UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

QUISTES ODONTOGENICOS
ASPECTO CLINICO, RADIOGRAFICO, HISTOPATOLOGICO Y TERAPEUTICO

T E S I S

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

ARCELIA ESPINOSA DIAZ

México, D. F. 14675 1979

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

I GENERALIDADES

Los quistes odontogénicos son quistes de desarrollo que se originan en los tejidos formadores del diente. Estos quistes se pueden presentar desde la infancia hasta cualquier edad y en su crecimiento destruyen el hueso. La esponjosa -- ofrece menos resistencia que el hueso cortical, de forma que su crecimiento se realiza a través de la porción medular del hueso. El hueso cortical se puede atrofiar debido a la pre-- sión y luego volverse muy delgado, semejante a una cáscara de huevo; puede quedar tan erosionado que a veces dé lugar a una franca ulceración. Un quiste puede ocupar la totalidad de un segmento de la arcada, ensanchándola hasta el extremo de producir una distorsión facial. En general, los quistes odontogénicos tienen paredes gruesas.

El quiste odontogénico puede degenerar y formar un "muro tumoral". Se han descrito ameloblastomas y carcinomas epidermoides cuyo origen estaba en las paredes de los quistes odontogénicos.

CARACTERES COMUNES DE LOS TUMORES ODONTOGENICOS.- Los tumores de origen dentario presentan una serie de caracteres comunes, con las variedades lógicas para cada especie tumoral. Estos caracteres comunes se refieren a la marcha, evolución, benignidad y pronóstico. Su origen, remotándonos a su iniciación, es también común, o único si se quiere en el gérmen den

tario.

Los tumores odontogénicos se inician a expensas del gérmen dentario, total o parcial, de restos dejados por estegérmen en su evolución o involución, o del diente adulto, pero influído en las reliquias embriológicas que se puedan encontrar en los maxilares.

DEFINICION.- Neoformación en los tejidos blandos o duros que da lugar a una cavidad en la cual vamos a encontrar una sustancia líquida, semilíquida o gaseosa recubierta por una pared o cápsula de epitelio.

ETIOLOGIA.-

1.- Proliferación de los tejidos formadores del diente, se presenta sobretodo en las infecciones crónicas granulomatosas de los ápices.

2.- Epitelio atrapado durante el desarrollo embrionario.

3.- Obstrucción de alguno de los conductos de las glándulas salivales mayores o menores.

MARCHA CLINICA O EVOLUCION.- Dá la pauta para saber en que etapa está el quiste.

Son 4 etapas:

1a) Silenciosa.- Es la presencia del quiste, no se encuentra en proceso de evolución, no hay alguna característi

ca clínica o radiográfica que nos manifieste la presencia del quiste pero este existe.

2a) Deformación.- El quiste empieza su desarrollo,- empieza a crecer y puede o no dar sintomatología clínica y radiográfica, por lo que es dificil diferenciar la 1a y 2a etapas (aquí puede haber dolor, parestesia), todos los quistes - crecen hacia zonas de menor resistencia, en este caso hacia - las tablas oseas externas.

3a) Exteriorización.- Aquí el quiste está en desarrollo y se hace manifiesto, los tejidos no pueden detener el avance tumoral de los quistes y estos se exteriorizan. La -- sintomatología clínica patognomónica se llama "crepitación -- apergaminada" que encontramos al presionar esta zona, es consecuencia de que la tabla ósea externa está delgada y apergaminada al presionar.

4a) Supuración.- En este momento ya no hay tejido - que resita al quiste y este forma una fístula por donde va adrenar el líquido del quiste, se puede cerrar la fístula y -- persistir el quiste.

Nota: en cualquiera de estas etapas se puede presentar in---- fección.

EXAMEN RADIOGRAFICO.- Es importante porque ayuda - a diagnosticar. Se presenta zona radiolúcida homogenea y ra-

diotransparente circunscrita o delimitada por una zona radio paca. En los quistes de los tejidos blandos se tiene que hacer cialografía para diferenciar si no se debe a alguna glándula salival.

SINTOMATOLOGIA.- El quiste presenta sintomatología variable para cada caso, porque cada paciente presenta sintomatología diferente.

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES ODONTOGENICOS

El tratamiento de elección, tanto para los quistes radiculares como para los periodontales, consiste en la enucleación total. Para conseguirlo se deben seguir ciertos principios quirúrgicos, con los siguientes pasos operatorios: colgajo mucoperióstico, conservar los dientes, siempre que no se comprometa con ello la erradicación de la enfermedad, enucleación de la lesión, cierre de la herida y cuidados postoperatorios.

Colgajo.- Una vez decidida la vía de abordaje del quiste, se practicará un colgajo mucoperióstico, de forma que se produzca un obstáculo mínimo en el aporte sanguíneo, siempre que sea posible, se hará la incisión en el pliegue mucobucal, como continuación de la incisión oclusal (o gingival). Esto es preferible a las incisiones que se extienden-

desde cada extremo del corte horizontal, con lo cual, se produce un grave obstáculo en el aporte de sangre procedente de tres direcciones. La incisión debe ser siempre aguda, para evitar el desgarro de los tejidos. Las incisiones limpias y bien definidas, curan mucho antes que las sinuosas.

El colgajo deberá separar y deslindar el hueso subyacente con un periostótomo. Al despegar grandes colgajos, si colocamos un pedazo de esponja sobre la hoja del elevador o del periostótomo, nos ayudará a separar más fácilmente el periostio del hueso subyacente.

El colgajo se realizará de manera que, una vez finalizada la intervención, la sutura se practique sobre hueso sólido. Si el colgajo no se ha hecho como es debido y la sutura queda sobre una zona sin hueso, el colgajo se puede colapsar dentro de esta área. Con esto se suelen originar desgarros, infecciones y escarificaciones de parte o de todos los tejidos blandos; por otro lado, constituye una puerta de entrada para la contaminación directa de la cavidad dentro del hueso.

Sutura.- La sutura se ha de hacer de forma expeditiva. Se pueden emplear instrumentos que anudan automáticamente. Algunos cirujanos usan catgut, pero es preferible usar seda del número 3-0, o las de algodón que se eliminan

a los 4 días. En ocasiones es últil pasar ligaduras alrededor de los cuellos de los dientes, para mantener el colgajo en posición. La aguja de sutura atravezará primero el colgajo y después penetrará en el mucoperiostio insertado en el hueso, en ocasiones, resulta también beneficioso separar el mucoperiostio adherido, con un periostótomo en el espacio de de unos 2 mm. para producir una sutura más fácil.

Cierre.- El cierre primario del colgajo, una vez extraído el quiste, será el procedimiento de elección. Sobre todo, cuando no exista infección. La obliteración del espacio formado se puede conseguir por la propia presencia del coágulo sanguíneo, o mediante la introducción de gelfoam u oxycel, en el interior de la cavidad. Los injertos intraorales de banco de hueso, combinado con el empleo general de antibióticos, han conseguido mucho más éxito en las cavidades quísticas no infectadas. Sin embargo, el procedimiento que proporciona más seguridad es permitir que la cavidad cure y cicatrice sin la necesidad de ningún relleno.

Las cavidades quísticas infectadas se pueden tratar colocando un drenaje de gasa simple, o de gasa yodofórmica en la cavidad, antes de suturar el colgajo. El drenaje se puede ir eliminando gradualmente, durante los días siguientes hasta quitarlo por completo.

En algunos casos de quistes sin grandes infeccio--

nes, se pueden reemplazar los drenajes durante varias semanas.

Cauterización.- Los cirujanos han empleado durante muchos años la cauterización química de la cavidad ósea.- Consiste en pincelar suavemente la cavidad con un agente - - cáustico como el fenol o el nitrato de plata y neutralizarla posteriormente con alcohol. La dificultad que esconde este- tratamiento es que el agente cáustico destruye las células - epiteliales que hayan podido quedar. Existen varias objeciones válidas contra el empleo de los agentes cáusticos: son - un insulto adicional al hueso; en la mandíbula, el paquete - neurovascular puede lesionarse, cuando el canal ha quedado - expuesto; en el maxilar, los agentes cáusticos pueden lesionar la mucosa que tapiza el antro. Por todo ello, si se ha- empleado una técnica quirúrgica cuidadosa, el empleo de agentes cáusticos no está recomendado.

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

Una vez 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 agrandarla.

La ventana se puede practicar con un martillo y - osteótomo, unas pinzas gubeas o una fresa de hueso. En la técnica que 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 lámina ósea. Para eliminar este hueso se pueden - -- emplear unas pinzas gubeas o sacabocados.

La ventana será lo suficientemente grande como para permitir un fácil acceso que vacíe la cavidad quística.- El quiste se separará completamente de las paredes óseas - por medio de curetas o periostótomos 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 una 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.

Cuando se ha enucleado un quiste dentígero, conviene eliminar también el diente, en cuyo folículo se ha desarrollado el quiste.

Si este diente se considera muy importante para la arcada dentaria se eliminará también el quiste y todo el folículo del diente, pero reimplantándose posteriormente el -- diente en un canal labrado en el hueso, para su erupción posterior.

Muchos dientes con quistes periapicales, sobre todo en la parte anterior, se pueden observar combinando tratamientos conservadores con la cirugía apical. La técnica se- practica en una sola intervención con relleno de los canales radiculares, apicectomía y quistectomía.

Tratamiento de los quistes muy extensos.- Cuando- el quiste es tan grande, que se teme 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 abrirlas y - practicar una biopsia. En el momento en que se exteriorizan, se insertará directamente en la cavidad quística una gasa yodofórmica que se cambiará periódicamente. Además de los drenajes de yodoformo, se han empleado también con mucho éxito- los tubos de plata y de plástico. Con esta técnica, se co-- lapsa el cuerpo del quiste y se permite el relleno del espacio quístico por compresión por el nuevo hueso desde que se- forma por fuera del quiste. Cuando se ha formado cantidad -

suficiente de hueso, se debe enuclear todo el quiste y practicar un cierre primario.

Marsupialización (operación de Partsch).- El objetivo de la marsupialización consiste en la eliminación de una considerable cantidad de mucoperiostio de recubrimiento del hueso y de la pared quística adyacente, y en la evacuación del quiste mediante aspiración y legrado suave. El reborde de la mucosa se sutura al borde incidiendo la pared quística en toda su circunferencia. Se coloca una porción de gasa en el interior de la herida, cambiándola a intervalos de 3 ó 4 días hasta que el quiste ha disminuído de tamaño.

Con el tiempo, el quiste queda completamente obliterado y el hueso remodelado.

Técnicamente, la marsupialización tiene mucha importancia. No obstante, debido a la descripción de algunos casos de ameloblastomas murales y de carcinomas epidermoides, originados en las paredes de los quistes dentígeros, el empleo de esta técnica resulta un poco discutible. Su aplicación en los casos de exposición y conservación de dientes permanentes, cuando existen pequeños quistes dentígeros foliculares, o quistes de erupción en los pacientes más jóvenes, puede tener algún valor. Aquí es quizás en donde está únicamente indicada esta técnica.

En la práctica, la marsupialización de los quistes requiere un control y una vigilancia muy continuada, 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 u -- operación de Partsch. Es mucho más segura la enucleación -- completa del quiste. Si el quiste es demasiado extenso para la enucleación inmediata, se practicará un drenaje y un taponamiento con yodoformo, hasta que haya disminuído lo suficiente para permitir su eliminación completa.

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 habrá que establecer - un drenaje e instaurar un tratamiento con antibióticos. Una vez haya cedido el episodio agudo, el quiste se deberá enu-- clear dejando un drenaje, si existe pus residual. Los antibióticos se continúan postoperatoriamente durante 5 a 10 - - días.

Los quistes con infección crónica pueden eliminarse sin el drenaje inicial, ya que existe una localización de

la infección.

También está indicada la cobertura antibiótica; la sutura primaria o la colocación de un drenaje en la herida - dependerá de cada caso particular.

Las infecciones postoperatorias se controlarán localmente, con irrigaciones y taponamientos de la cavidad ósea y sistémicamente mediante el empleo de antibióticos. Las-cavidades óseas que han quedado abiertas, deben irrigarse -- frecuentemente, con el fin de evitar la acumulación de res-- tos alimenticios.

Fractura.- Las fracturas espontáneas o patológi-- cas, debidas a la formación quística, son una complicación - relativamente rara a pesar de que algunos quistes dentígeros alcanzan tamaños enormes. Las fracturas producidas por nues tras manipulaciones en la intervención quirúrgica, se pueden evitar si se realizan con cuidado y con una técnica atraumá- tica.

No son raras las fracturas traumáticas de las zo-- nas donde existen grandes quistes. En ocasiones, son el pri mer 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 to do, hay que eliminar el quiste por completo. Entonces se re ducirá y estabilizará la fractura pudiendo practicarse todo-

QUISTES ODONTOGENICOS

Aspecto clínico, Radiográfico, Histopatológico y Terapéutico

I.- Generalidades

II.- Clasificación

III.- Quistes Foliculares

a) Primordial

b) Dentígero

c) Multilocular

IV.- Quistes Periodontales

a) Radicular

b) Lateral

c) Gingival

d) Residual

V.- Quiste Odontogénico Epitelial Calcificante

VI.- Queratoquiste

VII.- Conclusiones

VIII.- Bibliografía

tis y viceversa, una infección del antro puede ser causa 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 quistes. Los quistes se observan como una radiolucidéz del hueso y -- suelen estar rodeados de una fina línea blanca: la lámina dura. Se pueden observar también areas dentro de la radiolucidéz que aparecen incluso más oscuras y que indican la exis--tencia de una erosión en la superficie cortical, tanto lin--gual como bucal o bien en ambas. La extensión de la des----trucción se puede observar en la radiografía que revelará la afectación de estructuras importantes, tales como dientes, - canal mandibular, seno maxilar y orificios nasales.

Las grandes destrucciones quisticas no indican que exista debilidad o tendencia a las fracturas patológicas, -- puesto que el quiste se expande a expensas del hueso medular, dejando la fuerte cortical intacta. Hay también factores -- anatómicos que proporcionan cierta resistencia al hueso; como en el caso de la sínfisis, el hueso retromolar y los bordes milohioideos de la mandíbula y de la potente raíz del arco cigomático y las eminencias caninas. Frecuentemente, un-quiste puede destruir la cortical bucal y dejar en cambio -- intacta la cortical lingual.

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 que se ha eliminado la infección.

DIAGNOSTICO CLINICO

El quiste puede crecer en forma tan marcada que -- produzca una asimetría en la cara. Esto ocurre con más frecuencia en los quistes foliculares, que se expanden afectando a grandes cantidades de hueso. Los quistes periodontales suelen ser de tamaño más pequeño. El cortex del hueso se -- vuelve delgado como una cáscara de huevo, de forma 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 síntomas de inflamación, hinchazón, elevación de temperatura y leucocitosis.

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 destruír una - cantidad considerable del hueso, las fracturas patológicas - rara vez se producen espontáneamente.

Los quistes maxilares pueden violar la integridad- del antro.

El quiste puede causar infección antral con senusi

La lámina dura alrededor del quiste es debida a la esclerosis del hueso, como respuesta a la presión por la expansión del quiste. No se presenta siempre en las radiografías de las lesiones periapicales, en las cuales puede haber gran dificultad para distinguir los quistes periapicales de los granulomas periapicales.

Algunos autores emplean técnicas radiográficas con medio de contraste. Esto es de un valor discutible, debido a la dificultad de la técnica, así como a la posibilidad de introducir una infección en las cavidades quísticas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los quistes de las arcadas han de 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, desnudando, o erosionando las raíces y envolviendo los dientes adyacentes.

Además, en el diagnóstico diferencial, hay que tener en cuenta los tumores centrales de céulas gigantes, el neurofibroma, el mixoma o mixofibroma, el aneurisma óseo, el angioma central de hueso, las lesiones malignas primarias, el mieloma múltiple, las lesiones netastáticas de las arcadas,

los quistes oseos traumáticos y ciertas displasias fibrosas-poliquísticas de las arcadas.

En algunas ocasiones 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 sopeche 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 tejido congelado, se puede obtener un diagnóstico bastante aproximado en 10 a 15 minutos.

Los tumores centrales benignos de las arcadas, tienen tendencia a erosionar o destruír las raíces dentales. -- Los quistes normalmente no hacen esto sino que, más bien, -- propenden a desplazar o causar alguna resorción en las es--- tructuras dentarias.

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

II CLASIFICACION

II CLASIFICACION

Estos quistes derivan del epitelio asociado con la formación del aparato dental. Como pueden producirse diversos tipos de quistes, según la fase de odontogénesis durante la cual se originan, varios investigadores han tenido que -- idear una clasificación y un sistema de nomenclatura de las- lesiones.

Algunas de estas no han sido del todo satisfacto-- rias porque suelen no especificar como se originan los quis- tes, y no unifican los puntos de vista del cirujano bucal, - radiólogo y patólogo.

La que sigue es una clasificación de acuerdo a su- origen.

QUISTES ODONTOGENICOS

1.- QUISTES FOLICULARES

a) Primordial

b) Dentígero

c) Multilocular

2.- QUISTES PERIODONTALES

a) Radicular

b) Lateral

c) Gingival

d) Residual

3.- QUISTE ODONTOGENICO EPITELIAL CALCIFICANTE

4.- QUERATOQUISTE

III QUISTES FOLICULARES

Los quistes foliculares se originan en los restos epiteliales de la lámina dentaria, o bien del gérmen dentario antes de que se haya formado el esmalte o la dentina. Se pueden dividir en tres tipos: el primordial, el dentígero y el multilocular.

QUISTE PRIMORDIAL

De los quistes odontogénicos, es uno de los tipos-menos comunes. Su formación es por degeneración quística y-licuefacción del retículo estrellado del organo del esmalte-antes de que se forme esmalte o dentina calcificados. El -- quiste primordial se encuentra en lugar de un diente y no directamente asociado con él. También se puede originar de un órgano dental supernumerario, y en estos casos, se encuen--- tran todos los dientes. En pacientes a quienes se les hayan extraido varias piezas, se podría ver un quiste maxilar sin-relación directa con diente alguno. Podría asemejarse a un-quiste primordial pero ser en realidad un quiste residual de tipo periodontal o aún del dentígero y el exámen microscópi-co no permite distinguir uno de otro.

Esta circunstancia ejemplifica la dificultad que - a veces existe para establecer el diagnóstico de un quiste - primordial.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El quiste primordial - varía ampliamente de tamaño pero es poseedor de un potencial para expandir hueso y para desplazar los dientes adyacentes-por presión. A veces, está asociado con un diente primario-persistente y el exámen radiográfico revelará una zona radio lúcida en lugar de la pieza permanente normal subyacente. Es

ta lesión no es dolorosa, a menos que se infecte en forma secundaria. Esta lesión, se forma en épocas tempranas de la vida, pero puede no ser descubierto hasta mucho más tarde. A veces pueden faltar los síntomas clínicos sin que haya señales de agrandamiento gingival, crepitación del quiste o síntomas subjetivos.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- Este quiste aparece como una lesión radiolúcida oval o redonda y bien delimitada, que puede tener un borde esclerótico o reaccional y que puede ser unilocular o multilocular. 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 de la arcada inferior o superior. No hay una explicación satisfactoria de la propensión por el tercer molar. Raramente suele alcanzar un tamaño superior a 2 cm. de diametro, y por eso no se acompaña de asimetría cortical o desplazamiento del diente contiguo. Los quistes primordiales de mayor tamaño pueden dar lugar a expansión de la cortical y desplazamiento de los dientes y pueden extenderse a la rama o por delante hacia el cuerpo de la mandíbula.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- El aspecto microscópico del quiste primordial tiene la pared compuesta de fasciculos paralelos de fibras colágenas, cuya densidad es varia-

ble. En la superficie interna que mira hacia la luz, está - revestido de una capa intacta o interrumpida de epitelio escamoso estratificado, que suele presentar paraqueratina o a- veces ortoqueratina. Esta queratina tiene con frecuencia, - una superficie acanalada. El epitelio, que es de grosor variable, consta por lo general de pocas células, 4 o 5, máximo 8 sin brotes epiteliales bien definidos. Tampoco es frecuente que muestre una tendencia marcada por proliferar ha-- cia la pared de tejido conectivo que lo rodea. Se ha observado que el epitelio presenta una capa de células basales columnares con nucleos picnóticos o vesiculares. La presencia de células inflamatorias crónicas, en su mayor parte linfocitos y plasmacitos, mezclados con leucocitos polimorfonucleares en la zona subepitelial adyacente al tejido conectivo es un hallazgo variable.

TRATAMIENTO.- El tratamiento de este quiste consiste en su enucleación quirurgica con un cureteado a fondo del hueso, en particular si se produce la fragmentación del re-- vestimiento para asegurar la eliminación completa del epitelio y no dejar restos que puedan contener elementos amelo--- blastomatosos.

DIAGNOSTICO.- Aunque el diagnóstico lo sugiere muchas veces el hallazgo radiográfico, el diagnóstico definitivo dependerá siempre de los datos histológicos. No solo por

que los cuadros radiológicos de los quistes primordiales y múltiples se parezcan al de otras enfermedades como la displasia fibrosa, el granuloma reparativo de células gigantes, el mixoma y hamangioma central, sino sobre todo porque estos quistes son ameloblastomas potenciales y, a veces tienen ciertos elementos ameloblastomáticos dentro de sus paredes. Por ello la exploración quirúrgica seguida de un estudio histológico es un procedimiento necesario de diagnóstico.

QUISTE DENTIGERO

Esta lesión es un tipo mucho más común de quiste odontogénico que el primordial. 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 o uno vinculado a un diente con hipoplasia adamantina. Otra explicación de la patogenia del quiste dentígero es que se origina por proliferación y transformación quística de islas de epitelio alojadas 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. Casi - -- siempre, este quiste afecta la corona de un diente permanente normal, o está vinculada a ella. Raras veces ataca a una pieza primaria. Se encuentra más frecuentemente en edades - de 20 a 40 años, sin predilección de sexo o raza. Las áreas en las que más comunmente se encuentra son; en orden de frecuencia:

3er. molar inferior

3er. molar superior

canino superior

2dos premolares inferiores.

Aproximadamente el 75% se encuentran en mandíbula. De ordinario, es fácil hacer el diagnóstico por solo la ra-- diografía, aunque a veces esto no es así.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Este quiste se asocia- siempre 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 localiza-- ciones más comunes de este quiste son en los dientes que --- con más frecuencia son retenidos y ya se mencionaron.

El quiste dentígero tiene la capacidad potencial de transformarse en una lesión agresiva.

Las secuelas posibles del agrandamiento continuo - del quiste son:

La expansión del hueso con la consiguiente asimetría facial.

Gran desplazamiento de dientes.

Resorción intensa de las piezas adyacentes y dolor.

La lesión quística en 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. Junto con esta reacción puede haber un desplazamiento tal del tercer molar que a veces llega a quedar comprimido contra el borde inferior de la mandíbula. En el caso de unquiste de un canino superior, suele haber expansión del sector anterior del maxilar y superficialmente puede parecer una sinusitis aguda o una celulitis.

Un tipo específico de quiste debe ser clasificado como una forma del quiste dentígero: está en asociación frecuente con dientes primarios o permanentes en erupción, en niños. Esto suele ser denominado "quiste de brote". En esencia, se trata de una dilatación del espacio folicular normal sobre la corona de un diente, causado por la acumulación de líquido histico o sangre. Desde elpunto de vista macroscópico, la sesión es una hinchazón circunscrita y fluctuante del reborde alveolar en la zona del diente en brote. Cuando la cavidad quística circuncoronaria contiene san

gre, es de color violeta o rojo obscuro; de ahí el nombre de "hematoma de brote". No se conoce la causa de la formación de este tipo de quiste. No requiere tratamiento, puesto que por lo general, el diente brota sin retardo significativo.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- El exámen radiográfico del maxilar que tiene un quiste dentígero revelará la zona radiolúcida de alguna manera vinculada con la corona de un diente no brotado. Es posible que la corona dental no erupcionada o retenida por alguna razón, esté rodeada simétricamente por ésta radiolucidéz, aunque hay que tener cuidado en no confundir el espacio circuncoronario o "folicular" normal con un quiste verdadero. En otros casos la zona radiolúcida se proyecta lateralmente desde la corona dental, en particular si el quiste es relativamente grande o si hubo desplazamiento dental. A esta situación se suele denominar: "quiste dentígero lateral".

El quiste dentígero es una lesión unilocular lisa, pero a veces puede presentarse uno con aspecto multilocular. En realidad, todos los compartimientos están unidos por una membrana quística continua. En ocasiones, la zona radiolúcida está rodeada de una línea esclerótica que representa la raccción ósea.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- No existen características microscópicas tipicas que puedan ser utilizadas con-seguridad para distinguir el quiste dentígero de otros tipos-de quistes odontogénicos. Se compone de una delgada pared de tejido conectivo con una capa de escaso espesor de epitelio--escamoso que tapiza la luz. La formación de brotes epitelia les suele faltar excepto en los casos que hay infección secun daria. Además la superficie del epitelio suele estar cubier-ta de una delgada capa acanalada de paraqueratina u ortoquera tina similar a la vista en el quiste primordial y a los otros queratoquistes odontogénicos. La infiltración de células in-flmatorias en el tejido conectivo es común, aunque no siempre hay una causa evidente para ello. El contenido de la luz es-un líquido amarillo acuoso, pero espeso aunque poco, a veces-con un poco de sangre.

TRATAMIENTO.- El tratamiento de este quiste está --regido por el tamaño de la lesión. Las lesiones pequeñas pue den ser enucleadas por cirugia en su totalidad con poca difi-cultad. Los de mayor tamaño que producen una pérdida impor--tante osea y adelgazan en forma peligrosa el hueso, suelen --ser tratados mediante la inserción de un drenaje quirúrgico - o marsupialización. Este procedimiento alivia la presión y--contrae gradualmente el espacio quistico por aposición peri--férica de hueso nuevo. Es frecuente la necesidad de recurrir

a este procedimiento debido al peligro potencial de fracturar el maxilar si se intentara la enucleación quirúrgica completa.

La recidiva es relativamente rara, salvo que haya habido fragmentación del revestimiento quístico y hayan quedado restos. Cuando la lesión es un queratoquiste, la posibilidad de la recidiva aumenta en forma notable.

COMPLICACIONES POTENCIALES.- Son varias las complicaciones potenciales relativamente serias que surgen de este quiste, además de la posibilidad de una recidiva a causa de una remoción quirúrgica incompleta. Ellas son:

1) formación de un ameloblastoma, derivado del epitelio de revestimiento o de restos del epitelio odontógeno de la pared quística.
2) formación de un carcinoma epidermoide, con las mismas fuentes epiteliales.
3) formación de un carcinoma mucoepidermoide, básicamente un tumor maligno de las glándulas salivales, a partir del epitelio de revestimiento de quiste dentígero que contiene células secretorias de moco, o por lo menos células con este potencial, vistas con mayor frecuencia en los quistes dentígeros vinculados con terceros molares inferiores retenidos.

QUISTE MULTILOCULAR

Son variantes de los quistes dentígeros. Proceden, o bien de varios gérmenes dentarios que desarrollan simultáneamente una degeneración quística, o bien de la lámina dentaria que forma varios folículos adyacentes, cada uno de los cuales se convierte en un quiste separado.

Un quiste unilocular se puede convertir en multilocular, al producirse una degeneración quística de sus paredes formándose quistes hijos o "quistes murales". Los quistes multiloculares suelen ocupar la zona de los terceros molares, pero pueden extenderse anteriormente hasta el cuerpo, o posteriormente por la rama ascendente de la mandíbula.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- Las radiografías de las lesiones quísticas grandes presentan un aspecto multilocular.

Se parece mucho al primordial en relación a su localización más frecuente y a sus características radiográficas, excepto en que se compone de dos o más zonas radiotransparentes bien limitadas, separadas por estrechos tabiques óseos (como pompas de jabon). Esta variedad suele ser de gran tamaño, de varios centímetros de diámetro y se extiende a menudo a distancia variable en el interior del cuerpo de la rama o incluso más adelante por debajo de las raices de

los molares contiguos, desplazándolos a menudo de sus posiciones normales. El adelgazamiento y la asimetría de la corteza y un agrandamiento y deformación manifiestos del maxilar sondatos que muchas veces se encuentran.

NOTA: No obstante, durante las intervenciones quirúrgicas, se observa muchas veces que esto se trata de un - - quiste único de gran extensión con varios tabiques óseos, con aspecto de quistes múltiples separados.

IV QUISTES PERIODONTALES

IV QUISTES PERIODONTALES

Los quistes periodontales se producen por la proliferacion de los restos de Malassez. Se clasifican en 4 grupos: Radicular, Residual, Lateral y Gingival.

QUISTE RADICULAR

El quiste radicular es el que se encuentra con más frecuencia en las arcadas. Se producen como resultado de una infección dental. Se originan en los granulomas que contienen-restos epiteliales de Malassez en relación con el forámen apical de un diente. La inflamación hace que las céulas epitelialres proliferen y formen cadenas de epitelio, al cual en--globa el tejido de granulación. Este tejido englobado, desarrolla un proceso de necrosis y licuefacción: las céulas epiteliales continúan proliferando y secretando dentro del area-de licuefacción. De esta forma se origina una cavidad.

Existe también una trasudación de fluidos inflamatorios en el interior de la cavidad, a travéz de las células --epiteliales que la tapizan. El quiste crece por expansión, -produciendo una atrofia por presión del hueso que tapiza los-alveolos dentarios; morfológicamente, este hueso es el mismo-que el adyacente al quiste.

Puede ocurrir en cualquier edad, con una mayor incidencia entre los treinta y cincuenta años.

Entre los quistes odontogénicos, el quiste radicular es el más frecuente.

Ningún otro quiste debe su existencia a una infección o a los productos tóxicos de la pulpa afectada.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- La zona radio-----transparete se localiza casi siempre en el ápice de la raíz; generalmente no puede identificarse el diente infectado o --degenerado como responsable del quiste; y las característi--cas radiológicas de la patosis peiapical está presente. Encontramos también una radiotransparencia periapical y una --discontinuidad de la membrana periapical y de la lámina dura, que son características del granuloma periapical y del absceso.

Muchos quistes radiculares son de tamaño discreto-(1 a 2 cm de diámetro) y su forma suele ser redonda u ovalada, pero son frecuentes las variaciones de forma y tamaño; algunos son pequeños y tienen solamente unos pocos milíme---tros de diámetro, mientras que otros son grandes de varios -centímetros. La forma puede ser elíptica en algunos y lobulada en otros.

En algunos casos poco frecuentes, la zona radio---transparente puede localizarse a distinta distancia del ápice, no pudiendo distinguirse radiográficamente el surco existente entre la raíz y el quiste.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El quiste puede no apreciarse clínicamente, ya que a veces faltan totalmente los --signos clínicos. Por otra parte, el aspecto clínico puede -ser muy sugestivo, sobre todo cuando el quiste es grande o -

cuando hay una infección activa; en tal caso puede encontrarse un diverso grado de agrandamiento o deformidad del hueso, desde deformaciones localizadas, escasamente apreciables, de coloración normal, y consistencia ósea, a protuberancias purpúreas de moderado tamaño, de cuya palpación se obtiene la sensación de crepitación quística que señala la presencia de una delgada capa de hueso cortical que parece una cáscara. A veces, las manifestaciones clínicas del quiste radicular consisten en una masa tumoral carnosa, de superficie lisa, blanda, en la que se observa un conducto fistuloso por el que sale un exudado purulento o seropurulento al exprimirlo.

Los síntomas subjetivos que acompañan a los quistes radiculares son también muy variables; algunos quistes son completamente asintomáticos, mientras que otros producen dolor, hiperestesia o malestar.

DIAGNOSTICO.- Es de gran importancia la detección del diente afectado, es decir, la identificación del diente muerto o infectado que es la causa del quiste radicular. Aunque muchas veces esto se consigue por exploración directa, no es raro que se necesiten, en algunas ocasiones, pruebas de la vitalidad pulpar.

En la mayor parte de los casos, los datos radiológicos y clínicos nos llevan a establecer un diagnóstico de patosis periapical. Sin embargo, la diferenciación entre un

quiste radicular y un granuloma o un absceso periapical es - muchas veces difícil, si no imposible, ya que no hay diferencias importantes o consistentes entre los 3.

Así, un diagnóstico definitivo de quiste radicular depende generalmente de una intervención quirúrgica y de una exploración microscópica de la muestra hística.

Generalmente se indica la extracción del diente -- causante seguida de la extirpación quirúrgica del quiste.

Este quiste puede causar una destrucción extensa - antes que sea descubierto. El crecimiento del quiste en el- maxilar es principalmente oro-facial, mientras que en la mandíbula, presenta extensión distal principalmente.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Se necesita un exámen histológico para establecer el diagnóstico final. Aunque la radiografía de un quiste radicular es más bien característico, no siempre concuerdan el diagnóstico histológico y radiográfico característicamente, el quiste radicular se compone de una pared de tejido conectivo (escaso) rodeando una -- cavidad. La superficie de la cavidad está completa o parcialmente rodeada por un epitelio escamoso estratificado no -- queratinizado. Es frecuente la llegada de los leucocitos polimorfonucleares.

En la parte yuxtaepitelial del tejido conectivo, - se observa una infiltración densa de linfocitos y células --

del plasma.

Se puede encontrar epitelio ciliado así como células secretoras de moco. Se pueden observar con frecuencia - grietas en la cavidad quística así como en el tejido conectivo, causados por el colesterol.

Recientemente, una poderosa asociación ha sugerido entre la presencia del colesterol y hosiderina en el tejido-conectivo.

QUISTE LATERAL

Estos nacen directamente en el ligamento periodontal lateral de un diente brotado. Se piensa que la lesión -- puede generarse inicialmente como un quiste dentígero a lo - largo de la superficie lateral de la corona. Si la expan- - sión de este es lenta, el brote dental puede ser normal y finalmente el quiste adoptará una posición cercana a la superficie lateral de la raíz.

Así mismo, se ha pensado que el quiste periodontal-lateral se forma directamente en el ligamento periodontal, de restos de Malassez. En este caso, no hay nada que indique la-causa dela proliferación. También se ha sugerido un posible - origen en los quistes gingivales.

La explicación más aceptable para el quiste perio-- dontal es que representa simplemente un quiste, es un saco - hueco con una pared de tejido merario. La predilección de --

este quiste por originarse en la zona de canino y premolares inferiores se corresponde bien con la conocida frecuencia -- elevada de los dientes supernumerarios en la zona de premolaleres inferiores.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El quiste periodontal - lateral ha sido registrado principalmente en adultos, pero - han sido estudiadas muy pocas lesiones como para poder ex--- traer conclusiones significativas sobre la edad específica o la predilección por sexo.

La mayor parte de estos quistes han aparecido en - la zona de premolares inferiores.

La mayor parte de los casos no han presentado - -- signos o síntomas clínicos, y han sido descubiertos durante- exámenes radiográficos dentales de rutina. A veces, cuando- el quiste se localiza en la superficie vestibular de la raíz, puede haber una pequeña masa perceptible, pero la mucosa supraya cente es normal. Si no tiene lesión el diente corres-- pondiente tiene vitalidad. Si el quiste se infecta, puede - ser semejante a un absceso periodontal lateral y hasta trata de establecer el drenaje.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- La radiografía periapical revela al quiste periodontal lateral como una zona- radiolúcida en aposición a la superficie lateral de una - -- raíz dental. Por lo común la lesión es pequeña, raras veces

mayor de 1 cm. de diametro, y puede o no ser bien circunscrita. En la mayor parte de los casos, los bordes son definidos y a veces está rodeada de una delgada capa de hueso esclerótico.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- En esencia, el quiste es un saco hueco con una pared de tejido conectivo revestido, en la superficie interna, de una capa de epitelio escamoso estratificado.

Este epitelio suele ser delgado y ofrece pocos signos de proliferación. A veces, el epitelio tiene un aspecto peculiar en el sentido que las células individuales tienen citoplasma claro y núcleo pequeño intensamente teñido.

En algunos casos, este epitelio forma paraqueratina u ortoqueratina y entonces el quiste se clasificaría como queratoquiste odontogénico (del cual se hablará más adelante). Puede haber células inflamatorias en la pared conectiva, pero esto es una reacción secundaria.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El quiste ha de ser enucleado por cirugía en lo posible sin extraer el diente afectado. Si esto no fuera factible, hay que sacrificarlo. Es de especial importancia que se establezca el diagnóstico debido a la similitud del aspecto de este quiste con otras lesiones más graves, como un ameloblastoma incipiente. A este tipo de quiste no se le conoce tendencia a recidivar después

de su enucleación quirúrgica.

QUISTE GINGIVAL

Estos quistes son nódulos múltiples, a veces solitarios, del reborde alveolar del recién nacido o criaturas - muy pequeñas, que se originan en los restos de la lámina dental. A este quiste se le han aplicado epónimos como "Perlas de Epstein" y "Nódulos de Bohn". Según la descripción original, las perlas de Epstein son nódulos quísticos, llenos de- quratina que se encuentran a lo largo de la hendidura palatina media o en la unión del paladar blando con el duro, probablemente relacionados con el desarrollo de conductos de glándulas salivales o de acinos. No está claro si la lesión descrita como nódulos de Bohn es totalmente idéntica al quiste- de la lámina dental.

Al estudiar cortes de maxilares y mandíbulas, - -- Kreshover consiguió el hallazgo de 65 ejemplos de quistes -- gingivales (38 múltiple y 27 únicos). Estos estaban localizados en el corion debajo de la superficie epitelial. Los - de la parte interna de los maxilares solían estar desplaza-- dos hacia lingual con respecto a incisivos y caninos temporales. Los de la parte posterior de la mandíbula se hallaban- por oclusal de las coronas de los molares. Kreshover afirmó que en todos lo casos, las lesiones quísticas se originaban-

en células de la lámina dental.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- A veces, estos quistes-de la lámina dental se agrandan lo suficiente como para apreciarse clinicamente como pequeñas tumefacciones circunscritas blancas del reborde alveolar, que en ocasiones aparecen-isquémicas por la presión interna. Estas lesiones son asintomáticas y no parecen producir molestias a los infantes.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Estos son verdaderos quistes con un delgado revestimiento epitelial y una luz por lo común ocupada por queratina descamada, y a menudo, células inflamatorias.

Es interesante que la calcificación distrófica y - los cuerpos hialinos de Rushton, comunes en los quistes dentígeros, sean hallazgos frecuentes en esta lesión.

TRATAMIENTO.- No se requiere tratamiento alguno - porque casi invariablemente las lesiones desaparecerán por-apertura en la superficie mucosa o al ser deshechas por los-dientes en brote.

QUISTE GINGIVAL DEL ADULTO

Este quiste es uno que posee tejido blando gingival, que aparece en la encía libre o insertada. No tiene relación con el quiste periodontal lateral y ha de diferenciarse de este.

ETIOLOGIA.- Se origina por degeneración quística - de la lámina dental o en las "glándulas" o restos de Serres o bien se origina por la implantación traumática de epitelio - superficial.

CARACTERISTICAS CLINICAS - El quiste gingival puede presentarse a cualquier edad, pero es más común en adultos, la mayoría de los pacientes son mayores de 40 años. Esta lesión aparece, por lo general, como una hinchazón pequeña, -- bien circunscrita e indolora de la encía, a veces muy seme-- jante a un mucocele superficial. Tiene el mismo color que - la mucosa normal adyacente y es raro que mida más de un cm - de diámetro, y por lo general, es mucho menor. Aunque este quiste se localiza en la encía libre o insertada, algunos -- aparecen en la papila propiamente dicha.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- Este quiste es una lesión de tejido blando, y por lo general, no se manifiesta en la radiografía. Si adquiere el tamaño suficiente, llega a producir una erosión superficial de la lámina osea corti-- cal, pero aún así no suele ser visible en la radiografía. Si hay una lesión quística circunscrita y radiolúcida del hueso alveolar, con cierta tumefacción del tejido blando, es posible que corresponda a un quiste periodontal lateral y no a - uno gingival; es muy probable que se confundan en la literatura.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Esta afección es un quiste verdadero, puesto que es una cavidad tapizada de epitelio que suele contener un líquido. El epitelio de revestimiento es, por lo general escamoso, aplanado, y muy delgado, aunque en el quiste gingival por implantación el epitelio es considerablemente más grueso y más escamoso. En cualquiera de las formas quísticas gingivales puede haber cierta formación de queratina. La lesión está libre en el tejido conectivo de la encía y puede o no presentar infiltración celular inflamatoria. En el quiste gingival traumático, o de implantación, en raras ocasiones hay calcificación o hasta osificación ectópica, reminicente de la osificación observada luego de la implantación experimental de epitelio de vejiga en los tejidos subcutáneos.

TRATAMIENTO.- La extirpación quirúrgica local de la lesión es lo recomendado en adultos; la lesión no tiende a recidivar. Nunca se comunicó la existencia de potencial neoplásico.

QUISTE RESIDUAL

Es un término que se usa generalmente para referirse a un quiste radicular que se ha dejado una vez se ha eliminado el diente responsable de su formación. Generalmente como sucede en otros quistes de pequeño tamaño, clínicamente asintomáticos, el quiste residual es un hallazgo accidental

o casual en el curso de una exploración radiológica habitual de la boca.

Aunque los caracteres radiográficos del quiste residual hagan pensar en los de otras lesiones centrales, como la histiocitosis, el mieloma múltiple, la neoplasia metastática y otros tipos de quistes, el médico práctico debe recordar que la radiotransparencia anormal de los maxilares más frecuente es la debida a una patosis periapical (entre las que se encuentra el quiste radicular) y, por ello, desde el punto de vista estadístico, lo primero que se debe sospechar es un quiste residual.

Los datos radiológicos y clínicos que presenta el quiste residual se parecen a los del quiste radicular, con 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.

Por ello, el diagnóstico final dependerá de la intervención quirúrgica y del resultado de la exploración biópsica.

V QUISTE ODONTOGENICO EPITELIAL CALCIFICANTE

QUISTE ODONTOGENICO EPITELIAL CALCIFICANTE

Esta lesión odontogénica particular fué descrita - por primera vez en 1962 por Gorlin. La lesión es rara en el sentido que tiene ciertas características de un quiste, pero también posee muchas de una neoplasia sólida.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- No hay predilección evidente por edad o sexo en la aparición de esta lesión, aunque la mayor parte de casos se presenta en adultos. Alrededor - del 70% se localizan en la mandíbula, a semejanza de la predilección del ameloblastoma por ella. Alrededor del 75% de- casos comunicados han aparecido en zonas centrales del hueso, mientras que el 25% restante se producía en la periferia, como una proliferación gingival, sin lesión del hueso subyacente o solamente una erosión superficial.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- Las lesiones intraosas centrales aparecen como una imagen radiolúcida, por- lo común bastante bien circunscrita, aunque esto no es invariable. En la imagen radiolúcida hay cantidades variables de - material radiopaco calcificado disperso, entre minúsculos -- puntos y grandes masas. Como esta lesión a veces se da en - asociación con un odontoma, esta puede aparecer radiográficamente como parte integrante de la totalidad del quiste. Pueden transformarse en lesiones muy grandes, de muchos centí--

metros de diámetro, y pueden abarcar gran parte del maxilar, aunque las lesiones pequeñas son las más comunes.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- La lesión presenta un revestimiento epitelial, como todos los quistes verdaderos, compuesto de una capa bien definida de células columnares o cuboideas. Dentro de esto hay una colección irregular de células y tejidos que incluye capas de retículo estrellado y de células eosinófilas pálidas que llegan a unirse en grandes masas de las células epiteliales fantasmas características que se han queratinizado y hasta calcificado.

La presencia de estas células sugirió originalmente a Gorlin que este "quiste" sería la contraparte bucal del epitelioma calcificante dérmico de Malherbe. En la lesión también es posible hallar cantidades irregulares de dentina u osteodentina.

Algunos casos están asociados con un odontoma compuesto complejo de manera que el "quiste" puede estar entremezclado con el tejido adamantino, dentinal y pulpar de la lesión. Algunos casos se han generado en conjunción con un fibroodontoma ameloblástico.

Además, hay una variante rara del quiste odontogénico calcificante en la cual hay melanina dentro del epitelio odontógeno. Por último, se sabe que puede ocurrir transformación carcinomatosa de esta lesión.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- A causa de la propensión de esta lesión al crecimiento continuado, hay que extirparla por cirugía al ser encontrada.

La ausencia de recidiva depende de que la enucleación sea completa.

VI QUERATOQUISTE

QUERATOQUISTE

Este término fué utilizado por primera vez por - - Philipsen en 1956, en tanto que Pindborg y Hansen describieron, en 1963, las características esenciales de este tipo de quiste. En la actualidad se está de acuerdo en que, aunque- este tenga orígenes diversos, hay un rasgo clínico que asegura su reconocimiento y separación como entidad característica: el índice de recidiva es muy elevado.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Muchos son los quistes que presentan queratinización del epitelio de revestimiento, - incluídos los no odontogénicos como dermoide-epidermoide y - fisurales. Sin embargo, el queratoquiste odontogénico suele ser considerado como perteneciente a una de las siguientes - categorías: 1) Quiste primordial, 2) quiste periodontal lateral, 3) quiste dentígero, 4) Síndrome de quiste odontogénico, nevo basocelular y costilla bífida, 5) quiste idiopático de los maxilares, y 6) posiblemente, en raros casos, el quiste periodontal apical o radicular. En esencia, algunos, pero no todos los casos de cada uno de los tipos de quistes -- mencionados pueden presentar queratinización del epitelio de revestimiento. Prácticamente, todos los quistes del síndrome de nevo basocelular y costilla bífida son queratinizantes. Además de esto, el quiste primordial es el queratinizado con

mayor frecuencia, y lo sigue el quiste dentígero. Algunos - estudios indican que entre 3 y 6 % de todos los quistes presentan queratinización, mientras que más de un 20% de todos- los quistes primordiales son queratinizados. En realidad, - algunos investigadores han sugerido que estos siempre tienen un revestimiento de epitelio queratinizante. Así, la queratinización es relativamente común en algunos tipos de quistes- odontogénicos, pero rara en otros.

El queratoquiste odontogénico se origina a cual--- quier edad, desde la infancia hasta la ancianidad. En una - serie de 104 pacientes con queratoquistes odontogénicos, comunicada por Browne, la edad promedio de la aparición era a- los 35 años. En la misma serie, 79% de los quistes estaban - en mandíbula y 21 % en el maxilar, en tanto que 50% se localizaban en la zona del tercer molar inferior y rama ascendente. No hay manifestaciones clínicas características del queratoquiste. Entre los rasgos más comunes se halla dolor, -- hinchazón del tejido blando y expansión del hueso.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- La lesión puede - aparecer como una imagen radiolúcida unilocular o multilocular, con frecuencia con un delgado borde esclerótico reaccional óseo. Este borde puede ser liso u ondulado. En la se-- rie de Browne, alrededor del 40% de quistes resultaban ser - dentígeros puesto que estaban asociados con dientes reteni--

dos o no brotados. Sin embargo, en la mayor parte de estos casos, se comprobaba durante la cirugía que estos quistes - se separaban del diente por una capa de tejido fibroso.

A veces, la cercanía de las raíces de dientes - - adyacentes normales favorece la resorción de estas.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- La pared quística- suele ser delgada, salvo que haya habido una infección so-- breagregada. El epitelio es de tipo escamoso estratificado, generalmente con paraqueratosis, aunque algunos casos pre-- sentan ortoqueratosis. Casi siempre es muy delgado, rara-- mente mayor de 6 a 8 células de espesor, y pocas veces tie- ne brotes. También es característica una superficie ondula da o "acanalada". Puede haber displasia epitelial y hasta- carcinoma epidermoide, pero esto es poco común.

La pared de tejido conectivo suele mostrar peque- ñas islas de epitelio similar al de revestimiento; algunas- de estas islas pueden ser quistes pequeños. Por lo menos - en algunos casos, las islas de epitelio y pequeños quistes- satélites o "hijos" son en realidad los extremos de los - - pliegues de epitelio de revestimiento de la cavidad quísti- ca principal que han sido cortados; es muy común que los re vestimientos de estos quistes estén plegados.

La luz del queratoquiste suele estar ocupada por-

un líquido poco espeso de color pajizo o por un material cremoso más espeso.

A veces, la luz contiene gran cantidad de queratina, y otras, poca. También puede haber colesterol, así como cuerpos hialinos en zonas de inflamación. Toller realizó mediciones electroforéticas del líquido de estos quistes y comprobó que su contenido de proteínas solubles era muy bajo comparándolo con el del suero del mismo paciente.

VII CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Al desarrollar este pequeño trabajo, noté lo interesante que es el tema, y me parece muy importante que todo Cirujano Dentista tenga al menos una noción de él, ya que sin los métodos de diagnóstico adecuados como Radiografías, biopsias, la sintomatología clinica, etc., puede haber graves confusiones.

Sobre todo en aquellos quistes de extensión tan grande y rápido desarrollo que llegan a distorcionar la cara del paciente, y más que nada destruyen a los elementos que invaden (como hueso, tejidos blandos) y dañan a los dientes y los mueven de su lugar correspondiente.

También en aquellos que en los que puede haber transfromación carcinomatosa.

Sería ideal que el paciente diera la sintomatología en las primeras etapas de desarrollo del quiste, pero desafortunadamente la sintomatología es muy variable y muchas veces no existe. Por eso creo que al Cirujano Dentista general corresponde descubrir estas lesiones.

Así, el Cirujano Dentista, al estar capacitado para diagnosticarlas, remitirá al paciente con el Cirujano Bucal, pudiéndo éste, a temprana hora, llevar a cabo la intervención quirúrgica y preveer al paciente de estos riesgos.

VIII BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1.- Guralnick, Walter c.
TRATADO DE CIRUGIA ORAL
Salvat Editores.

2.- Thoma, K.H., Gorlin, Goldman
ORAL PATHOLOGY

3.- Zegarelli, Edward V, Kutscher, Austin H. Hyman, George
DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL
Salvat Editores
1974

4.- Shafer, William G, Hine, Maynard K, Levy, Barnet M
TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
Editorial Interamericana
1974

5.- Pindborg, J. J., Hjorting-Hansen, E
ATLAS OF DISEASES OF THE JAWS
1974

6.- Bhaskar, S.N.
ORAL PATHOLOGY

7.- Bernier, J.L.
ENFERMEDADES ORALES

8.- Dechaume, M.
ESTOMATOLOGIA

9.- Ries Centeno, G.A.
CIRUGIA BUCAL
Editorial El Ateneo
7a. Edición.