se observan, como un bulbo rosado de superficie lisa, en la corteza labial entre y por encima de las raíces de los incisivos laterales y caninos.

La tumoración puede ser de consistencia ósea y -- asintomática o puede apreciarse una sensación de crepita -- ción. En algunos casos, cuando se desarrollado una infec -- ción secundaria del quiste, puede encontrarse dolor a la -- palpación o un conducto fistuloso que nos lleve a la cavi -- dad quística.

El quiste globulomaxilar no esta relacionado con -- una infección odontogénica y que no afecta a la vitalidad -- de la pulpa de los dientes próximos.

El diagnóstico de los quistes globulomaxilares -- depende casi completamente de su localización entre el in -- cisivo lateral y el canino además de una valoración clíni -- ca de los dientes adyacentes para diferenciarlos de un -- quiste de origen dental, radiológicamente se basa en loca -- lización específica de la zona radiotransparente es homo -- geneamente oscura en forma de pera.

Microscópicamente puede estar tapizado por epi -- telio cuboide escamoso estratificado o por epitelio ci ---

límpido ciliado.

El tratamiento es quirúrgico y consiste en incisión cuidadosa pero se puede utilizar el método de partsch.

La mayoría de éstos sanan por primera intención y la cicatrización primaria puede obtenerse sin usar apósitos sin otras sustancias para obliterar la cavidad.

MUCOCELE

Los quistes de las glándulas salivales se clasifican en tres categorías: Quistes verdaderos, mucocele o quistes por retención superficiales, ranúlas.

El quiste verdadero es habitualmente pequeño, de 1 cm o menos, de diámetro y se localiza en el interior del cuerpo de la glándula parótida o submaxilar.

El mucocele; tipo de extravación mucosa, es una cavidad delimitada por tejido de granulación. Su luz contiene un material hialino eosinófilo y en número variable de macrófagos. Al parecer, un trauma, quizás mecánico, es el responsable de las accesorias, se puede tener cierta orientación por el hecho de que el quiste de una glándula salival accesoria este situada más superficialmente y no alcanza tamaño mayor que el de un chicharo, las ranúlas que afectan a la glándula salival sublingual alcanzan el tamaño de un cacahuete.

Es importante el diagnóstico, el hecho de que aumente de tamaño inmediatamente antes o durante las comi-das y disminuye de tamaño después de las mismas.

Es frecuente observar residivas subsecuentes, de ben practicarse radiografías, tanto oclusivas como ex --traorales para saber si hay o no cálculos salivales que a veces son los responsables de la obstrucción, sin embargo en muchos casos la obstrucción no se debe a cálculos si--no a residuos orgánicos, y entonces las radiografías no -revelan nada importante.

El tratamiento es quirúrgico, mediante la estir-pación completa o eliminando el lecho del quiste.

QUISTES DE ORIGEN DENTAL

Quistes paradontales.- El quiste paradontal está formado por restos epiteliales o de la membrana periodon-tal, todos son de origen inflamatorio. La localización -generalmente está en el ápice del diente por lo que se le llama quistes radiculares. Pero también se forman a lo --largo de la pared lateral y entonces se les denomina quis-tes laterales. A los quistes de naturaleza inflamatoria -en las regiones desdentadas se les da el nombre de resi-duales, estos se deben a la remoción incompleta de tejido patológico cuando se extrae un diente infectado.

Los quistes inflamatorios son el resultado de una infección dental con necrosis de tejido pulpar y transformación degenerativa en granuloma o quiste. No todos los -- granulomas epiteliales degeneran quiste, la formación de -- un quiste depende primero de la disolución de la parte -- central del granuloma, y segundo de la trasudación de lí -- quido a través del saco de tejido conjuntivo con forro --- de epitelio hasta el interior de la lesión. Estos quistes -- suelen estar revestidos de epitelio escamoso estratifica-- do y generalmente se encuentran infiltraciones de células -- redondas y signos de inflamación crónica.

El quiste periodontal de naturaleza principalmen-- te inflamatoria, no muestra signos de formación de neoplas -- mas de las células epiteliales que forran su pared.

QUISTE PERIAPICAL

También le han llamado quiste radicular, apical, dental, parodontal y de la punta de la raíz representan -- el 36.5% de lesiones. La causa más frecuente de esta le -- sión es la infección de la pulpa dental producida por la -- caries dental. El quiste se forma en un granuloma dental, cuando los restos epiteliales de la vaina de Hertwing -- (reto de Malassez) son incluidos en este y reaccionan, si -- son atrapados esos restos epiteliales, proliferan para li

mitar una cavidad a la que se aplica el término de quiste periapical. Si no hay proliferación epitelial se llama -- granuloma dental, afecta los maxilares superiores el 72% y el maxilar inferior el 28%.

Predomina en la región incisiva y en menor proporción en premolares, molares y caninos.

El maxilar inferior es afectado casi en la mitad de los casos en las regiones de los molares, siguen los -- premolares, los incisivos y caninos.

QUISTE LATERAL

Es una lesión rara que se clasifica como quiste-odontógeno desarrollado a lo largo de una superficie radicular lateral.

Tienen una predilección en la región de los caninos y premolares de la mandíbula.

Se cree que proviene bien del epitelio bucal -- traumatizado e implantado bien a partir de restos del desarrollo dental o por último, de la degeneración quística de las proyecciones interpapilares del epitelio superficial.

Debe ser considerado la idea de que realmente -- representan un quiste dentífero lateral dejado atrás de -- un diente en erupción su tamaño varía de 2 a 8 mm. bajo --

el microscopio se ven limitados por un epitelio escamoso proliferante, con evaginaciones ocasionales.

Los enfermos con quiste asisten al consultorio por la molestia de una bola en la boca o porque el borde alveolar ha crecido tanto que no pueden usar dentaduras artificiales.

Las características radiológicas son lo suficientemente específicas como para permitir establecer un diagnóstico seguro.

El diagnóstico se suele basar en las características radiográficas, pero es esencial la extirpación quirúrgica seguida de un estudio histológico, ya que los ameloblastomas pequeños pueden presentar un cuadro parecido.

Histológicamente, el saco del quiste se compone de un recubrimiento de epitelio escamoso estratificado y una pared de tejido conjuntivo.

QUISTE RESIDUAL

Estos quistes se quedan frecuentemente en su sitio después de la extracción del diente pero puede seguir creciendo hasta un tamaño considerable como quistes, radicales, residuales, o pueden evolucionar. Generalmente

ralmente, como en otros quistes de pequeño tamaño, clínicamente asintomáticos, el quiste residual es un hallazgo o accidental o casual en una exploración radiológica de la boca.

Al microscopio los quistes, presentan una capa limitante, formada por tejido conjuntivo denso, cubierta por epitelio escamoso, que proliferan algunas veces hasta parecerse al carcinoma escamoso, pero nunca se comporta como tumor maligno.

Este quiste se presenta en pacientes en su mayoría durante la cuarta década de la vida.

Datos radiológicos y clínicos que presenta el quiste residual, se parecen a los del quiste radicular, con la excepción de que falta el diente causal o de que el quiste residual puede localizarse en una zona en la que falten completamente los dientes. El diagnóstico final dependerá del resultado de la exploración bióptica.

QUISTES PRIMORDIALES

Este es uno de los tipos menos comunes de quiste odontógeno el quiste primordial se encuentra en lugar de un diente y no directamente asociado con el. También puede originarse en un órgano dental supernumerario de

manera que en algunos casos están todos los dientes.

Se forma por degeneración quística y licuefacción del retículo estrellado del órgano del esmalte o dentina calcificados.

La degeneración del retículo estrellado da lugar a un espacio quístico limitado por epitelio interior y exterior del esmalte que sufre un cambio y se convierte en epitelio de tipo escamoso estratificado. Y puede ser local, multilocular o múltiple.

Este tipo de quiste se encuentra con más frecuencia en el lugar del tercer molar del maxilar inferior o por detrás del mismo en el borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior.

Los quistes primordiales, dentígeros y multiloculares potencialmente son capaces de convertirse en ameloblastomas el 5% a 6% experimentan esa transformación.

Por definición los quistes no deben estar en contacto con una corona o ápice radicular de un diente.

Características histológicas. El aspecto microscópico del quiste primordial es similar al de algunos otros quistes odontógenos la pared se compone de fascículos paralelos de fibras colágenas, cuya densidad es variable.

El epitelio aunque de espesor variable por lo general consta sólo de cuatro a ocho células de espesor sin brotes epiteliales bien definidos.

Características clínicas: El quiste primordial varía ampliamente de tamaño pero posee potencial para exponer hueso y desplazar los dientes adyacentes por presión.

Es indudable que este quiste se forme en épocas tempranas de la vida pero puede no ser descubierto hasta mucho más tarde.

Características radiográficas: El quiste primordial aparece como una lesión radiolúcida redonda u oval y bien delimitada que puede tener un borde esclerótico o reaccional. Se localiza debajo de las raíces dentales entre las raíces de piezas adyacentes o cerca de la cresta del reborde en el lugar de un diente ausente en forma congénita en particular de un tercer molar superior o inferior.

Tratamiento: El tratamiento de este quiste consiste en su enucleación quirúrgica con un cureteado a fondo del hueso en particular si se produce la fragmentación del hueso y el revestimiento para asegurar la eliminación completa del epitelio.

El índice de recidiva es elevado.

QUISTES DENTÍGEROS

Esta afección es un tipo más común de quiste odontógeno que el primordial.

El quiste dentígero contiene la corona de un diente que no ha hecho erupción o una anomalía dental como el odontoma.

Se origina por alteración del epitelio reducido del esmalte después que la corona dental se ha formado completamente, con acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona dental. Si la degeneración del retículo estrellado hubiera ocurrido antes de la formación de la corona dental, el resultado hubiera sido un quiste primordial.

Otra explicación de la patogenia del quiste, dentígero es que se origina por proliferación y transformación quística de islas de epitelio alojados en la pared de tejido conectivo del folículo dental hasta fuera de ella y que este epitelio transformado se une después con el epitelio folicular de revestimiento para formar una cavidad quística única alrededor de la corona del diente.

Los quistes pueden ser formados por varios gérmenes dentales actuando en conjunto y su formación da una --

aparición folicular múltiple. El germen del diente que nace de la lámina dental o de la capa epitelial externa del órgano del esmalte del diente puede dividirse y formar un número de folículos, cada folículo puede formar un quiste causando la formación de los ya dos quistes hijos que necesitan una exploración cuidadosa al hacer la operación.

Debe recordarse que el quiste primordial dentígero es un ameloblastoma en potencia. La formación de germenes en la capa basal del epitelio y el crecimiento papilar en la luz da la lesión puede ser el principio del tumor dental.

Estos quistes de desarrollo tienden mucho a reaparecer frecuentemente los quistes con revestimiento epitelial grueso tienden más a la recidiva que los quistes con epitelio delgado especialmente si son múltiples.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Este quiste está siempre asociado con la corona de un diente retenido, también es posible que el quiste encierre un odontoma compuesto complejo o se relacione con un diente supernumerario.

Las localizaciones más comunes de este quiste --

son las zonas de tercer molar inferior y de los caninos, porque estos son los dientes que con mas frecuencia son retenidos.

El quiste dentígero tiene la capacidad potencial de transformarse en una lesión agresiva. La expansión del hueso con la consiguiente asimetría facial, -- gran desplazamiento de dientes resorción intensa de las piezas adyacentes y dolor, son las secuelas posibles -- del agrandamiento continuo del quiste la lesión quística de un tercer molar inferior retenido puede producir el "ahuecamiento" de toda la rama ascendente hasta la apófisis coronoides y cóndilo, así como la expansión de la lámina cortical debido a la presión que ejerce.

En el caso de un quiste de un canino superior-- suele haber expansión del sector anterior del maxilar-- y superficialmente puede parecer una sinusitis aguda o una celulitis.

EL EXAMEN RADIOGRAFICO: El maxilar que tiene un quiste dentígero revelará una zona radiolúcida de alguna manera vinculada con la corona de un diente brotado. Es posible que la corona dental no erupcionada, o retenida por alguna razón, este rodeada simétricamente por esta radiolucidez, Aunque hay que tener cuidado --

en no confundir el espacio circuncoronario o folicular normal con un quiste verdadero.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

No hay características microscópicas típicas -- que puedan ser utilizados con seguridad para distinguir el quiste dentífero de otros tipos de quistes odontógenos. Se compone de una delgada pared de tejido conectivo con una capa de escaso espesor de epitelio escamoso que tapiza la luz.

TRATAMIENTO

El tratamiento de este quiste está regido por -- el tamaño de la lesión las lesiones pequeñas pueden ser enucleadas por cirugía en su totalidad con poca dificultad. Los de mayor tamaño que producen una pérdida ósea -- importante y adelgace en forma peligrosa el hueso, suele ser tratados mediante la insición de un drenaje quirúrgico o marsupialización, este procedimiento alivia -- la presión y controla gradualmente.

ANATOMIA PATOLOGICA

Considerando anatómicamente los quistes dentígeros, como también los parodontales están formados por una bolsa conjuntivoepitelial. En los quistes dentígeros esta bolsa tiene en su interior la corona de un diente normal o de un diente supernumerario. En el interior del quiste se encuentra el líquido quístico que como en los parodontales presenta grandes variaciones respecto al color a la consistencia y a la bacteriología, amarillo citrino la mayor parte de las veces en otras ocasiones presenta tinte hemático o lechoso.

En los quistes dentígeros se pueden encontrar cristales de colesteroína con mayor frecuencia que la señalada.

El líquido quístico contiene seroalbúmina, seroglobulina, agua células en diferente estado de degeneración leucocitos.

Asiento: los quistes dentígeros toman asiento en ambos maxilares pero hay un predominio bastante alto a favor del maxilar inferior.

Estadística: Con respecto al diente portador del quiste, sobre los diez casos en cuestión pertenecen al:

Tercer molar inferior	3
Canino superior	2
Canino inferior	2
Primer molar inferior	1
Segundo molar superior	1
Primer premolar superior	1

Número.- Los quistes dentígeros son mucho menos frecuentes que los parodontales.

Edad.- Los quistes dentígeros son una afección de la niñez y de la juventud, sin embargo vemos varios quistes en adultos y aún en personas de 50 a 67 años.

Sexo.- Nuestras observaciones nos dan un mayor número de quistes en hombres que en mujeres.

Raza.- No hay nada exacto respecto al predominio de una raza sobre otra en la producción de estas afecciones.

DESARROLLO DE LOS QUISTES DENTIGEROS

Estos tumores se desarrollan cumpliendo con la ley de menor resistencia. Todos tienen características parecidas. Hacen en general su evolución hacia la tabla externa, en el maxilar superior, a excepción de los correspondientes al canino cuya marcha y evolución es casi siempre palatina.

VOLUMEN DE LOS QUISTES DENTIGEROS.- El volúmen de estos procesos es variable desde el pequeño quiste pericoronario del tamaño de una haba hasta el enorme quiste originado por un primer premolar inferior que iniciado a nivel del tercer molar inferior, cruzaba la sínfisis llegando al primer premolar del otro lado por lo general adquiere el tamaño de una nuez o de huevo de gallina.

ESTUDIO TOPOGRAFICO DE LOS QUISTES DENTIGEROS. La evolución de los quistes, las relaciones con los órganos vecinos y la reacción de estos órganos ante la marcha tumoral son idénticas a los de los quistes parodontales. Solo hace excepción a este parecido la presencia del diente retenido, el cual presenta relaciones importantes con los órganos de la vecindad.

RELACIONES DE LOS QUISTES DENTIGEROS CON LOS DIENTES VECINOS

Producen desviaciones en el sentido de que los --
dientes se abren en abanico y rarefacciones del cemento de--
los dientes que encuentran en su camino y mortificaciones --
pulpares idénticos a los que producen los quistes parodonta
les.

COMPLICACIONES.- Los quistes dentígeros suelen in
factarse en algunas ocasiones, talvez sean más resistentes--
en este sentido que los parodontales. Nos ha parecido que --
los quistes pequeños se infectan con mayor facilidad que los
grandes.

ANATOMIA PATOLOGICA DE QUISTES PARODONTALES.

Un quiste parodontal está esencialmente formado --
por una bolsa conjuntivoepitelial, con un contenido líquido,
apendiculada a un diente portador de una caries de cuarto --
grado.

El contenido quístico es un líquido semejante al--
plasma sanguíneo, en el cual se encuentra detritus, restos--
celulares, polinucleares y cristales de colesteroína, el ás--
pecto varia cuando el quiste se infecta.

Los quistes parodontales son la consecuencia de --
una complicación de una caries de cuarto grado o de un dien
te mortificado sin caries.

¿A expensas de que elementos y por cual mecanismo se originan estos quistes?.

Prescindiendo de toda reacción consecutiva a una agresión enérgica es decir fenómenos flogísticos, de carácter agudo que implican siempre fenómenos flogísticos, de carácter agudo.

Fenómenos necróticos.- Estas lesiones de un modo evidente que ha existido en la extremidad de la raíz una causa inflamatoria, una espina que ha irritado los tejidos vecinos y periodonto.

Las muescas de destrucción en la superficie del cemento hipertrofiado, prueban que después de una inflamación moderada, persistiendo, que trajera como consecuencia esta hipertrofia se producen en distintos sitios focos de inflamación aguda destructiva, que concluyen por ser reemplazados por una inflamación noformativa, reparadora de las destrucciones producidas por el ataque agudo.

Entre los estímulos capaces de provocar fenómenos flogísticos de esta naturaleza.

- a).- Bacterias que conservan su actividad durante años.
- b).- Cuerpo extraño de toda clase.
- c).- Las masas formadas por extensas porciones de

tejido necrosado y que requieren un largo tiempo para su desaparición.

Frente a estos estímulos tendremos en el periodo nto los mismos procesos crónicos que se observa en todos los tejidos conjuntivos.

a).- Proliferación de los elementos preexistiendo.

b).- Infiltración.

c).- Neoformación de vasos.

Y estos como toda neoformación inflamatoria, llevarán como propósito la reparación de las partes destruidas.

Asiento. Los quistes parodontales son tumores en ambos maxilares, sin embargo, los autores están de acuerdo en asignar un predominio de quistes parodontales al maxilar superior.

El diente desde el punto de vista de su culpabilidad, en 51 casos de quistes.

Maxilar Superior
Maxilar Superior Maxilar Inferior

Incisivo central.	4	3
Incisivo lateral	5	-
Canino,	4	-
Primer premolar.	7	-
Segundo premolar	19	1
Primer molar,	<u>7</u>	<u>1</u>
	46	5

Edad los quistes paradentarios se desarrollan a -- cualquier edad pero la edad adulta de 20 a 50 años es la -- época preferente para la producción de estas afecciones.

Sexo. No hay predominio de sexo.

Un quiste paradontal está esencialmente formado -- por una bolsa, conjuntivo-epitelial, con un contenido líquido apendiculada a un diente portador de una caries de cuarto grado.

El contenido quístico es un líquido semejante al-plasma sanguíneo en el cual se encuentra dentritus, restos-celulares, polinucleares y cristales de colessterina, el as-pecto varia cuando el quiste se infecta.

MARCHA CLINICA Y EVOLUCION.- Establecido el proceso quístico en el ápice radicular, inicia su marcha a través del tiempo y del espacio.

Como lesión esencialmente crónica su desarrollo-se hace lentamente en un lapso a veces considerablemente largo.

En su primer período, la tumefacción tiene por lo general en muchas ocasiones, cuando viene apendiculada al -- ápice del diente en el momento de la extracción.

Primer período clínico, período entramaxilar.

Primer período silencioso, si no es eliminado quirúrgicamente ó por otros procedimientos, el tumor sigue creciendo y pasa a la segunda etapa de su desarrollo, el período de estereorización en el cual el quiste presenta características semiológicas particulares diferenciales, cuando la tumefacción ha adquirido cierto volúmen y resorbido el hueso que lo rodeaba ya es perceptible a la inspección clínica.

El tejido óseo de la tabla externa, en ambos maxilares, es el primero en ser deformado por la marcha del tumor.

Este adelgazamiento de la tabla externa ósea, papiracea disminuida en su espesor por el aumento de volúmen y compresión del tumor. Es comparada por los autores a la que dá una bola de celuloide ó una cáscara de hueso al ser comprimida entre los dedos. La tabla externa una vez retirada el dedo que lo oprime recupera su forma se traduce siempre por la deformación de la cara, se adquiere aspectos y modalidades diferentes.

DESARROLLO DE LOS QUISTES PARODONTALES.- Un tumor quístico adherido al ápice de un diente cualquiera de la arcada, si factores extraños o la supuración del proceso no detiene su crecimiento, realiza su marcha contrayendo relaciones con los órganos vecinos.

¿Como y hacia donde se realiza la invasión de los órganos vecinos? Depende del diente donde esté radicado el quiste.

En ambos maxilares, la invasión por el hecho de las distintas relaciones anatómicas adquiere modalidades y caracteres diferentes.

En ocasiones la inspección del tumor quístico, -- por su ubicación topográfica, nos permite señalar el diente causante.

Maxilar superior.- Incisivo central, los quistes-parodontales ubicados en este diente hacen su desarrollo hacia vestibular, invadiendo en un tiempo posterior, cuando han alcanzado cierta magnitud las fosas nasales la complicación infecciosa de estos quistes hace que pueda la supuración abrirse camino por el piso de las fosas nasales, en su tercio anterior y simular una rinitis o sinusitis.

En algunos casos hemos observado la marcha palatina del proceso junto con el desarrollo nasal y vestibular.

SINTOMATOLOGIA

Los quistes dentígeros por lo general no presentan ninguna sintomatología, por lo menos en su primer período intramaxilar y parte del segundo, en algunas ocasiones puede percibirse fenómenos dolorosos que adquieren la misma

intensidad que la producida por los dientes retenidos otras veces la característica es desviación de los dientes en abanico llaman, la atención del paciente o de los familiares.

Sintomas dolorosos manifiestos e intensos, puede decirse que son raros y excepcionales sobre todo cuando el quiste es aún estéril sin embargo, neuralgias, dolores de distinto tipo y cefaleas, pueden presentarse en algunas ocasiones.

A pesar del volúmen extraordinario que pueden alcanzar en algunas oportunidades.

Lo que más se puede notar en el paciente es la deformación de los rasgos faciales. Los surcos anatómicos desaparecen, la asimetría facial es manifiesta. La bóveda palatina puede estar descendida; algunos casos hay exoftalmia por protusión del globo ocular; en otras ocasiones hay dificultades serias a la fonación y deglución. Esta sintomatología es marcadamente silenciosa, cambia bruscamente, si el quiste se infecta. Los dolores se hacen intensos, se irradian en distintas direcciones, el estado general está también perturbado; hay fiebre, disnea, halitosis, pulso elevado, en una palabra, la sintomatología de un proceso agudo. La supuración se abre caminos por fistulas de número variable que se instalan intra o extra oralmente, por las

que mana un pus fétido y característico.

Se encuentra el tejido blando aterciopelado de la bolsa quística y se puede percibir la dureza característica del diente retenido: algunos casos después de la infección del quiste y su comunicación con el medio bucal, se han podido encontrar caries de distintos grados en el diente retenido.

DATOS RADIOGRAFICOS.

El examen radiográfico nos muestra la localización y extensión del quiste en el hueso y en los dientes, las sombras superpuestas pueden causar confusión cuando parecen estar atacados varios dientes en la región de un quiste. Se debe hacer un examen clínico completo incluyendo las pruebas de vitalidad. La presión del líquido quístico dentro de la cavidad puede causar la formación de una capa compacta de hueso en el cuál está contenido el saco del quiste.

La radiografía dental es un informe sobre una película fotográfica de densidades radiolúcida (Negra) y radiopaca (blanca).

El uso de la radiografía está definitivamente indicado ocasiones, cuando se presentan dientes retenidos, en ciertas supernumerarios y no erupcionados, quistes, raíces y cuerpos extraños. En los casos en que es necesario operar es imperativo se determina la exacta localización del diente o cuerpo extraño, como ayuda para el operador. La localización por medio de radiografías deben ser interpretadas por comparación de vistas tomadas en distintos ángulos de proyección más un conocimiento anatómico de la región radiográfica.

Indicaciones para el uso de la localización.- La localización está indicada en los siguientes casos: cuerpos extraños; agujas rotas, instrumentos rotos; materiales de relleno en la apófisis alveolar, raíces retenidas, dientes retenidos, no erupcionados y supernumerarios; cálculos en una glándula o conducto salival; fracturas del maxilar superior y maxilar inferior; fracturas de los cóndilos expansión del proceso alveolar en una formación quística.

Los tipos de exámenes radiográficos dentales usados en la localización son los siguientes: Periapical, Oclusal (topográfica), sección transversal y maxilar lateral, - cabeza lateral posteroanterior.

El diagnóstico nunca se puede hacer positivamente con los datos radiográficos ya que muchas enfermedades neoplásicas y metabólicas aparecen en la radiografía como quiste. Los quistes generalmente tienen un contorno liso, redondo y lobular y pueden multiloculares, Sin embargo cuando hay infección secundariamente los bordos pueden ser irregulares Los quistes de los maxilares superiores son muy difíciles de ver en la radiografía debido a que se sobreponen las sombras de los senos paranales.

El lipiodol es una sustancia radiópaca, pueden - inyectarse en la cavidad quística.

El material radiópaco se inyecta en la cavidad -- después de aspirar el contenido del quiste. Se utiliza una- aguja grande de calibre 19 ó 20 en una jeringa luer de 3 a 5 cm³. Después que se ha aspirado el líquido en la jeringa, - se quita la aguja que se deja en su lugar y entonces se in- serte otra jeringa luer con lipiodol. la abertura que se ha hecho en la cavidad debe obturarse inmediatamente con hemostático o torunda, y la radiografía debe hacerse tan pronto- sea posible para evitar la salida del líquido.

Esta técnica también puede utilizarse para visua- lizar quistes de tejido blando y conductos venosos, que de- otra manera no podrían verse en la radiografía. Los quistes dermoides pueden contener material radiópaco.

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico en cada caso debe fundarse en una combinación de datos: Físicos, anamnesis, valoración radiográfica y biopsia. El examen histológico es muchas veces esencial para establecer un diagnóstico correcto, pero también son necesarios otros estudios clínicos de laboratorio.

No se debe hacer una biopsia inmediatamente para eliminar otros estudios. La biopsia debe hacerse cuando sus indicaciones sean bastante claras.

Los síntomas clínicos suelen faltar si el quiste no es muy grande y no causa deformidad facial.

Los quistes pueden ser múltiples, cada uno de un rudimento embrionario diferente, pero los quistes múltiples pueden indicar una enfermedad general. Debido a que los quistes de los tejidos blandos del cuello se presentan muchas veces tensos, la diferenciación entre el quiste y los tumores sólidos puede ser difícil. La presencia de inflamación y la sensibilidad a la presión es un signo de quistes que tumor, debido a que los quistes frecuentemente se infectan secundariamente, sin embargo la dureza del quiste y la movilidad, fijación, consistencia, cambios locales y enfermedades asociadas son los factores más importantes en

el diagnóstico. En los quistes grandes de hueso que producen asimetría facial, la extensión se verifica generalmente a lo largo de la línea de menor resistencia en el hueso y a través de él en todas direcciones. Los nervios, vasos sanguíneos y senos paranasales regularmente son desplazados por la presión ejercida por el contenido líquido del quiste en contraste con el neoplasma que invade y rodea estos tejidos.

El diagnóstico para su mejor estudio se divide en diagnóstico clínico, radiológico y diferencial.

DIAGNOSTICO CLINICO.

El quiste puede crecer de forma tan marcada que produzca una asimetría en la cara.

Esto ocurre con mas frecuencia en los quistes foliculares que se expanden afectando a grandes cantidades de hueso. Los quistes periodontales suelen ser de tamaño más pequeño. El corte del hueso se vuelve delgado como una cascara de huevo deforme, que a veces la presión digital puede producir una sensación de blandura o crepitación.

Ciertos quistes odontogénicos se pueden infectar agudamente y producir signos y sintomas de inflamación, hinchazón, fiebre y leucocitos.

En ocasiones, una fractura puede ser el indicio de la existencia de un quiste odontogénico. Sin embargo, a

pesar de que algunos quistes foliculares pueden destruir -- una cantidad considerable del hueso, las fracturas patológicas se producen espontáneamente.

Los quistes maxilares pueden violar la integridad del antro. El quiste puede causar infección antral con sinuitis y viceversa, una infección del antro puede ser causada de que el quiste sufra un proceso inflamatorio agudo.

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO.

Las radiografías tanto intraorales como extraora-- les tienen un gran valor para el diagnóstico de los quis-- tes. Estos se observan como una radiolucidez del hueso y -- suelen estar rodeados de una línea blanca (lámina dura). Se pueden observar también áreas dentro de la radiolucidez que aparece incluso más oscuras y que indican la existencia de una erosión en la superficie cortical, tanto lingual como -- bucal o bien en ambas. La extensión de la destrucción se -- puede observar en la radiografía que revelará la afectación de estructuras importantes, tales como dientes, canal mandibular, senos maxilar y orificios nasales.

Las grandes destrucciones quísticas no indican que existe debilidad o tendencia a las fracturas patológicas -- puesto que el quiste se expande a expensas del hueso medu-- lar, dejando la fuerte cortical intacta. Hay también facto--

res anatómicos que proporcionan cierta resistencia al hueso, como el caso de la sínfisis el hueso retromolar y los bordes de la mandíbula y de la potente raíz del antro cigomático y las eminencias caninas.

Algunos emplean técnicas radiográficas con medios de contraste.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Los quistes de las arcadas deben distinguirse de un cierto número de lesiones que presentan un aspecto radiográfico similar. Los quistes pueden desplazar los dientes por presión. Los quistes multiloculares y uniloculares se deben diferenciar del ameloblastoma, que suele presentar un aspecto festoneado, denudando o erosionando las raíces y envolviendo los dientes adyacentes.

En alguna ocasión habrá que practicar una biopsia para determinar la naturaleza de la lesión quística; esto ocurre, sobre todo, en los quistes multiloculares o múltiples. Debe tenerse especial cuidado, cuando se sospecha la existencia de lesiones vasculares. En los casos de duda es preferible practicar una biopsia y esperar el resultado antes de entrar en la intervención quirúrgica.

Con las técnicas histopatológicas actuales, incluyendo los cortes de tejidos congelados, se puede obtener un

diagnostico bastante aproximado en 10 a 15 minutos.

Los tumores centrales benignos de las arcadas tienen tendencia a erocionar o destruirlas raices dentales. -- Los quistes normalmente no hacen eso sino que, más bien, -- propenden a desplazar o causar alguna resorción en las estructuras dentarias.

Los tumores malignos, tanto primarios como metastásicos, no presentan en la radiografía las lisura y el aspecto redondeado de la lámina dura del quiste.

TRATAMIENTO

Sin tomar en cuenta la etiología, naturaleza o localización del quiste, existen métodos generales del tratamiento.

1.- Enucleación de todo el quiste

2.- La operación de Partsch o marsupialización, por lo cual el quiste se descubre quitando la boveda y haciendo la cubierta quística continua con la cavidad bucal o las regiones adyacentes.

En todo caso, el procedimiento quirúrgico debe basarse en sólidos principios fundamentales. Estos principios incluyen la preservación del aporte sanguíneo a la región, evitar el trauma excesivo de las fibras y troncos nerviosos de la región, control de la hemorragia técnica aséptica, manejo atraumático de los tejidos blandos, colgajo adecuado para obtener relajación suficiente que brinde un buen acceso a la región del quiste, evitar llegar a inserciones musculares y grandes vasos, suturas correctas y readaptación de los tejidos blandos, la incisión nítida de manera que los tejidos blandos sean readaptados sobre una base ósea siempre sana mejor y con menos dolor postoperatorio que cuando el tejido es des-

garrado, lacerado o suturado directamente sobre un defecto del hueso.

El método quirúrgico depende de la localización y extensión del quiste.

TECNICA DE ENUCLEACION

El mejor tratamiento es la escisión total de los quistes. A veces puede ser necesario modificar este criterio, con el fin de acomodarse a situaciones particulares, tales como los que se producen en aquellas lesiones extensas en que la eliminación y enucleación, podría ser causa de una fractura de las arcadas.

Cuando la enucleación es el método de elección, una vez que se ha obtenido el colgajo mucoperióstico y se ha reflejado, se practica una ventana en la cortical ósea; en muchas ocasiones esta abertura ya está presente y solo es necesario ampliarla. La ventana se puede practicar con un martillo y osteótomo, una pinzas gubias o una fresa de hueso. En la técnica que se emplea la fresa se practica una serie de agujeros, de alrededor de 5 mm. sobre la zona de lesión quística determinada radiográficamente, después se unen las perforaciones mediante un cincel que permite la fácil eliminación de la lámi-

na ósea. Para eliminar este hueso se puede emplear unas pinzas gubias o sacabocados.

La ventana debe ser suficientemente grande como para permitir un fácil acceso que vacíe la cavidad quística. El quiste separa completamente de las paredes óseas por medio de curetas o periostotómos pequeños. En la mandíbula, el canal mandibular se encuentra muchas veces comprometido, por lo que debe observarse un cuidado especial al separar las paredes quísticas a lo largo del canal. En el maxilar debe observarse con precaución parecida si el quiste ha penetrado en el antro maxilar, o si la atrofia producida por la lesión ha creado una delgadísima capa de separación entre la pared quística y el antro.

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES EXTENSOS.

Cuando el quiste es tan grande, que se tome la producción de una fractura quirúrgica, se aconseja aplicar barras y férulas en los dientes antes de la intervención: Si se produce una fractura, se puede aplicar la fijación inmediatamente.

En algunas lesiones extensas es mejor abrir las y practicar una biopsia, en el momento que se exte-

rriorizan, se insistirá directamente en la cavidad quística una gasa yodoformada o de Gelfoam que se cambiará periódicamente, también se utilizan con mucho éxito los tubos de plata y de plástico, con esta técnica, se colapsa el cuerpo del quiste y se permite el relleno de espacio quístico por compresión por el nuevo hueso que se forma por fuera del quiste. Cuando se ha formado cantidad suficiente de hueso, se debe incluir a todo el quiste y practicar una cierre primario.

TECNICA DE MARSUPIALIZACION O DE PARTSCH

La técnica de marsupialización resulta un poco discutible. Su aplicación en los casos de exposición y conservación de dientes permanentes, hay peligro de llegar a los senos paranasales, o si se quiere evitar un defecto óseo, cuando existen pequeños quistes dentígeros, foliculares, o quistes de erupción en los pacientes más jóvenes, puede tener algún valor. Aquí quizás es donde este únicamente indicada esta técnica.

En la práctica, la marsupialización de los quistes requiere un control y una vigilancia muy continua, para evitar la acumulación de partículas de alimentos y otros detritus. Existe otro peligro que es el de la formación de nuevos quistes a partir de la membrana quística

que ha quedado.

En general, debe evitarse la marsupialización. -- Es mucho mas segura la enucleación completa del quiste. -- Si el quiste es demasiado extenso para la enucleación inmediata se practicará un drenaje y un taponamiento con yo doformo, hasta que haya disminuido lo suficiente para permitir su eliminación completa.

La intervención de los quistes cualquiera que -- sea su tamaño o su situación debe ser siempre realizada -- por la via vestibular.

Los quistes del maxilar superior, cualquiera --- que sea el desarrollo topográfico que toman invadiendo -- los órganos vecinos (senos, fosas nasales, bóveda palatina), serán intervenidos por esta vía.

Para los quistes correspondientes al maxilar inferior, puede emplearse por la via agrandada.

El concepto del método de marsupialización o de partsch consiste esencialmente en transformar el quiste -- en una cavidad accesoria de la cavidad bucal conservando parte de la membrana quística, que por su condición epitelial adquiere en poco tiempo todas las características del epitelio bucal, en presencia del proceso para el cual se formulan las indicaciones que ya señalaremos la técnica

ca consiste, en resumen practicar una incisión que nos -- permita abordarlo, la osteotomía de porción ósea que lo cubre y apertura y vaciamiento del quiste conservando su hemisferio interno, por este procedimiento, el quiste se aplana y en un tiempo variable desaparece.

LA TECNICA DE PARTSCH

Sus tiempos quirúrgicos son los siguientes:

- 1).- Incisión
- 2).- Desprendimiento del colgajo
- 3).- Osteotomía
- 4).- Tratamiento de la bolsa quística
- 5).- Tratamiento del diente causante
- 6).- Tratamiento de las cavidades y dientes vecinos.
- 7).- Tratamiento postoperatorio

1).- INCISION.- La incisión se traza siguiendo - los límites de la proyección del quiste sobre la cara --- vestibular; es por lo tanto, una incisión en un punto dis tal al quiste a intervenir, llegando desde allí hacia na sal.

2).- EL DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO. Esta manio- bra se realiza con una legra pequeña o con una espátula -

roma,

3).- OSTEOTOMIA.- La extracción del hueso que cubre al quiste puede hacerse con diversos instrumentos, -- aplicables según el grado de destrucción de la estructura. En caso de que el hueso esté muy adelgazado, puede ser seccionado con un bisturí para hueso.

4).- TRATAMIENTO DE LA BOLSA QUISTICA. Fabrican un tapón de strens, con el cual obturan la cavidad y que debe ser retirado por la noche, para que actúe la presión negativa del aire bucal, este tapón puede también construirse de caucho.

5).- TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE. El diente causante, por una gangrena pulpar, no puede ser conservado, sin el peligro de una nueva infección del quiste. -- Dos son los caminos a seguir el tratamiento radicular y -- la apicectomía o su extracción.

La amputación del ápice radicular, en el Parsch exige cierta destreza porque la sección del ápice debe -- hacerse con la conservación de la bolsa quística y por -- la brecha operatoria ya creada.

6).- TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES Y DIENTES VECINOS. Con el método conservador de partsch, no hay que temer por la integridad del seno maxilar ni las fosas nasas

les. La membrana quística actúa como un telón de seguridad que defiende estos órganos.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.- Consiste en los sucesivos cambios de gasa yodoformada y lavajes de la cavidad quística con suero fisiológico o con solución alcohólica de fenol alcanforado.

RESULTADOS DEL METODO DE PARTSCH

El resultado peroperativo del método de Parstch -- puede resumirse en los siguientes puntos:

- 1) Detención inmediata del crecimiento del quiste, por su presión de la presión endoquística.
- 2) Gradual adquisición por parte del epitelio -- quística de los caracteres del epitelio de la mucosa bucal.
- 3) Aplanamiento progresivo de la pared del quiste hasta su desaparición.

COMPLICACIONES

Infección. Los quistes con infección aguda se --- tratarán en dos etapas: 1) Control de la infección aguda y 2) Intervención quirúrgica definitiva para erradicar el quiste. Para controlar la fase aguda abra que establecer un drenaje e instaurar un tratamiento con antibióticos. --

Una vez haya cedido el episodio agudo, el quiste se deberá enucleaer dejando un drenaje, si existe pus residual. Los-- antibióticos se continúan postoperatoriamente durante 5 a-- 7 días.

Los quistes con infección crónica pueden eliminar se sin el drenaje inicial, ya que existe una localización-- de la infección. También está indicada la cobertura anti -- biótica; la sutura primaria o colocación de un drenaje en-- la herida dependerá de cada caso particular.

Las infecciones postoperatorias se controlarán -- localmente, con irrigaciones y taponamiento de la cavidad-- ósea y sistemáticamente mediante el empleo de los antibió-- ticos. Las cavidades óseas que han quedado abiertas, deben irrigarse frecuentemente, con el fin de evitar la acumula-- ción de restos de alimentos.

Fractura. Las fracturas espontaneas o patológi -- cas, debidas a la formación quística, son una complicación relativamente rara, a pesar de algunos quistes dentígeros-- alcanzan tamaños enormes. Las fracturas producidas por -- nuestras manipulaciones en las intervenciones quirúrgicas, se pueden evitar si se realizan con cuidado y con una téc-- nica atraumática.

No son raras las fracturas traumáticas de las zo-

nas donde existen grandes quistes. En ocasiones, son el primer indicio de la existencia de una zona patológica. Cuando se produce la fractura traumática en una zona -- quística, su tratamiento resulta un verdadero problema. Lo primero de todo, hay que eliminar el quiste por completo. Entonces se reducirá y estabilizará la fractura, pudiendo practicarse todo en ello en dos fases con intervalo de tiempo entre las mismas. Si el quiste está infectado, hay que drenarlo, tratar la infección y luego reemplazar la parte perdida mediante injerto óseo, -- una vez se ha eliminado la infección.

CONCLUSIONES

Los quistes son cavidades patológicas que se presentan en tejidos blandos o duros. Todos aquellos que se presentan en boca, cara y cuello; pueden ser de origen: - Congénito, de desarrollo y de retención.

Para poder llegar a un buen diagnóstico de los quistes es necesario hacer una anamnesis completa, y valernos de todos los datos, clínicos radiográficos, anatómicos, diferenciales etc. obteniendo estos datos daremos un buen diagnóstico sin temor a equivocarnos.

El tratamiento a seguir en cada uno de estos quistes va a depender, tanto de su tamaño, como de su localización.

La enucleación es una de las mejores técnicas a seguir en el tratamiento de los quistes, pero antes de elaborar esta técnica debemos estar concientes de los lugares anatómicos que tendremos que tocar al hacer este procedimiento.

Cuando nos enteramos en el diagnóstico que los huesos o senos nasales están en peligro y que al paciente en vez de obtener una mejoría, se le puede hacer un daño, al sufrir una fractura, alguna comunicación antral o que-

dañen unos tejidos adyacentes y sin que su reparación sea sencilla, nos inclinaremos por otra técnica como es la de Partsch.

Siempre que obtengamos un buen diagnóstico tendremos un buen tratamiento y a la vez menos complicaciones postoperatorias habrá.

BIBLIOGRAFIA

ANATOMIA PATOLOGICA DENTAL Y BUCAL
Tomás Velázquez

CIRUGIA BUCAL
Dr. Kruger

CIRUGIA BUCAL
Dr. Ries Centeno

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL
Edward V. Zegarelli.

Austin H. Kutscher.
George A. Hyman.

HISTOLOGIA
Dr. Artur W. Ham.

HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA ODONTOLOGICAS
Dr. D. Vincent Provenza.

PATOLOGIA BUCAL
Bhaskar S.N.

PATOLOGIA BUCAL
Shafer.

PATOLOGIA ORAL THOMA
Robert J. Gorlin.
Henry M. Goldman.

PERIODONCIA
Dr. Orban

TRATAMIENTO DE CIRUGIA ORAL
Walter C. Guralnick.

HISTOLOGIA DEL DIENTE HUMANO
I. A. Mjor J.J. Pindborg.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
TEMARIO	2
EMBRIOLOGIA DE LA CAVIDAD ORAL	3
HISTOLOGIA GENERAL Y DEL DIENTE	15
TEORIA DE LOS QUISTES	33
CLASIFICACION DE LOS QUISTES	35
QUISTES DE ORIGEN EMBRIONARIO	
QUISTE TIROGLOSO	36
QUISTES BRANQUIALES	38
QUISTE DERMOIDE	39
QUISTES DE DESARROLLO	
QUISTES NASOALVEOLARES	41
QUISTES DE LA LINEA MEDIA	42
QUISTES NASOPALATINOS	44
QUISTES GLOBULOMAXILARES	45
QUISTES DE RETENCION	
MUCOCELE Y RANULA	47
QUISTES DE ORIGEN DENTAL	
QUISTES PARODONTALES	48
QUISTE PERIAPICAL	49

	Pág.
QUISTE LATERAL	50
QUISTE RESIDUAL	51
QUISTES PRIMORDIALES	52
QUISTE DENTIGERO.....	55
ANATOMIA PATOLOGICA	59
DATOS RADIOGRAFICOS.....	70
DIAGNOSTICO	73
TRATAMIENTO	78
CONCLUSIONES	88
BIBLIOGRAFIA	90