



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

QUISTES DE LOS MAXILIARES Y TEJIDOS  
PERIBUCALES

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A :  
VALENTIN NIEVES HOSIKO



MEXICO, D. F.

1988



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 está 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.

## INDICE

	<u>PAGINA.</u>
INTRODUCCION -----	1
CAPITULO 1.- GENERALIDADES -----	2
- Definición -----	3
- Reseña Histórica -----	9
CAPITULO 2.- CLASIFICACION -----	11
CAPITULO 3.- QUISTES CONGENITOS -----	14
- Tirogloso -----	15
- Linfoepitelial bucal branquial benigno -----	17
- Dermoide y Epidermoide -----	18
- Linfoepitelial cervical benigno	19
- Heterotópico gastrointestinal --	21
CAPITULO 4.- QUISTES DE DESARROLLO -----	22
NO ODONTOGENICOS -----	23
- FISURALES -----	24
- Nasoalveolar -----	24
- En la línea media -----	26
- Nasopalatino -----	27
- Globulomaxilar -----	30
- Mandibular medio -----	32
- DE RETENCION -----	34
- Mucocele -----	35
- Ránula -----	37
ODONTOGENICOS -----	38
- PERIODONTALES -----	39
- Periapical y Radicular -----	40
- Quiste Lateral Periodontal -----	41

- Residual	44
- Gingival del Recién Nacido	45
- Gingival del Adulto	46
- Queratoquiste Odontogénico	48
- Síndrome de Gorlin y Goltz	52
- QUISTE PRIMORDIAL O FOLICULAR	54
- QUISTE DENTIGENO	56
CAPITULO 5.- SEUDOQUISTES	62
- Oseo Aneurismático	63
- Oseo Traumático	65
- Oseo Estático	69
CAPITULO 6.- TRATAMIENTO QUIRURGICO	71
- Anestesia	73
- Técnica Quirúrgica	77
CONCLUSIONES	87
BIBLIOGRAFIA	89

## I N T R O D U C C I O N

## INTRODUCCION

Esta tesis se escribió con el propósito de exponer algunos conceptos básicos de Patología Oral y de Cirugía Oral, en lo que se refiere a los quistes de los maxilares. Se exponen de tal forma que pueden aplicarse inmediatamente y de forma sencilla en la práctica diaria.

Estos conceptos pueden utilizarse también para el descubrimiento y diagnóstico de algún quiste dentro de la cavidad oral; puesto que en ésta se describen aspectos clínicos, radiográficos, microscópicos y quirúrgicos, específicos de cada una de estas lesiones.

Pretende ser también de utilidad a los estudiantes, principalmente a nivel de facultad, por la sencillez con la que fué realizada.

Un aspecto importante dentro de la Patología Bucal, son los quistes de los maxilares, puesto que en su inicio son fáciles de controlar, pero cuando no se detectan oportunamente, podemos encontrar destrucción ósea de pequeñas o grandes zonas de los maxilares.

Podemos mencionar algunos de los que ocasionan consecuencias más graves como son: Quiste Primordial, Dentiérrico, Dermoide, etc.

El Cirujano Dentista General, en ocasiones se ve limitado para realizar el tratamiento adecuado a este tipo de lesiones, por lo que se verá obligado a ponerlo en manos de un especialista.

## CAPITULO 1

### GENERALIDADES

## GENERALIDADES

### QUISTES.

Se define como una cavidad patológica revestida de epitelio que por lo regular contiene material líquido o semisólido.

Se puede presentar en tejidos blandos y duros, el volumen del contenido es importante en relación con el tamaño de la masa total de tejido.

Los quistes odontogénicos que tienen origen en los tejidos de sostén del diente, se pueden presentar desde la infancia, hasta cualquier edad, en su crecimiento van destruyendo el hueso, ya que el hueso esponjoso es menos resistente, que el hueso cervical, este hueso puede atrofiarse debido a la presión, y luego muy delgado, semejando una cáscara de huevo, esto nos puede dar lugar a una ulceración.

Un quiste puede ocupar la totalidad de un segmento de la arcada, ensanchándola hasta el extremo de producir una distorsión facial.

Un quiste verdadero es una cavidad tapizada por epitelio, puede estar situada dentro de los tejidos blandos, o bien puede localizarse dentro de una superficie ósea.

Dentro de los maxilares, el quiste puede tener su origen en el epitelio odontogénico, es decir, en los restos de la lámina dental y órgano del esmalte, la proliferación y degeneración quística da origen a un quiste.

La presencia del tejido epitelial en el interior de la médula y de los maxilares constituye tanta diferencia entre los maxilares y otros huesos del cuerpo; el epitelio odontogénico que representa las ventajas de los órganos del esmalte, o de la lámina dental, puede existir en los

maxilares, en forma de esmalte no desarrollado.

El epitelio no odontogénico en el maxilar superior - que cubre el proceso alveolar, se encuentra a lo largo de - la lámina media del paladar, entre la zona que divide a los caninos e incisivos laterales del maxilar, y en la región - de la base de la narina, una fuente de epitelio no odontogé - nico del maxilar, son los restos del conducto nasopalatino, que está revestido de epitelio.

En los primeros meses de la vida fetal, se conecta - entre sí la cavidad nasal y bucal de este conducto, y se ve en el canal nasopalatino, en la zona de la papila incisiva; se pueden observar inclusiones de epitelio de la glándula - salival, en la zona retromolar de la mandíbula, y raras ve - ces en regiones aisladas del maxilar.

Los maxilares contienen en su médula epitelio odonto - génico, de acuerdo con esto, en los maxilares se forman dos tipos de quistes: Los odontogénicos y los no odontogénicos.

Los quistes odontogénicos, son los que derivan del - epitelio asociado con la formación del aparato dental; el - tejido odontogénico constituye un gran grupo de lesiones -- que van a reflejar el complejo desarrollo en las estructu - ras dentales, algunas son meramente alteraciones de la odon - togénesis y no verdaderas neoplasias de los quistes odonto - génicos, no solo son tumores; estas lesiones son agrupadas - por su origen, en un grupo de tejidos por su especializa - ción, y su clasificación se basa en la histología de estos - tumores.

Los quistes pueden ser formados por varios gérmenes - dentales actuando en conjunto, y su formación es de una apa - riencia folicular múltiple, el germen del diente que nace - en la lámina dental de la capa epitelial externa, del órga - no del esmalte del diente, puede dividirse y formar un núme - ro de folículos, y cada folículo puede formar un quiste, -- causando la formación de los llamados quistes hijos, que --

necesitan una exploración cuidadosa; al hacer ésta debe recordarse que el quiste primordial y el dentífero son ameloblastomas en potencia, la formación de gérmenes en la capa basal del epitelio y el crecimiento papilar en la luz de la lesión puede ser el principio de un tumor dental.

Los quistes del desarrollo tienden mucho a reaparecer frecuentemente los quistes con revestimiento epitelial grueso, tienden más a la recidiva que los quistes con epitelio delgado; en estos quistes está indicada la enucleación completa, la incisión parcial es peligrosa y cualquier parte pequeña que se deje, puede formar un tumor dental verdadero.

Cuando se utilizan las técnicas de enucleación y la combinación de Partsch, por consideraciones anatómicas, se deben hacer biopsias múltiples y seguir el curso postoperatorio por medio de exámenes radiográficos cada seis meses.

Cualquier tejido patológico que se obtiene, no debe descartarse, se coloca en un frasco con solución de formol al 10%, y se prepara para un examen microscópico completo, muchos de estos quistes no dan síntomas clínicos hasta que se nota la asimetría de la cara, estos quistes pueden llegar a ser de gran tamaño, abarcando todo el cuerpo o la rama ascendente de la mandíbula y una gran porción del maxilar superior, los senos orbitales y paranasales.

Muchas veces las radiografías muestran una expansión marcada del hueso, de manera que las capas corticales suprayacentes, son sumamente delgadas.

En un quiste adherido al ápice de un diente cualquiera de la arcada; los factores extraños a la superficie del proceso no detienen su crecimiento, sino que realiza su marcha contrayendo relaciones con los órganos vecinos.

El desplazamiento de los órganos vecinos depende del diente donde esté radicado el quiste.

Por la distinta relación anatómica, adquiere modalidades y características diferentes. Es de vital importancia conocer la anatomía de los dientes en particular, y como determinar el desarrollo de los tumores; en ocasiones la inspección visual del tumor quístico, por su ubicación topográfica, nos permite señalar el medio causante.

#### MAXILAR SUPERIOR.

El hueso maxilar superior tiene en sí mismo o en su vecindad cavidades importantes y hacia ellas se dirigen muchas veces en su desarrollo y expansión los quistes para--dentarios. Los quistes en términos generales, se desarrollan hacia el vestíbulo bucal e inician un período de formación, aumentando y extendiendo la tabla externa haciendo --desaparecer la fosa canina y mirtiforme. El surco vestibular acompaña el proceso de crecimiento del quiste y en muchos casos produce deformaciones faciales importantes.

Los límites y alcances del desarrollo vestibular no son constantes y dependen del grado de evolución y localización del quiste. En los quistes asociados con el incisivo--central, el tumor, en algunos casos, produce desviación del labio y la nariz; en casos de supuración se localizan numerosas fístulas ubicadas en la tabla externa que dejan salir pus hacia el vestíbulo bucal.

#### MAXILAR INFERIOR.

El desarrollo de los quistes del maxilar inferior --adquiere ciertas modalidades particulares e interesantes.

En el maxilar inferior, el hueso aislado del macizo facial no tiene en su vecindad cavidades óseas que pueden --ser invadidas o lesionadas.

Se pueden esquematizar la ubicación de los quistes paradentarios en el maxilar en tres porciones.

- A) Porción anterior que corresponde a los incisivos-centrales y caninos, desde la línea media hasta el agujero mentoniano, con más presión hacia la región mentoniana.
- B) Desde el agujero mentoniano hasta la altura del tercer molar, o cuando este no existe, hasta el segundo molar.
- C) La región anatómica, corresponde hacia atrás del tercer molar o al segundo, en caso de que esté ausente el tercer molar.

La regla general de los quistes del maxilar inferior es que su marcha se realiza, rechazando la tabla externa, la tabla interna siempre es respetada, conducta que no siguen otros tumores centrales de la mandíbula; los quistes desarrollados a expensas de la región anterior, modifican la arquitectura del vestíbulo bucal, la tabla externa rechazada y llegando a un corto grado de crecimiento es fácilmente perceptible. Los quistes situados en la porción media, también hacen su crecimiento a expensas de la tabla externa, pero esta invasión es más lenta, por lo menos se manifiesta tardíamente, debido al espesor de dicha tabla a este nivel y a las líneas de refuerzo que presenta el maxilar.

Los quistes situados en la región del ángulo de la mandíbula y que invaden regiones grandes del hueso hacen su crecimiento hacia la tabla externa del lado vestibular, luego abandonan la tabla externa, y cuando la han destruido, se alojan debajo del periostio del maxilar y del músculo masetero, las deformaciones van a ser más visibles por el lado externo, también estos tumores pueden desplazarse por la rama ascendente, y algunos llegando hasta el cóndilo y la apófisis coronoides.

Muchos quistes hacen su invasión hacia la región basilar, en esta región hay que hacer una consideración clínicamente muy importante, respecto al órgano que se aloja en el interior del maxilar inferior, en el conducto dental inferior, que va a ser el paquete vásculo-nervioso, formado por el nervio dentario inferior; la arteria y la vena del paquete es rechazado, generalmente hacia la región basilar; no se han encontrado complicaciones infecciosas ni complicaciones desde el punto de vista nervioso.

## RESEÑA HISTORICA.

En 1654 Lartchaneider, Skultetus describen por primera vez los quistes de los maxilares.

En 1728, fue el famoso dentista parisiense Fauchard quien indicó la correlación entre quistes maxilares y el sistema dentario.

Otras observaciones fueron hechas por el cirujano -- Delpech, en 1816. Más detenidamente se ocupó Depuytren en 1839, del problema de los quistes; según el, se denominó la crepitación apergaminada, que a veces se encuentra en quistes con cubierta ósea muy delgada. En 1864, Vierchow en -- Berlín, menciona los quistes en su tratado sobre tumores, -- que se originan de dientes retenidos. El cirujano Paget -- crea el concepto "dentygeus cyst", una denominación que es usual hoy en día en la literatura inglesa.

Finalmente el dentista Magitot, quién reconoció en -- año de 1872 que todos los quistes maxilares son de origen -- dentario, y por ende son quistes dentales. Es el primero -- que distingue entre quistes foliculares y radicales, y a -- los radicales los llama neógenos o quistes periostales.

El cirujano francés Broca, quien descubrió que los -- quistes foliculares se originan por trastornos del desarro -- llo dentario. Todavía hoy en día tiene validez la teoría -- de Broca y la de Magitot, acerca del origen de los quistes -- foliculares. Magitot, quién se ocupó ante todo de la pato -- génesis de los quistes radicales, creía que el epitelio -- quístico se desarrollaba del tejido periodontal del diente.

Los fundamentos que creó el patólogo y cirujano Mala -- ssez, quién pudo comprobar por primera vez la existencia de -- células epiteliales en el parodonto del diente, los cuales -- denominó: restos epiteliales de Malassez, vió en estas --- aglomeraciones celulares las células madres de los verdade -- ros tumores de esta región.

Crea también que los tumores de regiones más alejadas del sistema dentario provendrían de tales restos epiteliales dispersos; esto no era sostenible; y lo demostraron por sus investigaciones, Hertwig en 1874 y Braun en 1877.

En 1887, Parreita escribe su trabajo sobre quistes dentales y maxilares, donde destacan el desarrollo de quistes autónomos de los maxilares; así mismo sostiene que Magi tot se había equivocado cuando creía que todos los quistes óseos serían de origen dentario.

A Partsch se debe la denominación de quistes periodontales o radiculares; comprobó que los quistes tienen como punto de partida estados inflamatorios crónicos en los ápices, por lo cual se reconoció la pulpa muerta como condición previa para la formación de un quiste radicular. Respecto a los epitelios que deben suministrar la capa epitelial del quiste, Partsch coincide con la opinión de Braun, y describe el proceso de la siguiente manera: Al desarrollo de la raíz dentaria procede la formación de una vaina radicular, desde el epitelio adamantino de la corona, crece en dirección hacia la raíz un apéndice en forma de vaina dentro del tejido conjuntivo, y en el lado interno de este apéndice, se empiezan a depositar los odontoblastos, dando lugar así a la identificación de la raíz.

Una vez cumplida su tarea, se desintegra en islotes dispersos en el tejido conjuntivo, que se inserta en la raíz como ligamento alveolo dentario, de los cuales algunos eventualmente desaparecen completamente, otros se conservan en forma de masas epiteliales paradentales.

Partsch ha descrito varios trabajos fundamentales -- sobre la patogénesis y la terapéutica de los quistes, que en parte son válidos aún hoy en día.

**CAPITULO 2**  
**CLASIFICACION**

## CLASIFICACION

La clasificación de los quistes bucales no está estandarizada y todos los intentos para presentar una categorización lógica han fracasado. A causa de ello, se han ampliado una de las clasificaciones de uso más frecuente para incluir algunas entidades adicionales, comprendiendo que el agrupamiento siguiente es más bien de valor práctico.

Los tipos de quistes que pueden presentarse en la cavidad bucal, en la cara y en el cuello son: Congénitos, de desarrollo, y una variedad denominada pseudoquistes, ya que en este tipo de lesiones ninguno de los quistes está tapizado de epitelio.

A continuación se presenta una clasificación obtenida después de consultar la bibliografía básica, en ésta se exponen las subdivisiones específicas de los quistes mencionados anteriormente, y es la siguiente:

### QUISTES DE LOS MAXILARES Y TEJIDOS PERIBUCALES.

#### I.- QUISTES CONGENITOS.

- a) Quiste del conducto tirogloso.
- b) Quiste linfoepitelial bucal branquial benigno.
- c) Quiste linfoepitelial cervical branquial benigno.
- d) Quiste dermoide y epidermoide.
- e) Quiste heterotópico gastrointestinal bucal.

#### II.- QUISTES DE DESARROLLO.

##### 1.- QUISTES DE ORIGEN NO DENTAL.

- A) Tipos de hendidura o fisurales.
  - a) Quiste Nasoalveolar.
  - b) Quiste en la línea media del maxilar.
  - c) Quiste Nasopalatino.

- d) Quiste Gingival del adulto.
- e) Queratoquiste odontógeno.
- f) Síndrome de Gorlin y Goltz.
- B) Quiste Primordial o folicular.
- C) Quiste Dentígero.

### III.- SEUDOQUISTES.

- a) Quiste óseo aneurismático.
- b) Quiste óseo estático o cavidad idiopática de Stafne.
- c) Quiste óseo traumático (hemorrágico; -- solitario).

**C A P I T U L O   3**

**Q U I S T E S**

**C O N G E N I T O S**

## QUISTES CONGENITOS

### QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO (quiste tirogloso).

Es un quiste poco usual, puede aparecer en cualquier sitio del conducto tirogloso (el conducto tirogloso está -- en la línea que une la glándula tiroides y el agujero ciego de la lengua).

Aparentemente se origina de los remanentes de este -- conducto que se oblitera. La razón de aparición del quiste se desconoce.

ASPECTOS CLINICOS. - El quiste del conducto tirogloso suele presentarse en personas jóvenes, pero puede desarrollarse a cualquier edad. Clínicamente aparece como una -- masa quística, firme en la línea media, de tamaño variable desde pocos milímetros hasta varios centímetros.

Puede estar en un lado de la línea media. El quiste se desarrolla lentamente y es asintomático o puede causar -- síntomas como resultado de la presión sobre otras partes.

La deglución hace que el quiste se mueva hacia arriba.

El quiste o la fístula que nacen de este conducto se localiza en la línea media, en cualquier punto entre el istmo de la glándula tiroides y la base de la lengua. La fístula generalmente está en relación íntima con el hueso hioides. Debido al conducto tirogloso el quiste puede infectarse y en tal caso puede drenar espontáneamente.

ASPECTO HISTOLOGICO. - El quiste puede estar revestido por epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado o por un tipo de transición intermedio.

La parte de tejido conjuntivo del quiste con frecuencia contendrá pequeñas placas de tejido linfoide, tiroideo y de glándulas sebáceas asociadas con estructuras tirogl--

sas semejantes a los conductos de la lengua.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento para el quiste del conducto tirogloso es la extirpación quirúrgica total. Debe quitarse antes que ocurra la infección o después que los síntomas agudos han disminuido.

La escisión completa del trayecto fistuloso hasta la base de la lengua, frecuentemente incluyendo una porción del hueso hioides, es indispensable para la curación.

El pronóstico es bueno, pero aunque raro, tiene interés el hecho de que se han notificado casos de carcinoma desarrollado a partir de remanentes del conducto tirogloso o por revestimiento epitelial de los quistes de dicho conducto.

### QUISTE LINFOEPITELIAL BUCAL BRANQUIAL BENIGNO.

El quiste linfoepitelial de la cavidad bucal es una lesión relativamente rara, que al parecer se origina de la transformación quística del epitelio glandular incluido dentro de los agregados linfoides bucales durante la embriogénesis.

ASPECTOS CLINICOS.- El quiste linfoepitelial bucal aparece como un nódulo elevado de color amarillento, asintomático bien circunscrito, que por lo regular, se encuentra en el piso de la boca o en la parte ventral de la lengua y algunas veces en paladar blando, vestíbulo mandibular, región retromolar.

Puede tener un diámetro de pocos milímetros hasta -- dos centímetros y aparecer a cualquier edad.

ASPECTOS HISTOLOGICOS.- La lesión consiste básicamente en una cavidad quística revestida de epitelio estratificado, dentro de una masa de tejido linfoide que muestra levas folículos.

El epitelio de revestimiento es bastante delgado y por lo común es paraqueratótico. A veces es de tipo columnar, con o sin células calciformes.

TRATAMIENTO.- Debe consistir en la extirpación quirúrgica local conservadora, la lesión rara vez recurre.

### QUISTE LINFOEPITELIAL CERVICAL BENIGNO.

Existen varias teorías en lo que respecta al origen de los quistes branquiales, pero las pruebas demuestran que nacen de la persistencia de la segunda hendidura branquial.

ASPECTOS CLINICOS.- Casi todos los quistes se presentan en los adultos jóvenes, aunque pueden manifestarse en la niñez temprana.

Son de crecimiento lento y pueden tener una duración de semanas a varios años.

La lesión es asintomática y se presenta como una masa movable circunscrita en la porción lateral del cuello, se localiza característicamente a lo largo del borde anterior del cuello, se ha indicado que muchos se presentan en el ángulo de la mandíbula, en el área submandibular o incluso en el área preauricular y parótida.

Puede haber un conducto fistuloso que se extiende -- hasta el músculo digástrico o terminando en la fosa amigdalina.

ASPECTO HISTOLOGICO.- Este quiste suele estar revestido por epitelio escamoso estratificado y ciliado. Por lo general la pared muestra tejido linfoide con un patrón típico de ganglio linfático, cantidades variables de tejido --- conectivo. Puede contener un líquido mucoso o lechoso.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica completa. Recurre si se dejan remanentes o si la lesión solo se drena o aspira.

### QUISTE EPIDERMOIDE Y DERMOIDE.

El quiste dermoide es un teratoma quístico derivado del epitelio germinal embrionario, pero en ocasiones también contiene estructuras de otras capas germinales.

Se piensa que estos quistes se derivan de la inclusión de restos epiteliales en la línea media durante el cierre de los arcos mandibular y branquial del hioides.

ASPECTOS CLINICOS.- Son relativamente poco frecuentes en cavidad bucal, rara vez son congénitos, casi siempre ocurre en la adolescencia y no presenta preferencia por el sexo.

Puede presentarse en el paladar duro y blando, en el borde de la lengua y más comunmente en el piso de la boca.

Causan una tumefacción en el mismo sitio que los quistes sublinguales de retención y deben ser diferenciados de ellos.

La lesión característica produce una convexidad en el piso de la boca, a menudo causan elevación de la lengua y dificulta comer y hablar.

Los quistes dermoides pueden estar localizados arriba o abajo del músculo genihioides. Ocurren generalmente en la línea media, pero pueden ser desplazados lateralmente durante el desarrollo y deben ser diferenciados de los quistes de origen branquial.

Los quistes dermoides no son fáciles de descubrir sino 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.

Los quistes frecuentemente contienen cabello, glándulas sebáceas y sudoríparas, así como estructuras dentales.

El examen radiográfico puede ayudar al diagnóstico -

debido a su contenido frecuentemente con substancias radio opacas.

A veces estos quistes se infectan y se forman conductos que se abren intrabucalmente o en la piel.

### QUISTE HETEROTOPICO GASTROINTESTINAL BUCAL.

Es un quiste revestido de mucosa gástrica o intestinal localizado en la cavidad bucal, lengua, piso de boca, - probablemente originado por restos embrionarios fuera de -- lugar.

ASPECTOS CLINICOS.- Este quiste puede encontrarse - en personas de cualquier edad, aunque la mayoría han sido - lactantes o niños pequeños, además, predomina en el sexo -- masculino.

El quiste aparece como un nódulo pequeño que está -- totalmente dentro del cuerpo de la lengua, ya sea anterior- o posterior o en el piso de la boca, en el cuello o adyacen- te a la glándula submaxilar.

Puede ser asintomático o causar dificultades al co- mmer o hablar. Algunos quistes se unen a la mucosa superfi- cial mediante un tubo o una estructura parecida a un conduc- to.

ASPECTOS HISTOLOGICOS.- Este quiste está revestido, - una parte por epitelio escamoso estratificado y otra por -- mucosa gástrica similar a la que hay en el cuerpo y en el - fondo del estómago con células parietales y principales.

TRATAMIENTO.- El tratamiento de elección es la extir- pación quirúrgica, aunque esta lesión no puede diagnosticar- se clínicamente y rara vez se sospecha.

C A P I T U L O 4

Q U I S T E S

D E

D E S A R R O L L O

QUISTES

NO

ODONTOGENICOS

## QUISTES DE DESARROLLO

### QUISTES NO ODONTOGENICOS (FISURALES)

QUISTE NASOALVEOLAR (Nasolabial).- Este quiste quizá lo describió por vez primera Zuckerkandl. También se ha denominado quiste de Klestadt, quien indica que probablemente deriva de restos epiteliales localizados en la unión de los procesos globulares, naso laterales y maxilares, teoría que es aceptada actualmente por la mayoría de los investigadores.

Este quiste está situado en el lugar de fijación del ala de la nariz (cerca de la base de la nariz). Se localiza en los tejidos blandos, no está localizado dentro de hueso, pero puede producir erosión superficial de la parte externa del maxilar debido a la presión, pero fundamentalmente no son lesiones primarias. Es uno de los quistes odontogénicos menos comunes.

ASPECTOS CLINICOS.- Generalmente este quiste abulta hacia el piso del vestíbulo nasal, proyectándose debajo del extremo anterior del cornete inferior y ocasiona una tumefacción que puede verse y palpase debajo del labio superior.

Todos los dientes de la región poseen vitalidad radiográficamente no se observan alteraciones óseas, debido a que el quiste nasoalveolar es una lesión periférica o de tejidos blandos, sin embargo puede aparecer una radiolucencia si el quiste produce una resorción ósea por presión del lado del periostio.

El quiste nasoalveolar ocurre principalmente en mujeres y predominando en la raza negra. La edad promedio es entre 41 y 46 años, aunque se ha presentado en personas de 12 a 75 años de edad.

Casi siempre es unilateral y los casos bilaterales -

son muy raros.

ASPECTOS HISTOLOGICOS.- Desde el punto de vista histológico el quiste nasoalveolar, puede estar revestido por epitelio columnar pseudoestratificado, el cual a veces es -- ciliado, a menudo con células caliciformes o por epitelio -- escamoso estratificado.

TRATAMIENTO.- El quiste puede extirparse quirúrgicamente, aunque debe tenerse cuidado de impedir la perforación y el colapso de la lesión. Su pronóstico es bueno.

QUISTE EN LA LINEA MEDIA DEL MAXILAR (Palatino medio).

El quiste palatino medio surge del epitelio atrapado a lo largo de la línea de fusión del proceso palatino del maxilar superior.

ASPECTOS CLINICOS.- Este quiste se localiza en la línea media del paladar duro entre los procesos palatinos laterales.

Puede crecer durante un período prolongado y producir una tumefacción palatina definida que es visible clínicamente. La causa de la proliferación epitelial y la subsecuente formación del quiste se desconoce.

Según Thoma no existe esta entidad de quiste palatino posterior mediano.

ASPECTOS HISTOLOGICOS.- El revestimiento de dicho quiste habitualmente se compone de epitelio escamoso estratificado que cubre una banda de tejido conectivo fibroso -- relativamente denso, el cual puede mostrar infiltración crónica de células inflamatorias. Sin embargo se han encontrado casos esporádicos que están revestidos por epitelio columnar ciliado pseudoestratificado o incluso epitelio escamoso modificado.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS.- En la radiografía se observa un área radiolúcida bien circunscrita opuesta a la región premolar o molar, con frecuencia rodeada de una capa esclerótica de hueso.

TRATAMIENTO.- Como en la mayor parte de los quistes de inclusión, el tratamiento es la extirpación quirúrgica y el raspado del hueso.

### QUISTE NASOPALATINO.

El quiste nasopalatino, que se encuentra en la región anterior del maxilar, e inmediatamente detrás de los ápices de los incisivos centrales, crece a partir de los residuos epiteliales de los vestigios del conducto o conductos nasopalatinos.

Comprende cerca del 54% de los quistes no odontogénicos y no epiteliales, son los más comunes, se dividen en dos tipos: Quiste del conducto incisivo y Quiste de la papila palatina.

Ya que la localización y la anatomía de las estructuras nasopalatinas embrionarias varían mucho en su localización pueden ser completamente bilaterales, o estar en uno de los dos lados de la línea media, o pueden juntarse en la línea media dando lugar a un canal incisivo único; sus residuos epiteliales de los que proceden los quistes, también tendrán distintas localizaciones.

ASPECTOS CLINICOS.- Si el quiste se forma a partir de un único resto epitelial embrionario, en cualquiera de los dos lados de la línea media se encontrará un quiste redondo nasopalatino unilateral; si el quiste se forma a partir de los residuos a ambos lados de la línea media, dará lugar a los quistes nasopalatinos redondos bilaterales; y si el quiste se forma a partir de residuos de ambos lados, pero cerca de la línea media, la lesión resultante puede ser un quiste único, una zona radiotransparente de forma de corazón en la línea media del maxilar.

Así el quiste nasopalatino puede ser una lesión redonda única de tamaño moderado unilateral, localizado a la derecha o a la izquierda de la línea media, puede presentarse en forma de lesiones redondeadas bilaterales situadas en forma simétrica, o puede ser central y de forma acorazonada. Los signos clínicos de los quistes nasopalatinos no --

son muy frecuentes, ya que suelen ser de pequeño tamaño y localizarse en zonas profundas del maxilar superior y es difícil descubrirlos. Sin embargo, a menudo los quistes de gran tamaño presentan características clínicas que son muy parecidas e indistinguibles de las de los quistes de la línea media. Aparecen entre la cuarta y sexta década de la vida.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS.- Las características radiográficas son muy variables, en algunos casos, el quiste nasopalatino se presenta como una zona radiotransparente, redondeada, única y unilateral, de algunos a muchos milímetros de diámetro, inmediatamente por encima o junto al ápice de un incisivo central; en estos casos se descubren zonas radiotransparentes quísticas parecidas pero bilaterales a veces se encuentra la forma acorazonada, que es más característica.

El diagnóstico suele basarse en los datos radiográficos descritos anteriormente y en la comprobación de que la zona radiotransparente no se relaciona con dientes sin vitalidad.

ASPECTOS HISTOLOGICOS.- Los quistes nasopalatinos, presentan una cubierta que varía desde el epitelio escamoso estratificado, al epitelio de transición o al cilíndrico ciliado.

En muchos casos hay intensa infiltración inflamatoria debido a la infección secundaria. A menudo se encuentran glándulas mucosas, vasos sanguíneos y nervios.

TRATAMIENTO.- Generalmente estos quistes no dan sintomatología clínica, si no se infectan secundariamente, cuando se infectan, se puede notar una descarga persistente de pus que sale bajo presión. El sondeo o la perforación generalmente dejan que escape el líquido pero la tumefacción reaparece si el quiste no se quita quirúrgicamente, por lo tanto el tratamiento a elegir es, la enucleación qui

**rúrgica total, el pronóstico es bueno.**

### QUISTE GLOBULOMAXILAR (Premaxila-maxila).

El quiste globulomaxilar comprende alrededor del 17% de todos los quistes no odontogénicos que quedaron en la línea de fusión de los procesos globular y maxilar del proceso facial embrionario, por tanto, se le observa entre las raíces del lateral y el canino del maxilar superior, donde puede producir un agrandamiento, así como también migración de los dientes adyacentes. Es asintomático, y todos los dientes se encuentran vitales.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Son sacos forrados de epitelio pueden pasar por desapercibidos, y en algunos casos solo son descubiertos por medios radiográficos; por otra parte cuando son de tamaño grande o moderado se observan como un bulbo rosado, de superficie lisa, en la superficie labial, entre y por encima de las raíces de los incisivos laterales y caninos.

La tumoración puede ser de consistencia ósea, o puede apreciarse una sensación de crepitación, que haga pensar en un adelgazamiento de la corteza labial. En algunos casos, y sobre todo cuando se ha desarrollado una infección secundaria del quiste, puede encontrarse dolor a la palpación o un conducto fistuloso que nos lleve a la cavidad quística.

En cualquier caso, ya que el quiste globulomaxilar no está relacionado con una infección odontogénica, y no afecta a la vitalidad de la pulpa de los dientes próximos - las respuestas normales y de vitalidad de la pulpa, tienen valor diagnóstico.

A veces hay desplazamiento de las coronas de los incisivos laterales y de los caninos de sus posiciones normales, y ello contribuye también a establecer el diagnóstico del quiste fisural.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS.- Las características radio-

gráficas son muchas veces patognomónicas; el quiste se presenta como una zona radiotransparente, en forma de pera invertida, entre las raíces de los incisivos laterales y de los caninos maxilares, dando lugar a un desplazamiento moderado o intenso; la zona radiotransparente, es homogéneamente oscura, la lámina dura de la cara distal de la raíz del lateral y de la cara media de la raíz del canino suele faltar; y el borde periférico del quiste no está también delimitado, como sería de esperar en los quistes centrales. A veces el quiste glóbulomaxilar es de un tamaño enorme, en cuyo caso puede extenderse por encima de los ápices de los caninos y de los incisivos laterales y alcanzar el ápice del incisivo central o del primer premolar.

ASPECTOS HISTOLOGICOS.- El quiste está revestido por epitelio escamoso estratificado o por epitelio columnar ciliado, el resto de la pared está formado de tejido conectivo fibroso que suele mostrar infiltrado de células inflamatorias.

TRATAMIENTO.- Este tipo de quiste debe extirparse quirúrgicamente conservando, si es posible, los dientes adyacentes.

### QUISTE MANDIBULAR MEDIO.

El quiste de desarrollo mandibular medio es una lesión muy rara que se presenta en la línea media de la mandíbula y su etiología es discutible. Algunas autoridades lo consideran como una verdadera enfermedad del desarrollo atrapados en la fisura mandibular de remanentes epiteliales atrapados en la fisura mandibular media durante la fusión de los arcos mandibulares bilaterales. Sin embargo existe la posibilidad de que la lesión pueda representar un tipo de quiste odontógeno como un quiste primordial originado por un órgano supernumerario del esmalte en el segmento mandibular, en particular porque los huesos que se unen en la línea de la sínfisis mandibular se originan en la parte profunda dentro del mesenquima; y por lo tanto, proporciona poca oportunidad de inclusión y la subsecuente proliferación de restos epiteliales profundos dentro del hueso.

Además, es posible pensar que la lesión representa un quiste periodontal lateral ubicado en la línea media, aunque el origen de esta última lesión también se desconoce.

ASPECTOS CLINICOS.- La mayor parte de los quistes mandibular medio son clínicamente asintomáticos y solo se descubren durante el examen radiográfico de rutina. Rara vez producen expansión acentuada de las placas corticales del hueso y de los dientes adjuntos, a menos que sufran otra alteración, reaccionan en forma normal a las pruebas de vitalidad pulpar.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS.- La mayor parte de los quistes mandibular medio muestran una apariencia radiográfica que es generalmente de un área de radiolucidez unilocular bien circunscrita, aunque también puede aparecer multilocular.

ASPECTOS HISTOLOGICOS.- El examen histológico de la lesión muestra un epitelio escamoso estratificado del

gado, a veces con muchos plieques y proyecciones, revistiendo al lumen central. Pero en algunos casos, el quiste está revestido de un epitelio columnar cilado pseudoestratificado.

TRATAMIENTO.- Se han publicado muy pocos casos - como para estar seguros del pronóstico del quiste mandibular medio, pero es aconsejable, si es posible, la extirpación quirúrgica conservando los dientes adyacentes a la lesión.

O U I S T E S

D E

R E T E N C I O N

### QUISTES DE RETENCION.

Los quistes de las glándulas salivales se clasifican en tres categorías: quistes verdaderos, mucocales o quistes de retención superficial y ránulas.

QUISTE VERDADERO.- El quiste verdadero, generalmente es pequeño de un centímetro de diámetro o menos y se localiza en el interior del cuerpo de la glándula parótida o submaxilar.

Como todo quiste, se encuentra delimitado, el quiste verdadero lo está por epitelio escamoso estratificado; sin embargo, ha sido descrito un caso de que el quiste estaba tapizado por epitelio cilíndrico ciliado.

Se presenta con mayor frecuencia en el lado izquierdo que en el lado derecho y es más común en las mujeres.

MUCOCELE.- El mucocèle es una extravasación mucosa. Es una cavidad delimitada por tejido de granulación. Su interior contiene un material hialino eosinófilo y un número variables de macrófagos. Parece ser que el trauma mecánico es el responsable de la lesión de los conductos de las glándulas salivales menores, que dan lugar a que el moco vierta entre la lámina propia y el tejido submucoso. Cuando el quiste por retención se presenta en las glándulas próximas a la punta de la lengua, se llama quiste de Blandin-Nuhn.

Aproximadamente el 70% de estos quistes se presentan en el labio inferior; raramente se afecta el labio superior. El mucocèle del labio inferior es más común en varones menores de 40 años.

El quiste puede ser superficial o profundo y su tamaño varía entre unos cuantos milímetros y un centímetro o más de diámetro. Los mucocèles superficiales tienen un color azulado, transparentes y se rompen fácilmente.

Son los mucocales profundos de un carácter crónico y pueden durar años. Se reproducen frecuentemente.

ASPECTO HISTOLOGICO.- Histológicamente, el quiste por retención consiste en un depósito de moco que se localiza habitualmente entre el tejido conectivo y la submucosa y está rodeado por una capa de tejido de granulación. Raramente se observan restos de epitelio en la pared, que probablemente representan una porción de varios conductos excretores.

La luz de la cavidad contiene un coágulo eosinófilo con abundantes macrófagos. Las glándulas salivales -- menores vecinas presentan alteraciones inflamatorias o signos de obstrucción ductal.

TRATAMIENTO.- El tratamiento del mucocelo, es la escisión quirúrgica; si simplemente se incide, el contenido saldrá pero en cuanto cicatrice, volverá a llenarse. Hecha la enucleación completa de la lesión incluyendo la glándula salival causante, rara vez la lesión recidiva.

## RÁNULA.

La ránula es un quiste de retención específico del piso de la boca, relacionado con los conductos de War--ton o de Bartholin, el cual puede deberse a la obstrucción de los mismos o por la formación de un aneurisma en el conducto.

ASPECTOS CLINICOS.- Es una lesión rara, indolora de evolución y crecimiento lento, que se localiza a un lado del frenillo lingual.

Al encontrarse en profundidad, la mucosa supra--yacente es de aspecto normal. Si es superficial, la mucosa tiene un color azul violáceo translúcido.

Es más frecuente en las mujeres y se puede pre--sentar a cualquier edad.

ASPECTOS HISTOLOGICOS.- Microscópicamente la ránula es muy semejante a los quistes de retención más pequeños, con excepción de que a veces la ránula tiene un revestimiento epitelial definido. Debido a esto, muchos auto--res consideran que la ránula es un verdadero quiste de re--tención, producido como un fenómeno de obstrucción parcial, aunque no siempre es factible encontrar cálculos en el conducto salival.

TRATAMIENTO.- El tratamiento de la ránula es la marsupialización, limitando la lesión con suturas y elimi--nando la superficie externa de la lesión, para permitir la salida del contenido líquido y la transformación de la membrana quística, la cual asume las características de los --tejidos adyacentes.

4

QUISTES

ODONTOGENICOS

## QUISTES DE DESARROLLO

### QUISTES ODONTOGENICOS

QUISTE PERIAPICAL RADICULAR.- El quiste radicular es, sin lugar a dudas, la enfermedad quística más frecuente, de las que afectan la mandíbula y el maxilar, tiene su origen inflamatorio como secuela de la caries dental al propagarse el proceso inflamatorio desde la pulpa hacia la zona periapical del diente, se va formando una masa de tejido inflamatorio crónico llamado granuloma apical. Dentro de esta masa proliferan restos epiteliales de Malassez normalmente presentes en el ligamento periodontal, estos islotes epiteliales se fusionan y sufren una transformación quística dando lugar al quiste radicular.

El quiste puede no apreciarse clínicamente, ya que a veces faltan totalmente los signos clínicos.

ASPECTOS CLINICOS.- El aspecto clínico puede ser muy sugestivo, sobre todo cuando el quiste es grande o cuando hay infección activa; en tal caso puede encontrarse un diverso grado de agrandamiento o deformidad del hueso, desde deformaciones localizadas, escasamente hiperestesia 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, su 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 muy variables, algunos quistes son completamente asintomáticos, mientras que otros producen dolor, hiperestesia o malestar.

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

Su tamaño varía de 0.5 a 2 cm., de diámetro y -- su forma suele ser redonda y ovalada. La superficie es lisa según su estado de desarrollo, contenido grumoso, y contiene gran cantidad de cristales de colesterol resplandecientes.

ASPECTOS HISTOLOGICOS. - El epitelio suele ser de tipo escamoso estratificado y relativamente grueso, muchas veces en parte acantomatoso y ulcerado, y en ocasiones se encuentra queratinizado. Se han hecho pocos estudios histológicos de quistes radiculares, y se han encontrado grandes cantidades de la enzima lisosomal, hidrolítica, fosfatasa ácida, en las células epiteliales exfoliantes, mientras que la capa basal del quiste es rica en deshidrogenasa succínica indicando una acción anabólica.

El quiste radicular se produce como resultado de una enfermedad dental, y vienen a ser originadas por un granuloma que contiene restos epiteliales de Malassez. El tejido englobado desarrolla un proceso de necrosis y licuafacción, existe una trasudación de fluidos inflamatorios en el interior de la cavidad, a través de las células epiteliales que la tapizan, el quiste va creciendo por extensión, produciendo una atrofia por depresión del hueso condensado alrededor del quiste, y se le denomina lámina dura, el interior del quiste puede contener: fluidos, suero, restos necróticos.

cos células blancas o colesterol.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS.- Radiográficamente no es posible distinguir entre un quiste radicular, un granulomatario u otra lesión quística de la zona, no obstante la presión de un diente desvitalizado asociado a una radiolucencia periapical. No obstante se ha sugerido que si sobre pasa los 20 mm<sup>3</sup>, se trata de un quiste radicular.

TRATAMIENTO.- Puede tratarse de distinta manera; extracción del diente y raspado apical, u obturación del conducto únicamente. En un tiempo se creyó que todos los quistes radiculares requerían extirpación quirúrgica, sin embargo se ha demostrado que una infección secundaria, y con hemorragia durante el tratamiento radicular (endodóntico), puede destruir el revestimiento epitelial y promover la cura del quiste radicular; la intervención quirúrgica no es necesaria, no obstante en ciertas circunstancias especiales, el quiste puede permanecer en su sitio en el maxilar si no se le extirpa.

QUISTE LATERAL PERIODONTAL.- El quiste periodontal lateral es un quiste odontogénico poco común, pero bien reconocido.

Estos quistes parecen originarse en íntima relación con la superficie radicular lateral de un diente erupcionado; tiene predilección por el área de los premolares mandibulares.

Las posibilidades para explicar su procedencia y desarrollo son:

1.- Se pensó que la lesión puede originarse inicialmente como un quiste dentífero, a lo largo de la superficie lateral de la corona, si la expansión de ésta es lenta. La erupción dental puede ser normal y finalmente adoptará una posición cercana a la superficie lateral de la raíz.

2.- Se ha pensado que el quiste periodontal lateral se forma directamente en el ligamento periodontal a partir de una proliferación de los restos de Malassez, aunque se desconoce el estímulo de esta proliferación.

3.- Se ha sugerido que esta lesión se origine de un quiste primordial de un germen dental supernumerario, -- debido a la predilección de presentarse en el área de premolares mandibulares que coincide con la alta incidencia de los dientes supernumerarios en esta región.

4.- La mayor parte de los investigadores concluyó que esta lesión deriva de los remanentes celulares de la lámina dental, que proliferan y sufren una transformación - quística, dichos remanentes están en una etapa post-funcional y, solo tienen un potencial limitado de crecimiento que está de acuerdo con el tamaño pequeño de este quiste.

Esta última teoría, incluyendo que el quiste periodontal lateral y el quiste gingival del adulto comparten ésta misma histogénesis a partir de los restos de la lámina dental postfuncional, es la más aceptada y parece ser la -- más apropiada.

ASPECTOS CLINICOS.- El quiste periodontal lateral se presenta principalmente en los adultos, la edad promedio es de 50 años y una variante entre los 22 a 85 años, -- la enfermedad predomina en el sexo masculino, el lugar de predilección para la aparición de este quiste es en el área de premolares, caninos e incisivos mandibulares y no presentan signos ni síntomas clínicos y han sido descubiertos durante exámenes radiográficos de rutina, algunas veces se -- localizan en la zona vestibular y puede haber una pequeña -- masa perceptible, pero la mucosa subyacente es normal, el -- diente asociado es vital, pero si el quiste llegara a infectarse puede asemejarse a un absceso periodontal lateral y -- tratará de establecer drenaje.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS.- Las radiografías reve--

lan una zona radiolúcida en aposición a la superficie lateral de la raíz dental, por lo común la lesión es pequeña, - raras veces mayor de un centímetro de diámetro y puede o no ser bien circunscrita, la mayoría de las veces los bordes - son bien definidos y a veces está redeada de una capa delgada de hueso esclerótico.

ASPECTOS HISTOLOGICOS.- Histológicamente el quiste es un saco huesco con una pared de tejido conectivo revestido en la superficie interna de una capa de epitelio estratificado, cuyo espesor puede ser desde una capa plana individual de células hasta una que presenta varias capas de -- espesor.

Algunas veces se encuentran restos de la lámina dental dentro de la pared de tejido conectivo y de modo similar éstas están frecuentemente compuestas de células claras, ricas en glucógeno.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El quiste periodontal lateral se debe retirar mediante cirugía, si es posible sin extraer el diente afectado. Es especialmente importante -- que se establezca el diagnóstico debido a la similitud en - apariencia que presenta este quiste con otras lesiones más serias como un ameloblastoma temprano. No se ha informado que este tipo de quiste tenga tendencia a recurrir después de su excisión quirúrgica.

### QUISTE RESIDUAL.

El quiste residual se encuentra en espacios desdentados, estos se deben a la remoción incompleta de tejido patológico, cuando se ha extraído un diente infectado, o -- bien puede deberse a la degeneración quística de un granuloma que no ha sido eliminado en el momento de la extracción dentaria.

Es más frecuente en el maxilar que en la mandíbula, la mayoría de los pacientes se encuentran en la cuarta década de la vida, en ambos sexos.

ASPECTOS HISTOLOGICOS.- Los quistes inflamatorios son el resultado de una infección dental con necrosis del tejido pulpar y transformación degenerativa en granuloma o quiste.

No todos los granulomas epiteliales degeneran -- en quistes, la formación de un quiste, depende primero de la disolución de la parte central del granuloma, y segundo de la trasudación de líquido a través del saco de tejido -- conectivo con forro de epitelio, hasta el interior de la -- lesión.

Microscópicamente está formado de restos necróticos carentes de estructuras o sustancia eosinofila homogénea, está revestido de epitelio escamoso estratificado, y a su vez está redondo por tejido conectivo de diversa densidad. El tejido conectivo casi siempre presenta infiltración de plasmocitos, linfocitos y edema.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS.- Los quistes periodontales residuales no pueden diferenciarse en la radiografía y solamente pueden comprobarse por el examen microscópico.

TRATAMIENTO.- Consiste en enucleación quirúrgica. El pronóstico es bueno.

QUISTE GINGIVAL DEL RECIEN NACIDO.

( Perlas de Epstein; Nódulos de Bohn ).

Los quistes de la lámina dental del recién nacido son múltiples nódulos, ocasionalmente solitarios, que se localizan en el reborde alveolar del recién nacido o de los lactantes, los cuales representan quistes que se originan a partir de los remanentes de la lámina dental.

Las perlas de Epstein son nódulos quísticos, -- llenos de queratina que se encuentran a lo largo del rafe palatino medio, tal vez derivados de los remanentes atrapados a lo largo de la línea de fusión.

Los nódulos de Bohn son quistes llenos de queratina que se encuentran diseminados sobre el paladar, siendo más numerosos a lo largo de la unión del paladar duro y el paladar blando, derivados aparentemente de las estructuras de las glándulas salivales palatinas.

ASPECTOS CLINICOS.- En ocasiones, estos quistes en lactantes son tan grandes, que se hacen manifiestos clínicamente como pequeños abultamientos de color blanco, -- presentes en el reborde alveolar, que aparecen algunas veces blanqueados como si tuviesen una presión interna.

Las lesiones son asintomáticas y parecen producir malestar en algunos pequeños.

ASPECTOS HISTOLOGICOS.- Son quistes verdaderos, con un revestimiento epitelial delgado, muestran en su lumen queratina descamada, que en ocasiones contiene células inflamatorias.

Es un hecho interesante que algunas veces se -- encuentre en estas lesiones calcificación distrófica y cuerpos de Roshton, que por lo común están presentes en los -- quistes dentígeros.

TRATAMIENTO.- No se requiere tratamiento ya que desaparecen al romperse, cuando erupcionan los dientes.

### QUISTE GINGIVAL DEL ADULTO.

Es un quiste poco común del tejido gingival blanco, que se presenta tanto en la encía libre como en la adherida.

El origen de este quiste es a partir de restos posfuncionales de la lámina dental, y que de esta manera -- representará la contraparte extraósea del quiste periodontal lateral, con el cual comparte histogénesis común.

La apariencia similar entre el quiste periodontal lateral y el gingival del adulto respecto a la función-clínica, la apariencia morfológica, el lugar anatómico de frecuencia y la predilección de edad son demasiados semejantes para que sea una coincidencia.

Se puede presentar un tipo de quiste de implantación revestido por un epitelio escamoso estratificado más maduro que deriva del epitelio mucoso de la superficie.

Por último existe una evidencia de que el quiste de la lámina dental del recién nacido persiste en la edad adulta, como se juzgó según los datos de que los quistes -- estaban llenos de ortoqueratina y que fueron idénticos a -- los que aparecen en el recién nacido.

ASPECTOS CLINICOS. -- El quiste gingival puede -- presentarse a cualquier edad, pero es más común en los adultos, edad promedio cuarta década de vida.

La localización de la lesión es cercana a la del quiste periodontal lateral.

Por lo general esta lesión aparece como un abultamiento pequeño, no doloroso, bien circunscrito de la encía, que algunas veces se asemeja mucho a un mococele superficial.

La lesión es del mismo color que la mucosa normal subyacente y rara vez mide más de un centímetro de diámetro.

metro, por lo general mide mucho menos.

Aunque puede aparecer en la encía libre o en la adherida, algunos quistes se pueden presentar en las propias papilas gingivales.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS.- El quiste gingival es una lesión de tejido blando y no se manifiesta en la radiografía dental.

Si se presenta una lesión quística radiolúcida circunscrita de hueso alveolar con algún abultamiento de tejido, probablemente el quiste represente un quiste periodontal lateral en vez de uno gingival.

ASPECTOS HISTOLOGICOS.- El quiste gingival del adulto es un quiste verdadero, debido a que es una cavidad patológica revestida de epitelio que por lo regular contiene líquido.

Generalmente el epitelio de revestimiento es idéntico al que se encuentra en el quiste periodontal lateral. El epitelio varía de grosor desde una célula aplanada a varias células, un epitelio escamoso estratificado delgado.

También se puede observar restos de lámina dental en una pared de tejido conectivo y por lo común están compuestas del mismo tipo de células ricas en glucógeno, estas lesiones pueden ser uníquísticas o poliúísticas, pueden o no mostrar una reacción inflamatoria.

TRATAMIENTO.- Escisión quirúrgica local de la lesión, no tiende a recurrir, no se sabe de un potencial neoplásico.

### QUERATOQUISTE ODONTOGENICO.

Se debe diferenciar entre el quiste primordial y el queratoquiste odontógeno, ya que se ha usado en la literatura como sinónimo y esto ha ocasionado mucha confusión debido a que no todos los quistes primordiales son queratoquistes odontógenos, ya que el quiste primordial se refiere al que se desarrolla en el sitio de un diente por la degeneración del órgano del esmalte.

Los quistes caracterizados por una superficie -- paraqueratinizada característicamente corrugada, una uniformidad de grosor del epitelio, que puede ser de seis a diez células y una capa basal de células en palizada, polarizadas que se describe como "de lápida" o de "cerca de estacas", son conocidos como queratoquistes odontógenos.

No se ha establecido su origen, aunque se acepta que se origina en la lámina dental, que posee un notable potencial de crecimiento, o de modo alterno, por proliferación de células basales como "hamartia de células basales", pero se desconoce el estímulo que provoca la proliferación celular.

Se ha demostrado que el epitelio de este quiste odontógeno es por mucho más activo que el de otros quistes odontógenos, juzgado por la mayor actividad mitótica, y por el aumento de la ingesta de timidina efectuada por los explantes de revestimiento, indicativo de aumento de la síntesis de DNA.

ASPECTOS CLINICOS.- El quiste se presenta a cualquier edad, desde los muy jóvenes hasta en los muy ancianos, el mayor índice está entre la segunda y tercera década de la vida, con una declinación gradual subsecuente, hay una predilección por presentarse en el sexo masculino.

La mandíbula es más frecuentemente afectada que el maxilar. En la mandíbula, la mayor parte de los quistes

se presentan en el área de la rama ascendente, región del tercer molar, seguido por el área del primero y segundos molares y después por la parte anterior de la mandíbula.

En el maxilar superior el sitio más común es el tercer molar seguida por la región del canino y premolares.

Se pueden presentar queratoquistes odontógenos - múltiples, que en ocasiones están asociados con el síndrome de queratoquiste maxilar-nevo de células basales y costilla bífida. Sin embargo, en otras ocasiones dichos quistes son independientes del síndrome.

Se ha señalado que existe un paralelismo bastante notable entre el queratoquiste odontógeno y el ameloblastoma respecto a la edad media de frecuencia, predilección por el sitio donde se presenta, datos radiográficos e índice de recurrencia.

Entre los aspectos más comunes se encuentran --- dolor, hinchazón de los tejidos blandos y expansión de hueso, drenaje y diversas manifestaciones clínicas neurológicas como parestesia de labios o de dientes.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS.- La lesión puede aparecer como una radiolucencia uni o multilocular a menudo con un borde esclerótico delgado que representa hueso activo. - Este borde puede ser festoneado o alizado, pero por lo regular está agudamente marcado.

Se pueden confundir con un quiste dentífero ya - que muchas veces se asocian a dientes impactados o no erup-

cionados. Sin embargo, en gran parte de los casos reportados se encontró que los quistes durante la cirugía estaban separados del diente por una capa de tejido fibroso.

Algunas veces, la proximidad de las raíces de -- dientes adyacentes son reabsorvidas, aunque lo más común -- que sean desplazadas. En ocasiones el quiste desplaza el -- paquete neurovascular.

ASPECTOS HISTOLOGICOS.- La pared odontógena del quiste por lo regular es delgada, a menos que haya habido -- inflamación superpuesta. El epitelio de revestimiento es -- muy característico y está compuesto de una superficie de -- paraqueratina corrugada, rizada o arrugada; una uniformidad de grosor del epitelio, entre seis y diez células de profundidad sin invaginaciones dermoepiteliales, y una capa basal de células polarizadas, en forma de estacada. En ocasiones se encuentra orto y paraqueratina, en algunos casos se encuentra la ausencia de la capa granular.

Con frecuencia, se observan quistes satélites -- pequeños o quistes hijas.

El lumen del queratoquiste puede estar lleno con un líquido delgado de color paja o con un material más grueso cremoso. Algunas veces el lumen contiene una gran cantidad de queratina y otras tiene poca, puede haber colesterol y cuerpos hialinos en el sitio de la inflamación.

Es un acontecimiento poco común la transformación displásica y neoplásica del epitelio de revestimiento en el queratoquiste odontógeno, pero se ha encontrado, en -- una ocasión se encontró un caso de carcinoma epidermoide -- que se desarrolló en un queratoquiste odontógeno, por lo -- cual se debe realizar un examen microscópico cuidadoso de -- todos los quistes eliminados.

Un informe relacionado con los quistes odontógenos ortoqueratinizados y su índice de recurrencia, remarcó la naturaleza altamente característica del epitelio paraque

ratinado y su relación con el alto índice de recurrencia.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El queratoquiste odontógeno se debe eliminar quirúrgicamente, sin embargo puede ser difícil su completa eliminación, ya que la pared del quiste es muy delgada y friable y puede fragmentarse con facilidad.

Además es muy común que haya perforación del hueso cortical, por lo regular en las lesiones que afectan la rama y esto complica la remoción total.

El aspecto más importante del queratoquiste odontogénico es su extraordinario índice de recidiva que está entre un 13 y 60%, que se presenta la mayoría dentro de los 5 años después de la eliminación quirúrgica.

No se encontraron diferencias importantes en el índice de recidiva después de los tres métodos básicos para tratar las lesiones: 1) marsupialización, 2) enucleación y cierre primario, 3) enucleación y empacado abierto. Además al parecer las recidivas no están relacionadas con la presencia de quistes satélites de lo cual se concluyó que la recidiva del queratoquiste odontógeno se debe a la naturaleza de la propia lesión, es decir a la presencia de remanentes adicionales de la lámina dental a partir de la cual se puede desarrollar un quiste, y no está relacionada con su método de tratamiento. Es esencial vigilar el sitio donde estaba localizado el queratoquiste odontógeno mediante radiografías periódicas, al menos durante 5 años después de realizado el tratamiento quirúrgico.

Es importante evaluar al paciente portador de un queratoquiste odontógeno, sobre todo si es múltiple para descartar la posibilidad de un síndrome de queratoquiste maxilar-nevo de células basales-costilla bífida.

SINDROME DE QUERATOQUISTE MAXILAR-NEVO DE CELULAS BASALES Y COSTILLA BIFIDA.

Es una enfermedad hereditaria, que se transmite con un rasgo autosómico dominante, de alta penetración y -- una manifestación variable.

ASPECTOS CLINICOS.- Es un síndrome muy complejo, incluye una gran variedad de posibles anomalías, las cuales se pueden resumir brevemente de la forma siguiente: 1) anomalías cutáneas, que incluyen carcinoma nasocleular, quistes y tumores benignos, fosetas palmares, queratosis palmo-plan-tar y carcinosis dermal; 2) anomalías dentales y óseas, que incluyen queratoquistes odontógenos múltiples, prognatismo o pseudoprognatismo, anomalías de las costillas, (con fre--cuencia bifidas), anomalías vertebrales y braquimetacarpa--lismo (acortamiento de los cuerpos metacarpianos; 3) anom--alías oftalmológicas, incluyen hipertelorismo con un amplio--puente nasal, ceguera congénita y estrabismo interno; 4) -- anomalías neurológicas, que incluyen retardo mental, calci--ficación dural, génesis del cuerpo calloso, hidrocéfalia -- congénita (hidrocéfalo crónico), y la presencia de medulo--blastomas con una frecuencia mayor a la normal; 5) anom--alías sexuales, incluyendo hipogonadismo en el sexo masculi--no y tumores del ovario en sexo femenino.

MANIFESTACIONES BUCALES.- Presencia de querato--quistes odontogénicos que no se distinguen de aquellos que--nc están asociados con este síndrome.

Debido a que con frecuencia se desarrollan en -- etapa temprana de la vida, se puede presentar la deformidad y el desplazamiento de los dientes en desarrollo, pero pueden no desarrollarse sino hasta mediana edad, aunque los tumo--res de células basales de la piel se presentan temprano.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- La recidiva de los -- queratoquistes asociados con este síndrome es tan alta como

la de los no asociados. Además se han desarrollado diversos casos de ameblastomas en los quistes de este síndrome, lo cual indica la importancia de revisar la escisión quirúrgica y de realizar su examen histológico. Cuando se recibe un diagnóstico de queratoquiste odontogénico se debe estar seguro de descartar la presencia de este síndrome, ya que estos pacientes encararán muchos problemas asociados.

### QUISTE PRIMORDIAL.

Es uno de los quistes odontógenos menos comunes. Se desarrolla por degeneración quística y licuefacción del retículo estrellado que se encuentra en un órgano del esmalte antes de que se haya formado esmalte o dentina calcificada. De esta manera el quiste se haya en el lugar de un diente en vez de estar asociado directamente con uno de ellos.

También se puede originar en un órgano dental -- supernumerario, de tal manera que en algunos casos está presente una fórmula dental normal.

Los términos de quiste primordial y queratoquistes odontogénico han sido usados como sinónimos, pero ambas representan entidades diferentes.

El término de quiste primordial se refiere a un quiste que se desarrolla en el lugar de un diente, y no tiene una connotación histológica relacionada con la formación de queratina.

ASPECTOS CLINICOS. - El quiste primordial varía ampliamente en tamaño, pero tiene el potencial de extender el hueso y de desplazar a los dientes adyacentes mediante presión.

En ocasiones está asociado con un diente deciduo erupcionado en la arcada dentaria por un tiempo anormal y el examen radiográfico revelará un área radiolúcida en el lugar del diente permanente. La lesión no es dolorosa, a menos que se infecte de modo secundario, y rara vez presenta manifestaciones clínicas obvias.

Este quiste se forma en una etapa temprana de la vida, pero no es descubierto sino hasta mucho más tarde.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS. - Este quiste aparece como una lesión radiolúcida redonda u ovoides, bien delimitada

da con un borde esclerótico o reactivo, y puede ser un: o - multilocular.

Puede estar situado por debajo o entre las raíces de los dientes adyacentes o cerca de la cresta alveolar en el lugar de un diente ausente congénitamente, en particular de un tercer molar superior o inferior.

No se ha explicado porque el tercer molar es propenso a que lo lesione este tipo de quiste.

ASPECTOS HISTOLOGICOS.- El aspecto microscópico de los quistes primordiales, es similar al de algunos quistes odontogénicos. La pared está compuesta de grupos paralelos de fibras colágenas, las cuales varían de tamaño, está revestido en la cara interna hacia el lumen intacta o interrumpida de epitelio escamoso estratificado. En algunos casos este epitelio no está queratinizado y muestra una capa espinosa muy prominente con invaginaciones dermoepiteliales elongadas y algunas veces confluentes, y una capa basal que está presente pero no es prominente.

En ocasiones el epitelio muestra una capa superficial de ortoqueratina, mientras que la capa espinosa está relativamente delgada o tiene un grosor moderado. No se observa la capa de células basales y algunas veces se encuentra aplanada.

En ocasiones se pueden observar células inflamatorias crónicas como linfocitos y células plasmáticas, mezcladas con leucocitos polimorfonucleares en la zona subepitelial adyacente del tejido conectivo.

TRATAMIENTO.- El tratamiento de elección es la enucleación quirúrgica, raspando el fondo del hueso, particularmente si se presenta una fragmentación del revestimiento, para asegurar la completa eliminación del epitelio.

El índice de recidiva es relativamente alto si el quiste representa un queratoquiste odontogénico. De otro modo, el índice de recidiva es probablemente bajo.

### QUISTE DENTIGENO.

El quiste dentífero es un tipo de quiste bastante más común que el quiste primordial. Se origina después de que la corona del diente se ha formado por completo mediante la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona dental.

Una explicación alterna o adicional de la patogenesis del quiste dentífero ha sido que se puede originar -- inicialmente por la proliferación de transformación quística de los islotes en la pared de tejido conectivo del folículo dental o fuera del mismo, y este epitelio transformado se une entonces con el epitelio folicular del revestimiento para formar una cavidad quística solitaria alrededor de la corona.

Esta teoría se debe considerar poco probable o -- poco común.

Existen varias teorías que tratan de explicar la histogénesis del quiste dentífero, a continuación se hace un breve resumen de cada una de ellas.

TEORIA FOLICULAR DE BROCA. -- Para este autor el origen de los quistes dentífero reside en el folículo dentario, este folículo sufre una hidropesía a consecuencia de la cual se origina este, por cuya razón su bolsa quística se encuentra directamente insertada en el cuello del diente afectado.

#### BROCA DISTINGUE TRES PERIODOS:

1) Período Embrioplástico. Este período se caracteriza por formaciones histológicas blandas, no diferenciadas, puede actuar un factor cualquiera, que incidiendo sobre el folículo en formación hace desviar la mecanomorfosis hacia formaciones quísticas.

Clínicamente esta clase de quistes no son fre---

cuentas y pertenecen más bien al dominio de las especulaciones científicas.

2) Período Odontoplásico.- En este período ya -- iniciada la histodiferenciación y el destino de las células del órgano del esmalte de la papila dentaria con sus células específicas y de función definida como son los ameloblastos y los odontoblastos, y el factor X, actúa sobre el folículo en plena dinámica, dará como resultado una bolsa de tejido dentario, sin forma anatómicamente definida.

3) Período Coronario.- Ya formada la corona sin raíz, rodeada por un saco dentario resultado de la histodiferenciación del mesénquima, la formación de la degeneración tumoral, puede dar origen a un quiste caracterizado -- por una bolsa conjuntiva, insertado en el cuello de la corona, y por tanto no tiene raíz, según Broca, porque el folículo desviado de formación no puede formar raíz.

TEORIA DE MALASSEZ.- Le corresponde a Malassez la teoría peridentaria, que se aplica a este como a las -- otras especies de tumores odontogénicos, esta teoría no se ajusta en las realidades clínicas que se observan en los -- quistes dentígeros.

Malassez atribuye a los restos epiteliales des-- pertados de su largo letargo por un factor irritativo de -- hipertrofia y se asocian a su unión y vacuolización posterior, dan origen a una cavidad que, aumentando su volumen -- da lugar al quiste. Este en contacto con un diente retenido y por mútua atracción, es perforado por el diente que se inserta exactamente a nivel del cuello.

Malassez no está de acuerdo con la teoría de -- Broca y Magitot que dan a estos quistes su origen folicular, sobre todo cuando el diente portador ya posee su raíz formada y calcificada "la corona ha salido de la cavidad folicular y se encuentra en una cavidad que es de origen gubernacular, por su asiento, su origen y la naturaleza de su epitelio". -----.

El quiste dentífero está casi siempre asociado con la corona de un diente permanente normal. Rara vez daña a un deciduo. El diagnóstico es fácil por medio de la radiografía, pero esto algunas veces no es cierto.

ASPECTOS CLINICOS.- Este quiste está siempre asociado con la corona de un diente impactado o no erupcionado. También se puede encontrar un quiste dentífero encerrado en un odontoma compuesto complejo o afectando a un diente supernumerario.

Los sitios más comunes donde se presenta son los terceros molares mandibulares y maxilares, las áreas de los caninos y premolares maxilares debido a que estos frecuentemente se impactan.

El quiste dentífero es potencialmente capaz de transformarse en una lesión agresiva. La expansión del hueso con la subsecuente asimetría facial, desaloejo de los dientes, intensa reabsorción radicular de los dientes adyacentes y el dolor son secuelas posibles provocadas por el continuo agrandamiento del quiste. Se pueden producir "ahuecamientos" de toda la rama y se puede extender hasta la apófisis coronoides y el cóndilo, en el caso de un tercer molar mandibular lesionado por un quiste dentífero, así como la expansión de la lámina cortical causada por la presión excesiva de la lesión.

Aunado a esta reacción puede estar el desplazamiento del tercer molar hasta comprimirse algunas veces contra el borde inferior de la mandíbula. En caso de un quiste asociado a un canino maxilar, ocurre a menudo la expansión de la porción anterior del maxilar superior y se puede asemejar superficialmente a una sinusitis o una celulitis aguda.

ASPECTO RADIOGRAFICO.- El examen radiográfico de los maxilares afectados por un quiste dentífero revelará un área radiolúcida asociada de alguna manera con una coro-

na dental no erupcionada. La corona puede estar rodeada de forma simétrica por esta radiolucencia, aunque es bastante arbitraria la distinción entre un quiste dentífero pequeño y un folículo o espacio folicular dental agrandado, especialmente cuando el quiste dentífero pequeño y un folículo agrandado son histológicamente idénticos. Solo cuando el tamaño de la radiolucidez es macroscópicamente patológico se puede hacer con seguridad la distinción.

En otros casos el área radiolúcida parece proyectarse en forma lateral desde la corona dental, en particular si el quiste es relativamente grande o si ha habido desplazamiento del diente. El término de quiste dentífero lateral se aplica con frecuencia a dicha situación.

Thoma describió otro tipo, el quiste dentífero circunferencial, en el cual el quiste rodea toda la corona del diente sin afectar la superficie oclusal, de tal manera que el diente erupciona a través del quiste.

Después se localiza este quiste alrededor de las raíces de un diente normal, similar a un quiste periodontal apical.

El quiste paradental es de patogénesis incierta, se piensa que está relacionado con un quiste dentífero, porque su revestimiento epitelial parece que se origina del epitelio reducido del esmalte. Surge en relación con un diente vital parcialmente erupcionado afectado por una periodontitis, adyacente por lo regular a un tercer molar mandibular con proyección anómala de esmalte hasta la bifurcación bucal.

Cuando se presenten quistes dentíferos múltiples se debe tener cuidado de descartar la posible presencia de un síndrome de quiste odontogénico-nevo de células basales y costilla bífida.

El quiste dentífero es una lesión lisa unilocular, algunas veces rodeada por una zona esclerótica o reac-

cional.

ASPECTOS HISTOLOGICOS.- No hay aspectos microscópicos característicos que se puedan usar para distinguir al quiste dentífero de los otros tipos de quistes odontógenos. Por lo regular está compuesto de una pared delgada de tejido conectivo con una capa delgada de epitelio escamoso-estratificado revistiendo el lumen. La pared de tejido -- fibroso laxo a menudo grueso, o de un tipo colagenizado no-denso.

Un dato adicional, en quiste con inflamación, es la presencia de cuerpos de Rushton en el tejido epitelial - de revestimiento.

El contenido del lumen del quiste regularmente es un líquido delgado, de color amarillento, en ocasiones -- teñido con sangre.

Se ha señalado la pluripotencialidad del epite-- lio de quistes dentíferos y se ha descrito la presencia de células de goblet, revestimiento epitelial respiratorio, -- células sebáceas en la pared de tejido conjuntivo, y los -- folículos linfoides con centros germinales.

TRATAMIENTO.- El tratamiento se determina según su tamaño. Las lesiones pequeñas se eliminan quirúrgicamente con poca dificultad. Los quistes muy grandes que producen una pérdida de hueso y lo adelgazan de forma peligrosa con tratados mediante la marsupialización. Este procedi-- miento origina alivio de la presión y encogimiento gradual del espacio quístico con aposición periférica de hueso neo-- formado. Este procedimiento es necesario debido al peligro potencial de fractura del maxilar si se intenta una extirpa-- ción quirúrgica completa.

La recidiva es poco frecuente, a menos que haya-- habido fragmentación del revestimiento quístico y se haya -- permitido que quedaran remanentes. Si la lesión es un que-- ratoquiste, la posibilidad de recidiva aumenta de manera --

notable.

Complicaciones potenciales, se pueden presentar que pueden ser relativamente graves, a partir de un quiste dentífero, además de la posibilidad de recidiva después de una remoción quirúrgica incompleta se pueden presentar algunas de las siguientes:

Desarrollo de un ameloblastoma a partir del epitelio de revestimiento o de restos de epitelio odontógeno - en la pared quística.

Desarrollo de un carcinoma epidermoide a partir de las mismas fuentes de epitelio; el desarrollo de un carcinoma mucoepidermoide a partir del epitelio que contiene células secretoras de moco.

## CAPITULO 5

### SEUDOQUISTES

### QUISTE OSEO ANEURISMÁTICO.

Se localiza en los maxilares, se parece en ocasiones al tumor aneurismático de células gigantes, es una lesión central poco frecuente y única de los maxilares.

Este quiste se presenta con más frecuencia en otros huesos del sistema esquelético, sobre todo en las vértebras, y en los huesos largos, y menos a menudo en las costillas, en la clavícula, en las manos, etc., más que en los maxilares. En ellos la localización más frecuente es en la mandíbula, aunque se conoce de algunos en el maxilar superior.

Los quistes óseos aneurismáticos se encuentran muchas veces en las personas jóvenes, al igual que los quistes óseos ideopáticos y su diferenciación de ellos suele ser difícil desde el punto de vista clínico como radiológico.

A veces se ve en personas mayores, pero se cree que estas lesiones estaban allí durante muchos años.

Este tipo de quiste no es una verdadera enfermedad quística, no cumple todos los criterios de la enfermedad quística. Más bien se compone de una cavidad ósea llena de tejido fibroso, que contiene vasos cavernosos o sinusoides, que son espacios llenos de sangre.

La etiología y la patogenia no están muy claras ni se conocen bien. La explicación más aceptada es que el quiste aneurismático, se desencadena por una lesión traumática que da lugar a la rotura de un vaso sanguíneo y a la subsecuente hemorragia intramedular y produce la resorción de hueso que da lugar a una cavidad ósea llena de sangre.

La curación de esta lesión da lugar a la formación de gran cantidad de tejido de granulación, parecido al del granuloma central reparativo, excepto en que el vaso roto o lesionado mantiene su comunicación con la cavidad y

su contenido.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Puede no haber señales clínicas, o si las hay serán de mínimo valor diagnóstico. En algunos casos, no hay ni tumoración ni deformación y puede que falten los síntomas subjetivos. En estos casos, el descubrimiento de las lesiones es puramente casual durante un estudio radiográfico dental habitual.

En algunos casos se presenta una prominencia ósea pequeña y moderada, de superficie lisa y recubierta de tejidos blandos de color normal. La palpación puede demostrar una tumoración asintomática, o ligeramente dolorosa. El diente o dientes de la región suelen no estar afectadas o relacionados con la lesión, y por ello, suelen ser completamente normales.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS.- Los hallazgos radiográficos son variables. A veces proporciona una imagen que no puede diferenciarse de la de los verdaderos quistes óseos, como el quiste radicular o el quiste primordial, es decir, una lesión radiotransparente única, redondeada o elíptica, cuyos bordes periféricos están bien delimitados y pueden estar rodeados incluso, total o parcialmente, por una zona hiperestática.

Cuando se localiza entre las raíces de los dientes, la lesión puede dar lugar a desplazamientos de estos dientes, haciendo pensar también en una entidad quística.

En otros casos, la lesión se presenta como una radiotransparencia gris grumosa, que contiene unas finas e irregulares trabéculas óseas que les dan un aspecto de burbujas de jabón o de panal de abeja.

Aunque puede sospecharse el diagnóstico basándose en los hallazgos radiográficos y clínicos, el diagnóstico definitivo depende muchas veces de la exploración quirúrgica, y del estudio microscópico de la muestra.

QUISTE OSEO TRAUMATICO (OSEO SOLITARIO, CAVIDAD OSEA IDEOPATICA).

El quiste óseo traumático, no es a pesar de su nombre, una verdadera enfermedad quística, ya que la cavidad carece de revestimiento epitelial, no tiene cápsula y muchas veces está vacía. Sin embargo radiológicamente tiene el aspecto que parece el de un quiste, por ejemplo: Se presenta como una lesión homogénea radiotransparente con una periferia curvilínea y bien delimitada.

No se conoce la causa del quiste, se han propuesto algunas teorías pero ninguna de ellas es definitiva, tal vez la explicación mejor es la que define un origen traumático. Esta teoría afirma que una lesión o un golpe en el maxilar, generalmente en los primeros años de vida, da lugar a una hemorragia intramedular y la consiguiente resorción del hueso y de la cavidad.

Otras teorías proponen los siguientes etiológicos: a) El quiste se debe a una neoplasia benigna intraósea, persistente, como sería un mixoma o un condroma, que no llegó a desarrollarse, siendo reabsorbido y dejando una cavidad. b) La infección intraósea produce la formación del quiste óseo. c) El quiste es una anomalía de desarrollo o hamartoma.

ASPECTOS CLINICOS.- El quiste óseo traumático es una anomalía poco frecuente. Se trata de una enfermedad de la infancia, ya que la mayor parte de los quistes se descubren en enfermos cuyas edades oscilan entre 8 y 15 años. No se han encontrado diferencias en relación al sexo.

Los quistes se localizan en mandíbulas, no se descubrió ninguno en el maxilar.

La mayor parte de los quistes se descubren casualmente por medio de una exploración radiográfica habitual, ya que la mayoría no presenta alteraciones clínicas

detectables. En la mayoría de los casos, el quiste óseo -- traumático no presenta signos de expansión quística, o de agrandamiento. La mandíbula se presenta simétrica y los dientes están en su posición normal. Sin embargo en algunos casos, se aprecia un ligero movimiento de los dientes y una expansión de la cortical, tanto radiográficamente como clínicamente. Se puede confundir con el quiste periapical dentario, pero su posibilidad diagnóstica se descarta con las pruebas de vitalidad de la pulpa y la exploración clínica de los dientes.

Con pocas excepciones los datos clínicos son negativos, es decir la enfermedad carece de signos clínicos apreciables, no hay tumefacción, tumoración o deformación de la región; los dientes están en posición normal, son de color normal y responden normalmente a pruebas de vitalidad pulpar. Finalmente los síntomas subjetivos como el dolor, hipersensibilidad y malestar no se presentan por lo que el diagnóstico de este tipo de lesiones se establece por el cuadro radiográfico y por la ausencia de signos o síntomas clínicos.

Se encuentran algunos casos excepcionales en los que hay agrandamiento y asimetría facial, la corteza inferior y las caras labial o lingual están expandidas.

En algunos casos raros se observa una discoloración purpúrea o azulada de los tejidos gingivales, que hacen pensar en la existencia de una cavidad ósea. La palpación de estas áreas no revelan generalmente consistencia ósea y no hay signos de crepitación del quiste.

Los antecedentes personales no contribuyen al diagnóstico ya que muchos se desarrollan durante la infancia.

Una historia de traumatismo en las primeras épocas de la vida no es esencial para el diagnóstico ya que, incluso si se acepta el traumatismo como causa es raro que

un niño que haya padecido algún tipo de lesión sobre la cara o el maxilar en sus primeros años de vida.

No se ha probado que las enfermedades de la infancia y otras enfermedades generales desempeñen algún papel en la patogenia del proceso.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS.- La lesión es intraósea, radiotransparente, cuyo tamaño oscila entre 1 a 7 cm., o más de diámetro. Su forma puede ser redonda, oval o elíptica y, en algunos casos, adquiere una forma multilobulada, cuyas ramificaciones se extienden entre las raíces de los dientes con los bordes periféricos muy bien delimitados y a veces, acentuados por una delgada línea de hueso esclerótico.

ASPECTOS HISTOLOGICOS.- Las técnicas diagnósticas de laboratorio casi nunca presentan alteraciones demostrables, por ello la concentración de fósforo y calcio sérico, la actividad de las fosfatasas alcalinas y el valor del hemograma son normales, y las exploraciones radiográficas del esqueleto no muestran ninguna anomalía.

Pueden intentarse técnicas aspirativas, pero los resultados son negativos; de algunos quistes óseos traumáticos no se obtiene nada (cavidad ósea seca), mientras de otros puede aspirarse un líquido seco o sanguinolento. Los cultivos hechos de este líquido son negativos.

La principal técnica de diagnóstico consiste en una intervención y exploración quirúrgica. El hallazgo consiste en una cavidad en el hueso que no está rodeada por epitelio o por una cápsula, y que puede o no contener líquido, basta para confirmar el diagnóstico de quiste óseo traumático o ideopático.

Los hallazgos histopatológicos de este quiste son verdaderamente pobres ya que, como máximo se encuentran diminutos fragmentos hísticos, y aunque se sospecha su orf-

gen conjuntivo, la mayor parte de los mismos son de difícil identificación. La técnica quirúrgica empleada como medio de diagnóstico sirve también como tratamiento de elección.

TRATAMIENTO.- La eliminación de una parte de la corteza bucal que está por debajo de la cavidad ósea, la -- eliminación de los residuos orgánicos, permitiendo que el -- espacio se llene con sangre procedente de los tejidos contiguos y la recolocación y sutura de los tejidos blandos que hay por encima produce muchas veces el relleno de la cavidad por hueso.

Sin embargo, en el transcurso de algunos meses -- puede que no se observe una curación completa del proceso.

QUISTE OSEO ESTÁTICO (Cavidad ósea estática, Quiste o defecto de Stafne).

Una forma poco usual de tejido glandular salival ligeramente aberrante es la inclusión de tejido glandular - durante el desarrollo ya sea dentro o adyacente a la superficie lingual del cuerpo de la mandíbula en una depresión - profunda bien circunscrita.

Stafne la reconoció por primera vez en 1942, se han informado numerosos casos y no se debe considerar rara.

En la actualidad se está de acuerdo en que esta entidad es un defecto congénito, aunque rara vez se ha observado en niños y su naturaleza anatómica precisa aún es - incierta. También es inexplicable la tendencia de aparecer más frecuentemente en hombres que en mujeres.

ASPECTOS RADIOGRÁFICOS.- La lesión es asintomática, aparece como una radiolucidez ovoidea, por lo general - situada entre el canal mandibular y el borde inferior de la mandíbula, con frecuencia en el área del segundo o tercer - molar justo abajo del ángulo, en ocasiones es bilateral.

Se ha señalado que el defecto radiolúcido puede - representar un enclavamiento de tejido de la glándula salival dentro de la mandíbula durante el desarrollo embrionario, con más frecuencia, una indentación en la superficie - lingual de la mandíbula con una porción dentro del defecto.

Es considerada un defecto del desarrollo más que una lesión patológica, una vez diagnosticada no requiere - tratamiento.

Se debe diferenciar del quiste óseo traumático - debido a que este se localiza arriba del canal mandibular - en la radiografía, mientras que la depresión glandular salival está por abajo del conducto. Pero a veces es imposible hacer el diagnóstico sin antes efectuar la exploración quirúrgica.

Se puede presentar una depresión lingual anterior, en forma de una radiolucidez similar, asintomática, ovoide o redonda, aparece como una lesión mal circunscrita en alguna parte entre el área del incisivo central y la del primer molar. Esta radiolucidez anterior también representa una cavidad o depresión en la superficie lingual de la mandíbula que están relacionadas con la fosa digástrica o sublingual, o anomalías del desarrollo causadas por la glándula sublingual. Son más raras que la lesión posterior.

COMPLICACIONES.- Una complicación que ha sido reportada algunas veces, es el desarrollo de un neoplasma verdadero central de la glándula salival a partir del tejido, incluso de glándula salival, pero esto es raro.

**C A P I T U L O 6**

**TRATAMIENTO QUIRURGICO**

**DE LOS QUISTES**

**DE LOS MAXILARES**

DIAGNOSTICO DE LOS QUISTES DE LOS MAXILARES.

Los signos principales de un quiste son :

- 1.- Una tumefacción visible de la cara o maxilares, se encuentra relativamente raras veces en los quistes pequeños. Sin embargo los quistes pequeños del antro nasal, o los de la parótida, pueden alterar los contornos faciales.
- 2.- Prominencias palpables en el maxilar o reborde alveolar se encuentran ocasionalmente cuando el quiste ha crecido más hacia la superficie.
- 3.- A menudo se encuentra una hinchazón indolora. Solo el quiste infectado puede presentar un cuadro clínico similar al absceso.
- 4.- A menudo se encuentra una clara delimitación de la tumefacción, lo que por ejemplo no se encuentra generalmente en el absceso.
- 5.- La presión del quiste desplaza la raíz dentaria. La divergencia de las raíces puede ser palpada eventualmente, la convergencia de las coronas muchas veces es visible.
- 6.- El crecimiento del quiste es lento y sin dolores. El descubrimiento del quiste por el profesional ocurre muchas veces, como hallazgo accesorio al hacer radiografías o extracciones.

## A N E S T E S I A .

El propósito principal en el uso de anestesia -- local, es el de colocar entre el estímulo doloroso en la pe riferia y el área receptiva del cerebro un bloqueo o barrera que impedirá la conducción de la transmisión de los impul sos dolorosos de la periferia a las áreas receptoras del -- cerebro. Esto se logra depositando el anestésico local en alguna parte entre estos dos puntos.

El agente anestésico local por sus efectos en la vaina o membrana nerviosa, bloquea la conducción de los im- pulsos nerviosos y produce un estado de anestesia. Idealmente el agente anestésico local se coloca adyacente al paquete vasculonervioso principal, de tal manera que produzca un estado de anestesia en la totalidad del campo cubierto -- por la distribución del nervio afectado. Esto es llamado -- bloqueo nervioso. Por lo tanto, cuando la solución anestésica es colocada al lado del nervio dentario inferior en su entrada a la mandíbula en el agujero dentario inferior, se bloquean todos los estímulos dolorosos que emanan de las -- zonas inervadas por las ramas terminales del nervio mandibular.

A algunas veces no es posible colocar la solución anestésica adyacente al paquete vasculonervioso principal, debido a la inaccesibilidad del nervio principal. En este caso, el anestésico local puede ser depositado alrededor de la zona de la cual emana el dolor. Solamente las fibras -- nerviosas en la zona localizada de la infiltración serán -- afectadas por la solución anestésica. Esto se llama anestesia por infiltración. Por lo tanto, en el maxilar, donde los principales paquetes nerviosos que proporcionan inervación a los dientes del maxilar no son accesibles con facili dad, puede emplearse anestesia por infiltración para obtener un bloqueo local adecuado.

Independientemente de la técnica que se emplee, -

ya sea un bloqueo nervioso directo o anestesia por infiltración, el método de acción del anestésico es el mismo.

La diferencia estriba en la localización en la cual los impulsos son bloqueados y la distribución de la anestesia lograda.

#### ANESTESIA LOCAL PARA LOS QUISTES DEL MAXILAR SUPERIOR.

Región Anterior.- Incisivos y Caninos. La anestesia para los quistes ubicados en esta región, debe ser infraorbitario, completada; siempre por el lado palatino, aplicando las técnicas intra o extrabucal (infraorbitario).

Región Media y Posterior.- Premolares y Molares. Los quistes pequeños que clínica y radiográficamente no tienen relaciones con el seno maxilar, pueden ser enucleados con anestesia local.

Los quistes grandes, con invasión de los órganos vecinos, para su intervención requieren la anestesia regional realizada a la altura de los nervios dentarios posteriores o la anestesia del tronco del nervio maxilar superior, a la salida del agujero redondo mayor, en plena fosa pterigomaxilar.

La anestesia puede realizarse según las diferentes técnicas y; por vía intra o extrabucal es completada con anestesia local, vestibular y palatina.

Siempre es preferible en los quistes con invasión sinusal, hacer una amplia anestesia, por si hubiera que intervenir en dicho órgano.

La técnica extrabucal, por los procedimientos conocidos, es de útil aplicación en estos casos.

Como toda intervención, en estos procesos es aconsejable hacer una anestesia más extensa que los límites del tumor quístico, para evitarnos sorpresas operatorias.

No hay que olvidar el detalle de que, aún quis-

tes pequeños pueden estar íntimamente ligados a la cavidad - sinusal, requiriendo la intervención sobre el seno y la siguiente ventilación, por el meato inferior.

#### ANESTESIA DE LOS QUISTES DEL MAXILAR INFERIOR.

En las intervenciones de los quistes del maxilar inferior, se emplea la anestesia regional, realizada a la altura de la espina de Spix. Esta anestesia, completada -- por vía intrabucal, bloqueando el nervio bucal, y en algunos casos extrabucal, anestesiando el plexo cervical superficial, nos permite intervenir aún en los quistes grandes - del maxilar inferior.

Las partes blandas, que cubren el maxilar inferior, son sensibles cuando se operan los quistes, si no se tiene la precaución de anestesiarse este plexo.

Los grandes quistes de la región mentoniana, pueden ser intervenidos con anestesia local.

En algunos casos (quistes mayores, está indicada la doble anestesia regional), en la espina de Spix o en el agujero mentoniano.

A pesar de que teóricamente, la anestesia del -- nervio dentario, bucal y del plexo, suprime la sensibilidad del hueso maxilar inferior, se presentan casos en los cuales, todos los tiempos operatorios pueden ser realizados -- sin que el paciente perciba dolor, a excepción de la enucleación de la bolsa quística.

Inervaciones que provienen sin duda de la cara - interna, y piso de la boca, o anastomosis que escapan a las previsiones, hacen sumamente sensible la extirpación del -- saco quístico; la vecindad con el conducto dentario inferior, a pesar de los perfectos síntomas de anestesia, origina dolor en el momento de la operación. La solución no -- siempre es sencilla, pues a pesar de todas las precauciones tomadas, la operación resulta dolorosa.

Ante el temor de fracaso, ante anestésias infiltrativas, que pudieran resultar insuficientes, no se debe dudar en indicar la anestesia general, por los procedimientos estudiados.

Pacientes temerosos o pusilánimes, o simplemente hipersensibles, constituyen problemas en la cirugía de los quistes de ambos maxilares.

La intubación del paciente, de indicarse, debe realizarse, para comodidad de la operación por vía nasal; en la cirugía de los quistes del maxilar superior, el tubo nasal se colocará en el lado opuesto en que se realizó la operación, para hacer factible el último tiempo de la operación de Caldwell-Luc.

## TECNICA QUIRURGICA.

Sin tomar en cuenta la etiología, naturaleza o localización de los quistes, existen dos métodos de tratamiento.

Método de Partsch I o marsupialización, por medio del cual el quiste se descubre quitando la bóveda y haciendo la cubierta quística continua con la cavidad bucal o las regiones adyacentes.

Método de Partsch II o enucleación de todo el quiste.

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 a las fibras y troncos nerviosos de la región, control de la hemorragia, técnica aséptica, manejo traumático 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 sanamejor y con menor dolor posoperatorio que cuando el tejido es desgarrado, lacerado o suturado directamente sobre un defecto óseo.

METODO DE PARTSCH I O MARSUPIALIZACION.- El concepto del método de Partsch I, 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 resumen, la técnica consiste en practicar una incisión que nos permita abordarlo, la ostectomía de la porción ósea que lo cubre, apertura y vaciamiento del quiste.

te conservando su hemisferio interno.

Por este procedimiento, el quiste se aplana y -- en un tiempo desaparece.

Está indicado en aquellos quistes de gran tamaño o de tamaño mediano, en los cuales la enucleación de la bolsa traería aparejados trastornos por parte del hueso (hemorragias, fracturas, apertura del seno maxilar), y por parte de los dientes (lesión de la pulpa de los dientes vecinos).

Las ventajas del método de Partsh I son las siguientes:

Sencillez de ejecución. buena visualización de -- la cavidad, la superficie ósea queda cubierta en toda su -- extensión, por epitelio, se evita la infección ósea y le-- sión de dientes vecinos porque se conserva la bolsa quística.

La técnica de Partsch I sigue las directivas señaladas para toda intervención quirúrgica intramaxilar.

Sus tiempos quirúrgicos son:

- 1) INCISION.- Las condiciones de una buena incisión son:
  - a).- Ser de un solo trazo.
  - b).- Debe ser hecha por deslizamiento no por presión.
  - c).- Debe ser de forma y amplitud adecuada y suficiente.
  - d).- Con la profundidad requerida (en el caso de los maxilares debe ser hasta perióstio).
  - e).- Con apoyo óseo.
  - f).- No se deben dejar líneas secundarias o esfacelos.
- 2) DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.- Las condiciones de un buen colgajo son:

- a).- Base suficientemente amplia para un buen --  
aporte sanguíneo.
  - b).- Proporcionar buena Visibilidad.
  - c).- Debe ser suficientemente amplio pero no ex-  
cederse.
  - d).- Debe contar con buen soporte óseo.
  - e).- Debe ser mucoperiostico.
- 3) OSTECTOMIA.- (Con fresas o con cinceles).
  - 4) TRATAMIENTO DE LA BOLSA QUISTICA.- (Eliminación-  
de la porción anterior para comunicarla con la -  
cavidad bucal).
  - 5) TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE.- ( Apicectomía,  
obturación retrograda, extracción).
  - 6) TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES Y DIENTES VECINOS.
  - 7) TRATAMIENTO POSOPERATORIO.- (Antibioticoterapia,  
compresas frías, analgésicos, reposo absoluto --  
por lo menos el día de la operación).

#### RESULTADOS DEL METODO DE PARTCH II.

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

En estas palabras está condensado el éxito del -  
método, que tiene sus formales indicaciones y es tan feliz-  
en sus resultados.

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

METODO DE PARTSCH II O ENUCLEACION TOTAL.

El método radical de Partsch consiste esencialmente en la completa enucleación de la bolsa quística. La cavidad ósea que lo aloja queda por lo tanto vacía, y el mecanismo de su relleno se hace de dos maneras, según las derivaciones, de las cuales depende la regeneración ósea, son las siguientes:

- A) Método de Partsch II, con sutura.
- B) Método de Partsch II, sin sutura, obturando la cavidad ósea, con distintos materiales.

En el primero, la cavidad ósea se llena de sangre y de la organización del coágulo depende la osificación.

En el método sin sutura, la cavidad se tapiza lentamente de epitelio y por un mecanismo análogo, por el cual se aplanan los quistes en el método de Partsch I, tiene lugar la regeneración de las cavidades patológicamente creadas por el proceso.

A) METODO DE PARTSCH II, CON SUTURA.

Las indicaciones de este método son las siguientes: Todos los quistes de un diámetro no mayor de 3 cm.

Para quistes mayores, la operación debe terminarse con taponamiento.

El peligro del método con sutura, reside en que el coágulo puede infectarse y supurar, con todas las secuelas que una infección de esta clase trae aparejadas.

La obturación de las cavidades quísticas con sustancias hemostáticas, antisépticas y obturadoras de espacio, salva los inconvenientes de la infección y retracción del coágulo.

El método de Partsch II, con sutura inmediata tiene grandes aplicaciones, sobre todo circunscribiéndose a las indicaciones. Estas residen más en el estado del quiste que en su volumen (siempre que no exceda en mucho -

al señalado, 3 cm.). El método solo debe aplicarse a quistes estériles. Los infectados deben operarse por el método abierto.

La indicación será en el momento operatorio, al apreciar las condiciones de la bolsa quística y de su contenido. La antibioticoterapia no modifica los índices de infección, señalados.

TIEMPOS QUIRURGICOS DEL METODO DE PARTSCH II, --  
CON SUTURA.

- 1) INCISION.
- 2) DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.
- 3) OSTECTOMIA.
- 4) ENUCLEACION DE LA BOLSA QUISTICA.
- 5) TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES VECINAS.
- 6) TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE.
- 7) TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.
- 8) SUTURA. (Fin del procedimiento quirúrgico).
- 9) TRATAMIENTO POSOPERATORIO.

B) METODO DE PARTSCH II, SIN SUTURA.

(Obturando la cavidad ósea con distintos materiales).

La operación sigue en todo las normas señaladas para el método con sutura. Los tiempos son los mismos, con la única variación residiendo en los tiempos séptimo y octavo.

- 1) INCISION.
- 2) DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.
- 3) OSTECTOMIA.
- 4) ENUCLEACION DE LA BOLSA QUISTICA:
- 5) TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES VECINAS.
- 6) TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE.
- 7) TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.- Terminada la enucleación de la bolsa quística y alisados los bordes óseos, se lava la cavidad y se se-

ca.

El labio del colgajo, se introduce dentro de la cavidad ósea y sobre él y rellenando la -- cavidad se aplica la gasa de obturación.

- 8) TRATAMIENTO POSOPERATORIO. - En el posoperatorio se deben cambiar las gasas a las 48 hrs., y se repite durante 5 o 6 sesiones.

A los 20 o 30 días, la cavidad ósea está epitelizada y durante largo tiempo tiene lugar - su proceso de reducción, (5 o 6 meses).

### COMPLICACIONES POSOPERATORIAS.

Las posibles complicaciones de la enucleación o marzupialización de los quistes congénitos y embriológicos incluyen: tumefacción, infección, formación de hematomas, traumatismo de nervios motores y sensitivos, hemorragia primaria o secundaria, fístula bucal, fractura de huesos y obstrucción de vías respiratorias.

El traumatismo de nervios motores y la obstrucción de vías respiratorias ocurren principalmente al extirpar lesiones en las cuales se debe hacer disección en cuello y región submaxilar.

La mejor manera de evitar complicaciones es prevenirlas mediante un diagnóstico completo, un buen juicio quirúrgico y una técnica quirúrgica correcta.

Sin embargo las complicaciones ocurren y se debe conocerlas para tratarlas cuando se presenten.

El edema es normal y fisiológico después de procedimientos quirúrgicos en maxilar y mandíbula. La mayor parte de estas operaciones son traumáticas y la retracción prolongada de los tejidos contribuye a obstaculizar el drenaje linfático normal de la región. Esto, aunado con la reacción inflamatoria, produce edema y tumefacción. Debe advertirse esto al paciente, y que espere el máximo de hinchazón alrededor del segundo día posoperatorio, desaparecerá gradualmente si no hay infección secundaria ni formación de hematomas. Indicar la aplicación de frío en las primeras ocho a diez hrs., que siguen a la operación. Se pueden recetar agentes antiinflamatorios como corticoesteroides y enzimas de plantas y animales, para controlar el edema posoperatorio. Pero deben administrarse con un conocimiento completo de sus posibles efectos secundarios y contraindicaciones.

La posibilidad de infección puede ser mínima --

usando antibióticos y una buena técnica quirúrgica, y siguiendo estrictamente las reglas de asepsia.

Cualquier infección aguda que se presente en estas lesiones debe dominarse totalmente antes de realizar cualquier intervención quirúrgica. Deben elegirse cuidadosamente los antibióticos y se administrarán en dosis terapéuticas.

El hematoma puede evitarse cohibiendo la hemorragia inicial y por el uso de apósitos y presión. Los vasos de grueso calibre deben ser ligados, pero a veces la hemorragia proviene de regiones inaccesibles a la ligadura y se cohibe por la presión. Los colgajos de tejidos blandos deben suturarse bien y se aplicará presión externa adecuada en la herida durante las primeras ocho horas de posoperatorio.

Un hematoma persistente de fácil acceso, debe ser aspirado y drenado, de otra manera ocurrirán disgregación del coágulo y drenaje séptico.

En período incipiente de la formación de hematoma, puede ser útil la terapéutica enzimática, con hialuronidasa, por ejemplo, pero debe evitarse si hay peligro de infección secundaria.

Los troncos nerviosos sensitivos generalmente están desplazados por las lesiones quísticas, y muchas veces puede separarse la pared del quiste del nervio, por disección cuidadosa. Cuando se descubre un nervio sensitivo en una cavidad, suele aparecer parestesia, la duración de esta no puede predecirse porque la velocidad de regeneración del nervio varía considerablemente. Los troncos nerviosos grandes no se cortan durante el procedimiento quirúrgico cuidadoso y suele recuperarse la sensibilidad. Los pequeños nervios que se sacrifican en las regiones quirúrgicas de ordinario tienen inervación cruzada de manera que el

efecto inmediato no es notado por el paciente. Debe advertirse al paciente de esta complicación, y entonces puede aceptar la pérdida de la sensibilidad, diciéndose que un -- traumatismo del quinto par afecta solo la sensibilidad y no la función motora, de manera que no ocurrirán cambios patentes en la cara.

Sin embargo cuando se realizan disecciones de tejidos blandos, debe conocerse la anatomía del nervio facial, pues la lesión de este nervio motor producirá parálisis.

La hemorragia primaria debe cohibirse durante la operación. La secundaria generalmente ocurre cuando se ha traumatizado un vaso grande al operar.

Algunas veces el vaso puede identificarse y ligarse.

Las fístulas buconasales o bucoantrales a veces resultan de haber elegido mal los procedimientos quirúrgicos o de error en la técnica.

También puede ser resultado de una relación anatómica normal de alguna enfermedad con las estructuras -- existentes. Esta complicación puede evitarse por una disección cuidadosa; la pared quística frecuentemente puede despegarse de otras membranas sin penetrar en cavidades nasales o antral. El método de Partsch I, cuando se puede aplicar evitará esta complicación. Si ocurren pequeñas aberturas, suele lograrse la curación adecuada por sutura cuidadosa y las instrucciones detalladas al paciente. El cuidado posoperatorio es de gran importancia en muchos casos para evitar la formación de una fístula que necesita cierre secundario.

Debe evitarse la infección secundaria, se recomienda al paciente estornudar con la boca abierta para evitar la fuerza excesiva en la región donde la herida comunica con la cavidad bucal.

El hueso se debilita por la presencia de un quiste, la magnitud del debilitamiento depende del tamaño y la extensión de la lesión. La posibilidad de fractura durante la cirugía suele ser remota, a menos que se produzca traumatismo excesivo sobre el hueso o que ambas corticales sean muy delgadas. El traumatismo al hacer un movimiento de torsión es más capaz de fracturar el hueso que la presión directa.

La profilaxia es la mejor terapéutica; debe utilizarse una técnica quirúrgica cuidadosa, particularmente en los quistes que contienen dientes que no han hecho erupción y que son difíciles de extraer.

Si ocurre fractura, se debe eliminar el quiste y después empacar gasa o partículas de hueso para mantener la posición de los fragmentos y evitar su desplazamiento.

Se debe hacer fijación intermaxilar.

Cuando existen quistes voluminosos en maxilares, debe aconsejarse al paciente evitar traumatismos, antes y después de la operación, ya que un golpe puede ocasionar fractura en un hueso debilitado más que en uno normal.

### CONCLUSIONES.

El Cirujano Dentista tiene la obligación y la -- gran responsabilidad de examinar cuidadosa y minuciosamente a sus pacientes, ya que de esta forma puede llegar oportunamente al diagnóstico precoz de alguna alteración por mínima que esta sea.

Se intenta destacar la importancia que tienen -- los quistes de los maxilares, para despertar el interés del Cirujano Dentista de práctica general, aunque no se dedique específicamente a la Patología Oral y la Cirujía Bucal, debe saber reconocer y resolver algunos casos de ellos por su relativa frecuencia y sencillez de tratamiento.

El tema puede considerarse importante ya que es apasionante, debido a la gran confusión a que se prestan -- estas lesiones por su similitud con otras, tanto clínicas como radiográficamente, de ahí que el Cirujano Dentista deba tener un conocimiento básico de la Patología Bucal para poder establecer un diagnóstico diferencial entre una enfermedad benigna y una maligna, ya que de esto depende en muchas ocasiones la vida de un paciente.

Es por lo tanto necesario insistir en la elaboración de una historia clínica completa y minuciosa de cada paciente, complementándola con pruebas de laboratorio y estudios radiográficos.

Es obligación del Cirujano Dentista el establecer un diagnóstico precoz del padecimiento, y no esperar el avance de la lesión para poder establecer el diagnóstico y tratamiento de dicha lesión, de esto dependerá en muchas -- ocasiones la integridad de la cavidad bucal y en ocasiones la misma vida del paciente.

Todo tejido obtenido de un acto quirúrgico, deberá ser preparado para un estudio histopatológico completo, -- para de esta manera obtener el resultado y comparar con el

diagnóstico establecido y saber si se obró de la manera adecuada o si se deben tomar algunas otras medidas.

El Cirujano Dentista de práctica general se verá limitado en algunas ocasiones para realizar el tratamiento adecuado o el diagnóstico de algún tipo de lesión, deberá ser honrado y reconocer su limitación y deberá poner al paciente en manos de un especialista, y no por esto su reputación se dudará, sino por el contrario estará haciendo uso de su ética profesional.

Es muchas veces mejor no realizar un tratamiento que realizarlo mal y poner en peligro la integridad del paciente.

Concluyendo, las lesiones quísticas son una entidad, que aunque rara, se presentan en el ser humano y se deben diagnosticar y tratar para evitar alteraciones mayores, y el Cirujano Dentista tiene la obligación de saber reconocerlas y tratarlas.

B I B L I O G R A F I A

- KRUGER, Gustav O. (Dr.)  
Tratado de Cirugía Bucal  
4a. Edición, México 1979.  
Edit. Interamericana, S. A.
- RIES, Centeno Guillermo A.  
Cirugía Bucal  
8a. Edición, abril 1979.  
Edit. "El Ateneo" Buenos Aires.
- ZECARELLI, Edward V. D.D.S. M.S., et. al.  
Diagnóstico en Patología Oral.  
Reimpresión 1978.  
Salvat / Editores.
- SHAFER, G. William (Dr.) et. al.  
Tratado de Patología Bucal.  
Traducido al español por la Sra. Marina G. de Grandi.  
Editorial "Interamericana"  
3a. edición, 1977.
- GORLIN, Robert. J. D.D.S.M.D., et. al.  
Patología Oral Thoma  
Salvat Editores, S. A.  
1a. Edición 1973.  
Reimpresión 1975.
- BHASKAR, S. N. B.D.S. D.D.S. M.,  
Patología Bucal.  
2a. Edición, Julio 1977.  
Edit. "El Ateneo", México.

HARNISCH, Herbert (Dr.)

Clínica y Terapéutica de los Quistes Maxilares.  
Traducido al Español por el Dr. Bernardo Schwarcz, Berlín y Chicago 1973.

GURALNICK, Welfer L. (Dr.) D.M.D.

Tratado de Cirugía Oral.  
Salvat, Editores, S. A.

WAITE, D. E.

Tratado de Cirugía Bucal Práctica.  
2a. Edición en Español de la 2a. Edición en Inglés, Octubre 1984.  
Cía. Ed. Continental.

COSTICH, Emet (Dr.) et. al.

Cirugía Bucal.  
" Editorial Interamericana "  
Edición 1974.  
Traducción Dra. Georgina Guerrero.