



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**ETIOLOGIA Y CLASIFICACION DE LOS QUISTES
EN CAVIDAD ORAL**

Tesis Profesional

**Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA**

p r e s e n t a

MA. TERESA MENDOZA SANDOVAL



Ve B^o
[Handwritten signature]

México, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION.

DEFINICION.

ASPECTOS GENERALES.

HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA.

EVOLUCION (Marcha Clínica).

CLASIFICACION.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

TRATAMIENTO.

COMPLICACIONES.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Lo que nos motivó a elaborar esta tesis fue la presencia de un caso clínico de una patología quística en cavidad oral. Esta enfermedad poco frecuente en la práctica odontológica, nos despertó el interés que debe tener el profesional como el estudiante, en tener el conocimiento necesario para poder diagnosticar un quiste dentro de los maxilares y mandíbula, así como en tejidos blandos de la cavidad oral, al existir una gran variedad de este tipo de lesión.

El Odontólogo debe tener los conocimientos suficientes de esta enfermedad para aplicar un diagnóstico positivo y así encaminarla a una buena terapia, debido a la presencia de procesos inflamatorios que nos obligue a tomar decisiones rápidas.

La descripción de casos patológicos típicos ayudan al Odontólogo a llevar una buena comparación con un caso clínico que se presente.

Al estudiante le ofrecemos la oportunidad de ampliar su conocimiento.

DEFINICION

Por quistes se entienden formaciones uni o multicavitarias patológicas en forma de saco, circundados por cápsulas que pueden encontrarse en todas partes del cuerpo, tienen un contenido líquido o pastoso y cuyas paredes son de origen epitelial o endotelial. Puede estar situado enteramente dentro de tejidos blandos o profundamente en el hueso o localizarse sobre una superficie ósea y producir una superficie depresible.

Dentro de los maxilares, el epitelio puede tener su origen en el epitelio odontogénico (es decir, los restos de la lámina dental o los órganos del esmalte de los dientes). La proliferación y degeneración quística de este epitelio da lugar a quistes odontogénicos. Están comprendidos dentro de esta categoría el quiste dentigero, quiste de erupción, quiste gingival de recién nacido, quiste periodontal y gingival laterales, quiste odontogénico queratinizante y calcificante, quiste radicular y queratoquistes odontogénicos.

Los quistes no odontogénicos derivan de los restos epiteliales del tejido que cubre los procesos primitivos que participan en la formación embrionaria de la cara y maxilares, el epitelio deriva de las células epiteliales que quedan atrapadas entre los procesos embrionarios de los huesos en las líneas de unión. Estos así llamados quistes fisurales incluyen el quiste globulomaxilar, quiste nasopalveolar quiste mandibular mediano, quiste lingual anterior, quiste dermoide y epidermoide y quis-

te palatino de recién nacido. Los quistes no odontogénicos también pueden tener su origen en los restos del conducto nasopalatino, que originan el quiste nasopalatino.

Los quistes se originan mayormente por retención. Pueden ser congénitos o adquiridos. Además conocemos quistes de reabsorción (por ejemplo viejos hematomas) y quistes histolíticos (por ejemplo quistes ganglionares).

En el habla clínico se incluye también estos pseudoquistes reabsorptivos e histolíticos entre los quistes. Este grupo de pseudoquistes de los maxilares está formado por el quiste óseo aneurismático, quiste óseo estático y quiste óseo solitario. Ninguno de estos quistes está tapizado por epitelio. El quiste óseo estático parece ser un defecto óseo congénito y el trauma se ha considerado como agente etiológico para el quiste óseo aneurismático y el quiste óseo solitario.

ASPECTOS GENERALES

Los quistes se manifiestan clínicamente a causa de su expansión dentro del tejido circundante, pero sólo raras veces causan aflojamiento de los dientes a no ser que sean muy grandes. En muy raras ocasiones la presencia de un quiste se revela por una fractura patológica o porque el paciente advierte la falta de un diente y acude a la consulta por curiosidad.

Muchos quistes permanecen pequeños y producen poca o ninguna dilatación. Se descubren solamente en un examen radiológico habitual.

Cuando un quiste se dilata, ejerce una estimulación en el periostio por lo cual éste deposita hueso nuevo; esto se revela clínicamente en forma de una prominencia indolora, dura y suave. Al continuar la dilatación, el hueso suprayacente adelgaza y se hunde por la presión del dedo, produciendo muchas veces un crujido de cáscara de huevo. Finalmente, puede desaparecer incluso esta cáscara ósea, quedando el quiste cubierto únicamente por la mucosa bucal. Puede descargar entonces su contenido dentro de la cavidad bucal y luego aparecer una infección secundaria.

Sin embargo, solamente un pequeño porcentaje de quistes atraviesa todos estos estadios; con frecuencia se trata de quistes radicales y dentígeros. Así, los quistes fisurales generalmente permanecen pequeños, con la excepción de algunos casos de quiste globulomaxilar o nasopalatino.

ASPECTOS EMBRIOLÓGICOS E HISTOLÓGICOS.

En el embrión de más o menos de 1.3 a 1.4 cm de largo - - aproximadamente a las 6 1/2 semanas de edad, empieza el desarrollo dental. En esta época el epitelio de la cavidad bucal crece hacia la profundidad en el tejido conjuntivo, allí donde más tarde se formarán las apófisis alveolares. En el embrión de 2 cm de largo, se encuentra ya una delgada cinta epitelial sobre la cual se forman luego nudos, y finalmente formaciones campaniformes, correspondientes al número de los dientes temporarios. El epitelio es conductor y organizador de la formación de los dientes, si bien la masa principal del diente proviene del tejido conjuntivo. La cinta epitelial en el tejido conjuntivo se llama lámina o listón dental.

En el embrión de 8.7 cm de largo el listón dental crece hacia lateral en el tejido conjuntivo y forman el listón dental accesorio. A mediados del 3 mes de embarazo ya están formados los órganos del esmalte, como gérmenes dentarios primitivos. En la formación campaniforme se puede ya distinguir epitelio adamantino exterior e interior y la pulpa adamantina entre ellos.

Simultáneamente se forma en la papila dental desde el tejido conjuntivo, la pulpa primitiva. Luego se transforma en la definitiva. Finalmente se desarrolla desde la papila dental la dentina y desde los ameloblastos del epitelio adamantino interior, el esmalte.

La pulpa adamantina y la papila dental están envueltos por un tejido conjuntivo rico en fibras. Esta envoltura del folículo dental se -

llama saco dentario. El órgano de esmalte constituye la matriz formativa para el desarrollo de la corona dentinaria y finalmente también para la raíz dentaria. La formación de tejido duro (primero la dentina) empieza a fines del 5 mes de embarazo.

Después de haberse formado el esmalte desaparece la pulpa adamantina primaria y ahora se unen el epitelio de esmalte interno y externo. Este epitelio adamantino unido del período embrional más tarde formará el tapizado epitelial del quiste folicular.

Desde los bordes del folículo dentario, termina la formación del esmalte, ese epitelio unido crece hacia la profundidad, y como vaina de Hertwing preforma la raíz. En el interior de este tubo epitelial se diferencian odontoblastos de las células conjuntivas que producen la dentina de la raíz. En realidad, según W Meyer, el epitelio no crece hacia la profundidad, sino durante el crecimiento del proceso alveolar y de la corona se forma la raíz. Los ameloblastos producen el último producto, o sea la cutícula de esmalte. Al erupcionar el diente, el epitelio adamantino unido se unifica con el epitelio de la mucosa bucal, con lo cual finalmente en el diente erupcionado se origina el borde gingival definitivo.

En la superficie externa de la raíz se diferencian células conjuntivas del saco dentario, los cementoblastos, que forman el cemento de la raíz. El tejido conjuntivo del saco dentario penetrante, destruye la vaina epitelial encima de la dentina, quedando solo restos epiteliales. De los fascículos de tejido conjuntivo se forman las fibras de Sharpey, -

que insertan por una parte en el cemento y por otra en la lámina interna del hueso alveolar. De la vaina epitelial de Hertwing, al final quedan en el desmodonto del adulto algunos islotes epiteliales, los cuales estimulados por irritaciones, pueden ser la causa para quistes radiculares, como lo vemos a menudo.

La bolsa del quiste maxilar siempre está tapizada de epitelio. No se puede reconocer si este epitelio proviene de los restos de Malassez, o si se trata de un epitelio crecido desde la cavidad bucal, pues los restos epiteliales de Malassez también son epitelio bucal.

Encontramos muy diversos tipos de epitelio en los quistes.

Cuando la inflamación dentro del quiste ha desaparecido completamente se encuentra una capa densa de epitelio sin claros. Si hay todavía alteraciones inflamatorias intensas, entonces el epitelio presenta en su profundidad infiltraciones de células redondas y en la superficie ulceraciones. En estos casos, el contenido del quiste muchas veces es purulento, y solo los cristales de coles-terina permiten la distinción entre absceso y quiste. Al licuarse el pus en el quiste se libera coles-terina, que se deposita en forma de cristales como piedras de amolar.

Si encontramos en quistes epitelio ciliar, entonces este debe provenir de la nariz o del seno maxilar, comprobado en algunos casos.

MARCHA CLINICA (Evolución)

En la marcha clínica por lo general todos los quistes pasan por cuatro etapas, muy importantes para su diagnóstico.

I. - ETAPA SILENCIOSA.

Nadie sabe que se está formando un quiste, puede estar latente, solamente con una radiografía de rutina se podría diagnosticar.

II. - ETAPA DE DEFORMACION.

Se hacen ósteosensibles y pueden provocar asimetría facial, desplazamiento de piezas vecinas y elementos anatómicos cerca de él. Puede ser asintomático y en ocasiones sintomático.

III. - ETAPA DE EXTERIORIZACION.

En esta etapa el quiste destruye la tabla ósea, por su expansión ya no cabe en el hueso, el quiste está crepitante. Esta etapa de crepitación o en posición apergaminada, lo único que detiene al quiste es la mucosa (tejido blando).

IV. - ETAPA DE SUPURACION.

La mucosa no puede sostener el volumen del quiste, llegando a formarse una fístula (drenado), en esta etapa el quiste puede llegar a infectarse y provocar dolor, malestar general por una infección secundaria.

Aquí los quistes dejan de crecer porque se pierde la presión osmótica, esta etapa es favorable para el tratamiento de muchos quistes (supuración).

CLASIFICACION

QUISTES ODONTOGENICOS.

Quiste dentígero.

Quiste de erupción.

Quiste gingival en recién nacidos.

Quiste periodontal y gingival laterales.

Quiste odontogénico queratizante y calcificante.

(Tumor quístico queratizante).

Quiste radicular (periapical) y, residual.

Queratoquistes odontogénicos.

a) Quiste primordial.

b) Queratoquistes múltiples de los maxilares carcinoma -
mas basocelulares nevoides cutáneos múltiples y - -
anomalías esqueléticas.

QUISTES NO ODONTOGENICOS Y FISURALES.

Quiste globulomaxilar (premaxilar-maxilar).

Quiste nasopalveolar (nasolabial, de Klestadt).

Quiste nasopalatino (maxilar anterior mediano).

Quiste de la línea media del maxilar o quiste medio alveolar.

Quiste mandibular mediano.

Quiste lingual anterior.

Quiste Dermoide y Epidermoide.

QUISTES DEL CUELLO, SUELO BUCAL Y GLANDULAS SALIVALES.

Quiste del conducto tirogloso.

Quiste linfoepitelial (hendidura branquial).

Quiste bucal con epitelio gástrico o intestinal.

Quiste de la glándula salival.

Mucocele y Ránula.

Higroma quístico.

SEUDOQUISTES DE LOS MAXILARES.

Quiste óseo aneurismático.

Quiste óseo estático.

Quiste óseo traumático (hemorrágico, solitario).

QUISTES ODONTOGENICOS

QUISTE DENTIGERO (Quiste folicular).- El quiste rodea a la corona de un diente no salido de la dentadura regular (aproximadamente el 95%) o supernumerario. Probablemente tiene su origen en una alteración del epitelio reducido del esmalte después de haberse formado por completo la corona. Hay acumulación de líquido entre este epitelio y la corona del diente. Sin embargo, este quiste puede derivar de la degeneración quística de los restos de la lámina dental. Si la degeneración del retículo estrellado hubiera ocurrido antes de la formación de la corona dental, el resultado hubiera sido un quiste primordial o uno vinculado a un diente con hipoplásia adamantina y no es este el caso. Otra explicación de la patogenia del quiste dentigero es que se origina por proliferación y transformación quística de islas de epitelio alojadas en la pared de tejido conectivo del folículo dental, hasta afuera de ella, y que este epitelio transformado se une después con epitelio folicular de revestimiento para formar una cavidad quística única alrededor de la corona del diente. Casi siempre, este quiste afecta la corona de un diente permanente normal, o está vinculada a ella. Raras veces ataca a una pieza primaria. De ordinario, es fácil hacer el diagnóstico por solo la radiografía, aunque a veces esto no es así.

Es necesario distinguir el saco folicular agrandado y el quiste dentigero. Dachí y Howell mostraron que el 37% de los terceros molares inferiores retenidos y el 15% de los terceros molares superiores retenidos tenían una zona de radiotransparencia pericoronar. Sin embar-

go, solamente el 11% eran bastantes grandes para ser considerados como quistes dentígero.

Normalmente se considera que es necesario una anchura del espacio pericoronar de 2.5 mm o más como requisito mínimo para el diagnóstico de un probable quiste dentígero.

Es bastante difícil determinar la frecuencia de los quistes dentígeros. Mourshed encontró que de cada 500 pacientes sometidos a exámenes radiográficos bucales completos tenían uno o más quistes dentígeros. Si eran relacionados con los dientes sin salir había 3.6 quistes dentígeros por 100 pacientes que tenían por lo menos un diente sin salir. Por otra parte, 2.6% de los pacientes con dientes sin salir tenían quistes dentígeros.

Thoma clasificó los quistes dentígeros en tipo central, lateral y circunferencial según la posición en la cual se desarrolla el quiste en relación con la corona dental.

En el tipo central, el quiste rodea la corona de forma simétrica, moviéndose en una dirección opuesta a la de su fuerza normal de erupción.

En el tipo lateral, el quiste se desarrolla en el lado mesial o distal del diente y se dilata apartándose del diente, envolviendo solo la porción de la corona. Se desarrolla en la parte del órgano del esmalte que persiste después de que la porción que esta encima de la superficie oclusal se ha convertido en cutícula dental. Puede inclinar al diente o desplazarlo hacia el lado no afectado.

En el tipo circunferencial, el órgano del esmalte entero alrededor del cuello del diente se hace quístico, permitiéndolo muchas veces la erupción del diente a través del quiste (como si fuera a través de un agujero en un buñuelo) y produciendo una imagen similar a la del quiste radicular.

Los quistes dentígeros suelen ser solitarios. Sin embargo, cuando son múltiples hay que excluir cualquier posible asociación con el síndrome del carcinoma basocelular nevoide múltiple. Muchas veces el quiste dentígero también puede estar en asociación con la disostosis cleidocraneal y un tipo raro de amelogénesis imperfecta hipoplásica en el cual hay muchos dientes enterrados.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS. - Este quiste está siempre asociado con la corona de un diente retenido. También es posible que el quiste encierre un odontoma compuesto complejo o se relacione con un diente supernumerario. Las localizaciones más comunes de este quiste son las zonas del tercer molar inferior y de los caninos superiores, porque estos son los dientes que con más frecuencia son retenidos.

El quiste dentígero tiene la capacidad potencial de transformarse en una lesión agresiva. La expansión del hueso con la consiguiente asimetría facial, gran desplazamiento de dientes, resorción intensa de las piezas adyacentes y dolor, son las secuelas posibles del agrandamiento continuo del quiste. La lesión quística en un tercer molar inferior retenido puede producir el "ahuecamiento" de toda la rama ascendente has-

ta la apófisis coronoides y cóndilo, así como la expansión de la lámina cortical debido a la presión que ejerce. Junto con esta reacción puede haber un desplazamiento tal del tercer molar que a veces llega a quedar comprimido contra el borde inferior de la mandíbula. En el caso de un quiste de un canino superior, suele haber expansión del sector anterior del maxilar y superficialmente puede parecer una sinusitis aguda o una celulitis.

Un tipo específico de quiste debe ser clasificado como una forma de quiste dentífero; está en asociación frecuente con dientes primarios o permanentes en erupción, en niños. Este suele ser denominado "quiste de brote" o "hematoma de brote". En esencia, se trata de una dilatación del espacio folicular normal sobre la corona de un diente, causada por la acumulación de líquido fístico o sangre. Desde el punto de vista macroscópico, la lesión es una inchazón circunscrita y fluctuante del reborde alveolar en la zona del diente en brote. Cuando la cavidad quística circuncoronaria contiene sangre, es de color violeta o rojo-oscuro; de ahí el nombre de "hematoma del brote". No se conoce la causa de la formación de este tipo de quiste. No requiere tratamiento, puesto que por lo general, el diente brota sin retardo significativo.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS. - El exámen radiográfico del maxilar que tiene un quiste dentífero revelará una zona radiolúcida de alguna manera vinculada con la corona de un diente no brotado. Es posible que la corona dental no erupcionada, o retenida por alguna razón,

esté rodeada simétricamente por esta radiolucidez, aunque hay que tener cuidado en no confundir el espacio circuncoronario o "folicular" normal con un quiste verdadero. En otros casos, la zona radiolúcida se proyecta lateralmente desde la corona dental, en particular si el quiste es relativamente grande o si hubo desplazamiento dental. A esta situación se suele denominar "quiste dentífero lateral".

El quiste dentífero es una lesión unilocular lisa, pero a veces puede presentarse uno con aspecto multilocular. En realidad todos los comportamientos están unidos por una membrana quística continua. En ocasiones, la zona radiolúcida está rodeada de una línea esclerótica que presenta la reacción ósea. En casos de quistes dentíferos evidentemente múltiples, ha de ponerse cuidado en descartar la posibilidad de que se trate del síndrome de quiste odontógeno, nevo basocelular y costilla bífida.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS. - No hay características macroscópicas típicas que puedan ser utilizadas con seguridad para distinguir el quiste dentífero de otros tipos de quistes odontógenos. Se compone de una delgada pared de tejido conectivo con una capa de escaso espesor de epitelio escamoso que tapiza la luz. La formación de brotes epiteliales suele faltar, excepto en los casos que hay infección secundaria. Además, la superficie del epitelio suele estar cubierta de una delgada capa "acanalada" de paraqueratina u ortoqueratina similar a la vista en el quiste primordial y los otros queratoquistes odontógenos. La infiltración de células inflamatorias en el tejido conectivo es común, aunque --

no siempre hay una causa evidente para ello. El contenido de la luz es un líquido amarillo acuoso, poco espeso, a veces con un poco de sangre.

TRATAMIENTO.- El tratamiento de este quiste está regido por el tamaño de la lesión. Las lesiones pequeñas pueden ser enucleadas por cirugía en su totalidad, con poca dificultad. Los de mayor tamaño que producen una pérdida ósea importante y adelgazan en forma peligrosa el hueso, suelen ser tratados mediante la inserción de un drenaje quirúrgico o marsupializarse. Este procedimiento alivia la presión y contrae gradualmente el espacio quístico por aposición periférica de hueso nuevo. Es frecuente la necesidad de recurrir a este procedimiento debido al peligro potencial de fracturar el maxilar si se intentara la enucleación quirúrgica completa.

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

COMPLICACIONES POTENCIALES.- Son varias las complicaciones potenciales relativamente serias que surgen este quiste, además de la posibilidad de una recidiva a causa de la remoción quirúrgica incompleta. Ellas son: 1) formación de un ameloblastoma, derivado del epitelio de revestimiento o de restos del epitelio odontógeno de la pared quística; 2) formación de un carcinoma epidermoide, con las mismas fuen--

tes epiteliales, y 3) formación de un carcinoma mucoepidermoide, básicamente un tumor maligno de las glándulas salivales, a partir del epitelio de revestimiento de quiste dentífero que contiene células secretorias de moco, o por lo menos células con este potencial, vista con mayor frecuencia en los quistes dentíferos vinculados con terceros molares inferiores retenidos.

Tiene gran importancia clínica que se hayan comunicado muchos casos de ameloblastomas originados en la pared de quistes dentíferos, epitelio de revestimiento o asociados con restos epiteliales. Stanley y Diehl revisaron una serie de 641 ameloblastomas y encontraron que -- por lo menos 108 de estas neoplasias, alrededor del 17 por 100, estaban decididamente vinculados a dientes retenidos y a un quiste folicular o dentífero. La disposición a la proliferación epitelial neoplásica con características de ameloblastoma es mucho más pronunciada en el quiste dentífero que en otros quistes. La formación de tal tumor se manifiesta como un engrosamiento nodular de la pared quística, el ameloblastoma mural, pero pocas veces es obvio desde el punto de vista macroscópico. Por ello, no solo es una buena costumbre, sino también un requisito indispensable que todo el tejido de quistes dentíferos sea enviado a un patólogo bucal calificado, para que este realice un minucioso examen macroscópico y microscópico.

El desarrollo de un carcinoma epidermoide en el epitelio de revestimiento del quiste dentífero ha sido adecuadamente documentado en la literatura; en fecha más reciente, Gardner hizo una revisión y --

comunicó ocho casos aceptables entre 25 de carcinoma originado en quistes odontógenos de todos los tipos combinados. Se desconoce cuáles son los factores predisponentes y el mecanismo de formación de esta neoplasia, pero su aparición es inequívoca.

Finalmente, la formación del carcinoma mucoepidermoide, un tipo de tumor de las glándulas salivales,²⁴ está por documentada que la del carcinoma epidermoide de este origen, pero también es una posibilidad. Se ha comunicado la inclusión de tejido glandular salival normal en la porción posterior del cuerpo de la mandíbula, y sin duda, algunos tumores glandulares salivales centrales de esta localización se originan -- en esta fuente. Sin embargo, se comprobaron casos de carcinoma mucoepidermoide central en asociación con quistes dentígeros de terceros molares inferiores retenidos, y si tenemos en cuenta la frecuencia con que se encuentran células secretorias de moco en este epitelio de revestimiento como signo de pluripotencialidad de este último, siempre ha de considerarse esta posibilidad.

QUISTE DE ERUPCIÓN

El quiste de erupción es un tipo poco frecuente de quistes dentígeros asociado con dientes deciduos en erupción o, raras veces, permanentes. Representa una acumulación de líquido hístico o sangre en un espacio folicular dilatado alrededor de la corona de un diente en erupción. Puede ser unilateral o bilateral único o múltiple y existir al nacer. Es raro que el quiste desplace el diente debido a la tensión interna del-

quiste. Raju indicó que los quistes de erupción ocurren con más frecuencia en mujeres.

Clark encontró 6 quistes en 2910 niños, cinco de los cuales -- eran de raza negra. Aún no se ha determinado la importancia de esta -- observación ni su relación con el síndrome de Lowe.

QUISTE GINGIVAL EN RECIEN NACIDOS

Casi todos los embriones humanos después del cuarto mes de la vida fetal y por lo menos el 80% de los recién nacidos tienen pequeños quistes. Estos quistes son nódulos múltiples a veces solitarios, del reborde alveolar del recién nacido o criaturas muy pequeñas, que se originan en los restos de la lámina dental. A este quiste se le han aplicado los epónimos "perlas de Epstein" y "nódulos de Bohn". Según la descripción original, las perlas de Epstein son nódulos quísticos, llenos de queratina que se encuentran a lo largo de la hendidura palatina media o en la unión del paladar blando con el duro, probablemente relacionado -- con el desarrollo de conductos de glándulas salivales o de acinos. Los nódulos, generalmente varios y de color blanco o blanco amarillento. No está claro si la lesión descrita como nódulos de Bohn es totalmente idéntica al quiste de la lámina dental.

Framm, Cataldo y Berkman han publicado trabajos sobre estos diversos tipos de quistes del recién nacido.

Al estudiar cortes de maxilares y mandíbulas de 17 criaturas, Kreshover consignó el hallazgo de 65 ejemplos de quistes gíngivales ---

(38 múltiples y 27 únicos). Estos estaban localizados en el córion debajo de la superficie epitelial. Los de la parte interna de los maxilares - solían estar desplazados hacia lingual con respecto a incisivos y caninos temporales. Los de la parte posterior de la mandíbula se hallaban por oclusal de las coronas de los molares. Suelen tener un diámetro de un milímetro o menos, se hallaban revestidos de epitelio escamoso estratificado y muchas veces está lleno de capas concéntricas de queratina. Kreshover afirmó que en todos los casos las lesiones quísticas se originaban en células de la lámina dental. Maher y Swindle estudiaron a fondo la etiología de estos quistes.

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

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS. - Estos son verdaderos quistes con un delgado revestimiento epitelial y una luz por lo común ocupada por queratina descamada y a menudo, células inflamatorias. Es interesante que la calcificación distrófica y los cuerpos hialinos de Rushton comunes en los quistes dentígeros, sean hallazgos frecuentes en esta lesión.

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

QUISTE PERIODONTAL LATERAL

El quiste periodontal apical es un tipo de quiste odontógeno raro pero bien reconocido. Standish y Shafer presentaron una revisión de la literatura de quistes laterales periodontales y comunicaron una serie de 15 casos. Estos nacen directamente en el ligamento periodontal lateral de un diente brotado y se han sugerido varias posibilidades para explicar como se forma. Se pensó, por ejemplo, que la lesión puede generarse inicialmente como un quiste dentífero a lo largo de la superficie lateral de la corona. Si la expansión de éste es lenta, el brote dental puede ser normal y finalmente el quiste adoptará una posición cercana a la superficie lateral de la raíz. Así mismo se ha pensado que el quiste periodontal lateral se forma directamente en el ligamento periodontal, de restos de Malassez. En este caso, no hay nada que indique la causa de la proliferación.

Así mismo, se ha sugerido un posible origen en los quistes gingivales. Muchos investigadores estudiaron el quiste gingival del adulto y la mayoría concluyó que esta lesión deriva de los remanentes celulares de la lámina dental. En algunos casos durante el crecimiento de los maxilares el quiste gingival llegaría a ubicarse en la superficie radicular lateral, aunque tal posibilidad es bastante remota.

La explicación mas aceptable para el quiste periodontal es que representa simplemente un quiste, es un saco hueco con una pared de tejido merario.

Para denominarse así, debe estar localizado dentro del hueso, no tener ninguna comunicación con la cavidad bucal y estar en aposición con la superficie dental lateral de uno o varios dientes vitales. La predilección de este quiste por originarse en la zona de canino y premolares inferiores se corresponde bien con la conocida frecuencia elevada de los dientes supernumerarios en la zona de premolares inferiores. Soskolne y Shear coinciden en lo referente a este origen del quiste periodontal apical pero, además sugieren que también surge de brote supernumerario de la lámina dental, sin que necesariamente se diferencie primero en órgano del esmalte. Además, opinan que esta lesión debería ser denominada simplemente quiste primordial y reservarse el término "quiste periodontal lateral" para la lesión inflamatoria que nace en el ligamento periodontal lateral, en los restos de Malassez. Esta modificación en la terminología sería por demás conveniente. Sin embargo, el empleo de la denominación "quiste periodontal lateral" para la lesión aquí descrita está tan arraigado en la literatura que ese cambio sería muy difícil y llegaría a confusiones.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El quiste periodontal lateral ha sido registrado principalmente en adultos, pero se han estudiado muy pocas lesiones como para poder extraer conclusiones significativas sobre la edad específica o la predilección por sexo. La mayor parte de estos

quistes han aparecido en la zona de premolares inferiores.

La mayor parte de estos casos no han presentado signos o --
síntomas clínicos, y han sido descubiertos durante exámenes radiográfi-
cos dentales de rutina. A veces cuando el quiste se localiza en la super_
ficie vestibular de la raíz, puede haber una pequeña masa perceptible -
pero la mucosa suprayacente es normal. Si no tiene otra lesión el dien_
te correspondiente tiene vitalidad. Si el quiste se infecta, puede aseme-
jarse a un absceso periodontal lateral y hasta trata de establecer el - -
drenaje.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS. - La radiografía periapi_
cal revela al quiste periodontal apical como una zona radiolúcida en opo_
sición a la superficie lateral de una raíz dental. Por lo común la lesión
es pequeña raras veces mayor de un centímetro de diámetro y puede -
no ser muy bien circunscrita. En la mayor parte de los casos, los bor_
des son definidos y a veces está rodeada de una delgada capa de hueso-
esclerótico.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS. - En esencia el quiste es
un saco hueco con una pared de tejido conectivo revestido, en la super-
ficie interna de una capa de epitelio escamoso estratificado. Este epite-
lio suele ser delgado y ofrece pocos signos de proliferación. A veces, -
el epitelio tiene un aspecto peculiar, en el sentido que las células indi-
viduales tienen citoplasma claro y núcleo pequeño intensamente teñido. -
En algunos casos, este epitelio forma paraqueratina u ortoqueratina y -

entonces el quiste se clasificaría como queratoquiste odontógeno. Sin embargo, en otros no hay evidencia de la formación de queratina. Las invaginaciones papilares de la pared quística son comunes, como en algunos queratoquistes odontógenos. Puede haber células inflamatorias en la pared conectiva pero esto es una reacción secundaria.

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

QUISTE GINGIVAL DEL ADULTO, QUISTE GINGIVAL LATERAL.

Parece ser la misma entidad, que el quiste periodontal lateral está incluido dentro del tejido gingival y no afecta al hueso.

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

ETIOLOGIA. - Ritchey y Orban han revisado la etiología de esta lesión y sugirieron que las posibles fuentes de la formación quística eran; 1) Tejido glandular eterotópico, 2) Alteraciones degenerativas en un brote epitelial proliferante, 3) Restos de la lámina dental, del órga-

no del esmalte o islas epiteliales del ligamento periodontal, 4) Implantación traumática del epitelio. De estas posibilidades sólo las dos últimas serían válidas, y sobre esta base habría dos formas reconocidas de quiste gingival: 1) El que se origina por degeneración quística de la lámina dental o en las "glandulas" o restos de Serres, y 2) El que se origina por la implantación traumática de epitelio superficial (y que por lo tanto no sería un quiste odontógeno verdadero).

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El quiste gingival puede -- presentarse a cualquier edad pero es más común en adultos en la revisión de la literatura realizada por Reeve y Levy, la mayoría de los -- pacientes eran mayores de 40 años. Esta lesión aparece, por lo general como una hinchazón pequeña, bien circunscrita indolora de la encía y a veces muy semejante a un mucocele superficial. Tiene el mismo color que la mucosa normal adyacente y es raro que mida más de un centímetro de diámetro y por lo general, es mucho menor aunque este quiste se localiza en la encía libre o la insertada, algunos aparecen en la papila propiamente dicha, como seis casos comunicados por Ritchery y Orban. Ninguno de los tres casos informados por Bhaskar y Laskin-estaban en la papila.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- Este quiste es una -- lesión de tejido blando, y por lo general, no se manifiestan en la radiograffa. Si adquiere el tamaño suficiente llega a producir una eroción--

superficial de la lámina ósea cortical, pero aún así no suele ser visible en la radiografía. Si hay una lesión quística circunscrita y radiolúcida del hueso alveolar, con cierta tumefacción de tejido blando, --- es probable que corresponda a un quiste periodontal lateral y no a un gingival; es muy frecuente que ambos sean confundidos en la literatura.

Es preciso hacer la separación debido a su origen diferente.

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

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

**QUISTE ODONTOGENICO QUERATINIZANTE
Y CALCIFICANTE
(Tumor quístico queratinizante)**

Esta lesión odontogéna particular fue descrita por primera vez en 1962 por Gorlin y colaboradores bajo la denominación de "quistes odontógenos epiteliales calcificantes". La lesión es rara en el sentido que tiene ciertas características de un quiste, pero también posee muchas de una neoplasia sólida.

Antes de la separación de esta lesión como una entidad, se diagnosticaba equivocadamente como alguna forma de ameloblastoma.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- No hay predilección evidente por edad o sexo en la aparición de esta lesión, aunque la mayor parte de casos se presenta en adultos. Alrededor de 70 por 100 se localizan en la mandíbula a semejanza de la predilección del ameloblastoma por ella. Alrededor del 75 por 100 de casos comunicados han aparecido en zonas centrales de hueso, mientras que el 25 por 100 restante se producía en la periferia, como una proliferación gingival, sin lesión del hueso subyacente o solamente una erosión superficial.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- Las lesiones intraóseas centrales aparecen como una imagen radiolúcida, por lo común bastante bien circunscrita, aunque esto no es invariable. En la imagen radiolúcida hay cantidades variables de material radiopaco calcificado disperso, entre minúsculos puntos y grandes masas. Como es

ta lesión a veces se da en asociación con un odontoma, esta puede aparecer radiográficamente como parte integrante de la totalidad del "quistes". Pueden transformarse en lesiones muy grandes, de muchos centímetros de diámetros, y puede abarcar gran parte del maxilar, aunque las lesiones pequeñas son las más comunes.

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

La capa basal se desintegra y hay crecimiento de tejido de granulación entre las células fantasmas; éstas se tratan como cuerpos extraños.

En varios casos, se ha observado una sustancia colágena, a tubular, dentinoide adyacente a las células fantasma en la pared de tejido conjuntivo o en el epitelio mural. Las células fantasma que dan especialmente bien demostradas mediante el uso de colorantes de rodamina. La presencia de estas células sugirió originalmente a Gorlin que este "quistes" sería la contraparte bucal del epiteloma calcificante dérmico de Malherbe. En la lesión también es posible hayar cantida-

des irregulares de dentina u osteodentina.

Algunos casos están asociados con un odontoma compuesto-complejo de manera que el "quistes" puede estar entremezclado con el tejido adamantino, dentinal, pulpar de la lesión.

Algunos casos se han generado en conjunción con un fibroodontoma ameloblástico. Además, hay una variante rara del quiste odontógeno calcificante en la cual hay melanina dentro del epitelio odontógeno. Por último, se sabe que puede ocurrir transformación carcinomatosa de esta lesión.

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

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

QUISTE RADICULAR (Quiste periapical, quiste apical)

El quiste radicular suele ser asintomático. Sin embargo, a veces el diente afectado es sensible a la percusión. En contados casos la lesión puede asociarse con una fístula. El diente está devitalizado y puede presentar un procesos de necrosis pulpar o una restauración.

El quiste radicular es sin lugar a duda la enfermedad quística más frecuente de los que afecta la mandíbula y el maxilar.

El quiste periodontal apical (radicular) es una secuela común, pero no inevitable del granuloma periapical que se origina como consecuencia de infección bacteriana y necrosis de la pulpa, casi siempre después de la formación de una caries. Es un quiste verdadero -- pues la lesión consta de una cavidad patológica tapizada de epitelio, --- con frecuencia ocupada de líquido. Microscópicamente es posible observar todos los estadios, desde un cambio quístico mínimo dentro del granuloma apical hasta una estructura quística bien definida y grande, libre en gran parte de exudado inflamatorio. Alrededor de los cordones anastomótico o islas de células epiteliales proliferantes en el quiste --- radicular joven, se observan histiocitos (células espumosas), linfocitos, células plasmáticas, cuerpos de Russel, hendiduras de colesterol y algunas células gigantes de cuerpos extraños. Las fibras dentales y --- quistes radiculares puede haber fibras de oxitalano, un componente normal del ligamento periodontal.

El revestimiento epitelial deriva de los restos epiteliales de Malassez, que proliferan como resultado del estímulo inflamatorio en un granuloma preexistente. El epitelio suele ser de tipo escamoso --- estratificado y relativamente grueso. Muchas veces es en parte acantomatosa y ulcerado. En ocasiones está queratinizado. El epitelio -- proviene en algunos casos de; 1) epitelio respiratorio del seno maxilar -- cuando la lesión periapical se comunica con este, 2) epitelio bucal de -

un trayecto fistuloso, 3) epitelio bucal que prolifera apicalmente desde una bolsa periodontal.

PATOGENEA.- Este tipo de quiste periodontal presenta una luz que, casi invariablemente, está cubierta por epitelio escamoso estratificado, en tanto que la pared está compuesta de tejido conectivo condensado. Si bien se sabe que el estímulo para la proliferación del epitelio del quiste periodontal es la inflamación del granuloma periapical, no se sabe la razón por la cual no todos los granulomas se transforman en quistes. Esto es particularmente curioso puesto que los restos de Malassez están siempre presentes en el ligamento periodontal de todos los dientes. Podría ser que si todos los granulomas periapicales persistieran un período suficientemente prolongado, terminarían todos en quistes.

El modo de formación del quiste periodontal apical es un fenómeno interesante. La reacción inicial que lleva a la formación de este es una proliferación de los restos epiteliales de la zona periapical que abarca el granuloma. Esta proliferación epitelial tiene un patrón de crecimiento irregular y a veces presenta un cuadro alarmante debido a la naturaleza pseudo invasora y aspecto inflamatorio alterado de las células. A medida que esta proliferación prosigue, y la masa epitelial aumenta de tamaño por la división celular en la periferia, que corresponde a la capa basal del epitelio superficial, las células de la porción central se van separando cada vez más de su fuente de nutri-

ción, los capilares y el líquido tisular del tejido conectivo. Cuando estas células centrales dejan de tener los nutrimentos suficientes, de generan, se necrosan y licuefacionan. Esto crea una cavidad revestida de epitelio y llena de líquido, es decir, al quiste periodontal apical.

También es posible que el quiste se forme por proliferación del epitelio para tapizar una cavidad preexistente formada por necrosis focal y degeneración del tejido conectivo del granuloma periapical. Pero no es común hallar epitelio o proliferación de este cerca de una zona de necrosis, de manera que la formación del quiste de esta manera es, presumiblemente, poco común.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- La mayor parte de los quistes periodontales apicales son asintomáticos y no dan indicios evidentes de su presencia. Es raro que el diente esté doliendo o sensible a la percusión. Este tipo de quiste muy pocas veces tiene un tamaño tal que destruya hueso, y menos todavía que produzca la expansión de las láminas corticales.

El quiste periodontal apical es una lesión que representa un proceso inflamatorio crónico y se desarrolla solo, en periodos prolongados. A veces, uno de estos quistes de larga duración puede experimentar una exsacerbación aguda del proceso inflamatorio y transformarse rápidamente en un absceso, que a su vez evoluciona hacia una celulitis o establece una fistula. No se conoce la causa de esta

empeoración repentina, pero podría ser la pérdida de la resistencia-- generalizada o local de los tejidos.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS.- El aspecto radiológico del quiste periodontal apical es idéntico, en gran parte de los casos, al del granuloma apical. Como la lesión es progresivamente crónica originada en un granuloma preexistente, puede ser de mayor tamaño que el granuloma en razón de su mayor duración, pero esto no es invariable.

Priebe y Cols. comprobaron que es imposible distinguir entre un granuloma periapical y un quiste, solo mediante la radiografía. Relatan que el cirujano bucal y el radiólogo solo pudieron diagnosticar correctamente el 13% de un grupo de 55 quistes periodontales, con la radiografía como único elemento. De un grupo de 46 granulomas y abscesos periapicales, se diagnosticaron correctamente un 59%. Los diagnósticos verdaderos fueron establecidos por el examen histológico del tejido, luego de la extracción. Ocasionalmente, el quiste periodontal apical presenta una línea radiopaca, y esto indica una reacción del hueso a la masa que se expande lentamente. El granuloma también presenta esta característica en muchas ocasiones.

Este estudio de Priebe y Cols. nos habla de la falacia del intento de distinguir entre granuloma y quiste, aunque tal distinción tiene derivaciones endodónticas importantes. Así, las zonas radiolúcidas periapicales se rellenarán de hueso, en evidente reparación, --

después del tratamiento radicular en algunos dientes. En otros casos aún después del tratamiento idéntico, la reparación no se produce. --- Estos últimos casos serían ejemplos de quistes periodontales que repararían, por supuesto, muy lentamente, si es que lo hacen, luego del tratamiento endodóntico.

La zona radiotransparente se localiza casi siempre en el apice de la raíz; generalmente no puede identificarse el diente infectado o degenerado como responsable del quiste; y las características de la patosis periapical están presentes. En resumen, encontramos también una radiotransparencia periapical y una discontinuidad de la membrana periapical y de la lámina dura, que son características del granuloma periapical y del absceso.

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

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

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- El epitelio que tapiza el quiste periodontal suele ser de tipo escamoso estratificado. La úni-

ca excepción a esto son las lesiones periapicales raras de dientes superiores que afectan el seno maxilar. Algunas veces, el quiste puede estar revestido de epitelio cilíndrico ciliado pseudoestratificado o de tipo respiratorio.

El epitelio escamoso común, no suele presentar queratina. Este epitelio de revestimiento varía notablemente de grosor según los casos. Puede tener solo unas pocas células de espesor o ser muy grueso, con abundante proliferación hacia el tejido conectivo adyacente. A veces se forman verdaderos brotes epiteliales. Muchas veces, el revestimiento epitelial puede ser discontinuo, y faltar en zonas de inflamación intensa. Pese a la presencia prolongada de inflamación, las alteraciones de células epiteliales individuales, como disqueratosis, son raras. Shear ha consignado que no hay relación aparente entre el grado de inflamación, tanto en la pared de tejido conectivo o dentro del epitelio propiamente dicho, y el espesor del revestimiento epitelial del quiste.

En raras ocasiones, se registró que se originaban carcinomas en el revestimiento epitelial de quiste odontógenos, incluido el periodontal apical. Esto fue revisado hace poco por Gardner.

Una estructura interesante y peculiar, originalmente descrita por Rushton y observada después por Molvneux, Medak y Weinmann, y Shear, es el cuerpo hialino o cuerpo de Rushton: es frecuente su presencia en grandes cantidades en el epitelio de los quistes periodontales

apicales o residuales. Estos cuerpos hialinos son pequeños, alargados o arqueados, generalmente asociados con el epitelio de revestimiento, y de estructura amorfa, reacción eosinofila y naturaleza frágil, puesto que se fracturan en algunos casos. Se desconoce la etiología, patogenia y significado de estas estructuras. Sin embargo, Gorlin y Sedano han observado una notable similitud morfológica e histoquímica entre estos cuerpos y los eritrocitos, lo que sugeriría que provienen de trombos formados en pequeños capilares, que a su vez están compuestos por eritrocitos, es decir, un círculo vicioso.

El tejido conectivo que integra la pared del quiste periodontal apical está integrado por haces paralelos de fibras colágenas que suelen estar comprimidas. También hay cantidades variables de fibroblastos y pequeños vasos sanguíneos. Un rasgo característico es la presencia casi constante de infiltrado inflamatorio en el tejido conectivo situado muy cerca del epitelio. Este infiltrado varía en su composición, pero por lo general, se compone de linfocitos y plasmocitos con algunos leucocitos polimorfonucleares, en parte según la intensidad de la infección. En algunas lesiones, en la pared de la lesión hay grupos de espacios correspondientes al colesterol, asociados con células gigantes multinucleares. Esta masa de colesterol suele erosionar el epitelio de revestimiento y extruir hacia la luz del quiste. No se sabe cuál es la fuente de este colesterol, si bien hay muchas teorías, según lo revisado por Shear. La lesión local del tejido es un requisito--

previo para la acumulación del colesterol. Otras veces, hay grupos-- de macrófagos cargados de lípidos y aún con hemosiderina.

La luz del quiste contiene un líquido con baja concentración de proteínas que se tiñe pálidamente con la eosina. En ocasiones, la luz contiene gran cantidad de colesterol, y raras veces hay cantidades limitadas de queratina. Es excepcional encontrar sangre salvo la relacionada con el procedimiento quirúrgico efectuado para enuclear el-- quiste. Whitten comunicó que los extendidos citológicos del material-- aspirado de quistes y lesiones de tipo quístico de los maxilares, in--- cluido el quiste periodontal apical, frecuentemente permite establecer-- un diagnóstico provisional de la naturaleza de la lesión.

El quiste periodontal apical es histológicamente idéntico al granuloma periapical, del que en realidad deriva, con excepción de la presencia de la cavidad revestida de epitelio.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- Se extrae el diente afectado y se curetea minuciosamente el tejido periapical. En ocasiones-- y en ciertas condiciones, se puede efectuar el tratamiento endodóntico con apicectomía de la lesión quística.

El quiste no recidiva si la enucleación quirúrgica es cuidadosa. Si el saco quístico estuviera muy fragmentado, y dejara restos epiteliales, o si se hiciera la remoción incompleta del quiste periodontal apical y quedaran restos epiteliales, es posible que en esa zona-- aparezca un quiste residual al cabo de algunos meses o hasta años.

El quiste periodontal apical no parece poseer una marcada propensión a la transformación ameloblastomosa como la del quiste--dentífero. El epitelio de revestimiento puede generar un carcinoma --epidermoide, pero esto es raro.

Si no se trata, aumenta lentamente de tamaño a expensas--del hueso circundante. El hueso se reabsorbe, pero es raro que haya una expansión compensadora pronunciada de las tablas corticales como la que se ve con frecuencia en el quiste dentífero.

QUISTE RESIDUAL

Es un término que se usa generalmente para referirse a --un quiste radicular que se ha dejado una vez eliminado el diente res--ponsable de su formación. Generalmente, como sucede en otros quis--tes de pequeño tamaño, clínicamente asintomáticos, el quiste residual es un hallazgo accidental o casual en el curso de una exploración ra--diológica habitual de la boca. Aunque los caracteres radiográficos del quisté residual hagan pensar en los de otras lesiones centrales, como la histiocitosis, el mieloma múltiple, la neoplasia metastásica y otros tipos de quistes, el medico práctico debe de ver la radiotransparencia anormal de los maxilares más frecuente, es la debida a una patosis--periapical (entre que se encuentra el quiste radicular) y, por ello, --desde el punto de vista estadístico lo primero que se debe de sospe--char es un quiste residual.

Las características clínicas y radiológicas que presenta el

quiste residual se parecen a los del quiste radicular, con la excepción de que falta el diente causal o de que el quiste residual puede localizarse en una zona en la que faltan completamente los dientes.

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

QUISTE PRIMORDIAL

Este es uno de los tipos menos comunes de quiste odontógeno. Se forma por degeneración y licuefacción del retículo estrellado del órgano del esmalte antes que se forme esmalte o dentina calcificados. Así, el quiste primordial se encuentra en lugar de un diente y no directamente asociado con él. También puede originarse en un órgano dental supernumerario, de manera que en algunos casos están todos los dientes. Este tipo de quistes se encuentra con más frecuencia en el lugar del tercer molar de la mandíbula o por detrás del mismo en el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula y se cree que produce el epitelio primordial de un cuarto molar supernumerario abortado. En pacientes a quienes se haya realizado la extracción de varias piezas, se podría ver un quiste maxilar que no se halle en relación directa con diente alguno. Podría asemejarse a un quiste primordial, pero en realidad un quiste residual de tipo periodontal o aún del dentígero y el examen microscópico no permite distinguir uno de otro.

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

Soskolne y Shear, recientemente revisaron una serie de 50 de estos quistes de un grupo de 39 pacientes, de los cuales siete tenían quistes múltiples, y afirmaron que, además de las fuentes mencionadas, el quiste primordial puede originarse también directamente en la lámina dental. Encontraron que todos, según su definición de la lesión, presentaban formación de queratina o paraqueratina en el epitelio de revestimiento, y que por lo tanto, eran todos queratoquistes odontógenos. Para saber si esto sucede invariablemente habrá que esperar la comunicación de más casos, aunque algunos investigadores utilizan ahora los dos términos en forma indistinta.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El quiste primordial varía ampliamente de tamaño pero posee potencial para expandir hueso y desplazar los dientes adyacentes por presión. A veces, está asociado con un diente primario persistente, y el exámen radiográfico revelará una zona radiolúcida en lugar de la pieza permanente normal subyacente. La lesión no es dolorosa salvo que se infecte en forma secundaria, y es raro que presente manifestaciones clínicas obvias.

Es indudable que este quiste se forma en épocas tempranas de la vida, pero pueden no ser descubiertos hasta mucho más tarde. En la serie de Soskolne y Shear la lesiones aparecen con mayor frecuencia en la segunda y tercera década de la vida, con igual distribución por sexo.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- El quiste primord--
dial aparece como una lesión radiolúcida redonda y oval y bien deli--
mitada que puede tener un borde esclerótico o reaccional y que puede
ser unilocular o multilocular. Se localiza debajo de las raíces den--
tales, entre las raíces de piezas adyacentes o cerca de la cresta del
reborde en el lugar de un diente ausente en forma congénita, en par--
ticular de un tercer molar inferior o superior. No hay una explica--
ción satisfactoria de la propensión por el tercer molar Soskolne y --
Shear han comunicado casos en la zona de premolares superiores e --
inferiores así como en la de canino superior.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- El aspecto microscó--
pico del quiste primordial es similar a la de algunos quistes odontó--
genos. La pared se compone de fascículos paralelos de fibras coláge--
nas, cuya densidad es variable. En la superficie interna que mira --
hacia la luz, está revestido de una capa intacta o interrumpida de epi--
telio escamoso estratificado, que suele presentar paraqueratina o a--
veces ortoqueratina. Esta queratina tiene con frecuencia, una super--
ficie "acanalada". El epitelio, aunque de grosor variable por lo gene--
ral consta solo de cuatro a ocho células de espesor, sin brotes epi--
thiales bien definidos. Tampoco es frecuente que muestre una tenden--
cia marcada por proliferar hacia la pared de tejido conectivo que lo--
rodea. Además, Soskolne y Shear han observado que el epitelio pre--
senta una capa de células basales columnares con núcleos picnóticos--

o vesiculares. La presencia de células inflamatorias crónicas, en su mayor parte linfocitos y plasmacitos, mezcladas con leucocitos polimorfonucleares en la zona subepitelial adyacente del tejido conectivo es un hallazgo variable.

TRATAMIENTO.- El tratamiento de este quiste consiste en su enucleación quirúrgica con un cureteado a fondo del hueso, en particular si se produce la fragmentación del revestimiento, para asegurar la eliminación completa del epitelio. El índice de recidiva es elevado—

QUERATOQUISTE ODONTOGENO

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

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Muchos son los quistes que presentan queratinización del epitelio de revestimiento, incluidos los no odontógenos como fisurales y dermoide-epidermoide. Sin embargo, el queratoquiste odontógeno suele ser considerado como perteneciente a una de las siguientes categorías: 1).- quiste primordial, 2).- quiste periodontal lateral (en realidad un primordial específico), 3).- quiste dentífero, 4).- síndrome de quiste odontógeno, nevo basocelular y costilla-

bífida, 5).- quiste "idiopático" de los maxilares, 6).- posiblemente, en raros casos, el quiste periodontal apical o radicular. Crawford estudió 1.920 quistes, de los cuales el 5.5% mostraban queratinización. De los 76 casos en los cuales se pudo establecer el origen, el 83% eran foli-
culares, el 13%, radiculares y el 4%, fisurales. Más del 11% presen-
taron recidivancias. Estaban queratinizados el 17.8% de los quistes fo-
liculares, 22.2% de los primordiales, 0.9% de los radiculares y 6.1%—
de los quistes globulomaxilares.

Cross y Standis y Shafer encontraron queratinización en los quistes periodontales laterales. La queratinización de los quistes bu-
cales dermoide, epidermoide y gingival es la regla y no una excepción.

En esencia, algunos, pero no todos los casos de cada uno—
de los tipos de quistes mencionados pueden presentar queratinización del—
epitelio de revestimiento. Prácticamente, todos los quistes del síndro-
me de nevo basocelular y costilla bífida son queratinizantes. Además—
de esto, el quiste primordial es el queratinizado con mayor frecuencia,
y lo sigue el quiste dentífero. Algunos estudios indican que entre 3 y
6 por 100 de todos los quistes presenta queratinización, mientras que—
más del 20 por 100 de todos los quistes primordiales son queratiniza--
dos. En realidad, algunos investigadores han sugerido que estos siem-
pre tienen un revestimiento de epitelio queratinizante. Así la querati-
nización es relativamente común en algunos tipos de quiste odontógeno—
pero rara en otros.

El queratoquiste odontógeno se origina a cualquier edad, desde la infancia hasta la ancianidad. En una serie de 104 pacientes con queratoquistes odontógenos, comunicada por Browne, la edad promedio de la aparición era de 35 años. En la misma serie, 79 por 100 de los quistes estaban en mandíbula y 21 por 100 en maxilar, en tanto que 50 por 100 se localizaban en la zona del tercer molar inferior y rama ascendente. Con cierta frecuencia, se producen quistes múltiples, en particular en pacientes con síndrome de nevasocelular y costilla bífida. También señaló el paralelismo bastante notable entre el queratoquiste odontógeno y el ameloblastoma en lo que respecta a la edad promedio de aparición, predilección de localización, hallazgos radiográficos e índice de recidiva.

No hay manifestaciones clínicas características del queratoquiste. Entre los rasgos más comunes se halla dolor, hinchazón del tejido blando y expansión del hueso.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- La lesión puede aparecer como una imagen radiolúcida unicolor o multicular, con frecuencia con un delgado borde esclerótico reaccional óseo. Este borde puede ser liso u ondulado. En la serie de Browne, alrededor del 40 por 100 de quiste resultaban ser dentíferos puesto que estaban asociados con dientes retenidos o no brotados. Sin embargo, en la mayor parte de estos casos, se comprobaban durante la cirugía que los quistes estaban separados del diente por una capa de tejido fibroso.

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

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- La pared suele ser--- delgada, salvo que haya habido una infección sobreagregada. El epite-- lio es de tipo escamoso estratificado, generalmente con paraqueratosis, aunque en algunos casos presentan ortoqueratosis. Casi siempre es -- muy delgado, raramente mayor de seis a ocho células de espesor y po-- cas veces tiene brotes. También es caracterfstico hallar una superfi-- cie ondulada o "acanalada". Puede haber displásia epitelial y hasta --- carcinoma epidermoide, pero esto es poco común.

La pared de tejido conectivo suele mostrar pequeñas islas -- de epitelio similar al de revestimiento; algunas de estas islas pueden-- ser quistes pequeños. Por lo menos en algunos casos, las islas de epi-- telio y pequeños quistes satélites o "hijos" son en realidad los extremos de los pliegues del epitelio de revestimiento de la cavidad quística prin-- cipal que han sido cortados; es muy común que los revestimientos de-- estos quistes, estén plegados.

La luz del queratoquiste suele estar ocupada por un líquido-- poco espeso de color pajiso o por un material cremoso más espeso. -- A veces, la luz contiene gran cantidad de queratina, y otras, poca. --- También puede haber colesterol, así como cuerpos hialinos en zonas -- de inflamación. Toller realizó mediciones electroforéticas del líquido-- de estos quistes y comprobó que su contenido de proteínas solubles era-

muy bajo en comparación con el del suero del mismo paciente.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El queratoquiste ha de -- ser eliminado por cirugía. Sin embargo, la experiencia clínica ha enseñado que la erradicación completa del quiste es difícil porque la pared quística es muy delgada y friable y se fragmenta con facilidad. -- Además, la perforación del hueso cortical, en particular en lesiones -- que afectan la rama ascendente, es común y complica la enucleación -- total.

El rasgo más importante del queratoquiste odontógeno es su extraordinario índice de recidiva. Por diversas fuentes, se ha comunicado que está entre el 20 y 60 por 100. Browne no encontró diferencias significativas en el índice de recidiva después de tres técnicas básicas de tratamiento de estas lesiones; 1).- marsupialización, 2).- enucleación y sierra primaria, y 3).- enucleación y mantenido abierto por -- empaquetamiento. Además, la recidiva no aparece vinculada con la -- presencia de quiste satélites. Sobre esta base, Browne concluyó que -- la recidiva del queratoquiste se debe a la naturaleza de la lesión en si -- no guarda relación con la técnica de tratamiento. Como en esta lesión la recidiva puede aparecer con retardo, todos los casos han de ser controlados mediante radiografías anuales, por lo menos durante los primeros 5 años que le siguen a la cirugía.

**QUISTES NO ODONTOGENICOS Y FISURALES
QUISTE GLOBULOMAXILAR
(Premaxilar-Maxilar).**

Es un quiste fisural localizado en el hueso maxilar superior, entre el incisivo lateral y caninos vitales.

Este quiste suele aparecer clínicamente antes de la edad -- de 30 años. No parece haber predilección sexual, aunque tal vez aparezca con más frecuencia en varones que en hembras.

Puede ocurrir bilateralmente .

Ferenczy postuló que el quiste globulomaxilar se forma a -- partir de restos epiteliales. Atrapados en la región de la sutura incisiva (es decir, la sutura entre el premaxilar y el maxilar y no entre los procesos embrionarios globular (nasal medio) y maxilares, -- como la indican casi todos los investigadores.

Thoma penso que este quiste podfa ser hereditario. Sin embargo no se ha comunicado ninguno.

El descubrimiento del quiste globulomaxilar suele ser casual, a no ser que sea infectado. Sin embargo, puede causar al dilatarse un agrandamiento del maxilar superior ó una deformación del seno maxilar .

ASPECTO CLINICO:

Es variable, puede pasar desapercibido, en cuyo caso se descubre sólo por medios radiográficos; por otra parte, cuando son de tamaño grande ó moderado, se observa como un bulbo rosado, de superficie -- lisa, en la corteza labial entre y por encima de las raíces de los incisi--

-vos laterales y los caninos. La tumoración puede ser de consistencia ósea y asintomática, 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 que no afecta a la vitalidad de la pulpa de los dientes próximos, las respuestas normales y de vitalidad de la pulpa tiene 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 de quiste fisural.

HISTOLOGÍA:

Puede estar tapizado por epitelio cuboide escamoso estratificado ó por epitelio cilíndrico ciliado (Thoma).

Se ve que el quiste está recubierto por epitelio escamoso-- a veces, por epitelio respiratorio. En ambos casos, el epitelio está rodeado por una capsula de tejido fibroso. El espacio quístico suele estar libre de elementos inflamatorios, pero cuando se desarrolla una infección secundaria, la histología muestra un infiltrado inflamatorio.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS:

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

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO:

Se base en la localización específica de la zona radiotransparente en su sugestiva forma de pera, y en que no se relaciona con dientes muertos.

TRATAMIENTO:

Consiste en la extirpación quirúrgica del quiste, evitando la lesión de los dientes próximos.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- El cuadro radiográfico de la lesión es distintivo. El hueso está expandido, aparece quístico con aspecto de panal o de pompas de jabón y la imagen radiolúcida es excéntrica. La cortical ósea puede estar destruida y es evidente la reacción perióstica.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- El quiste óseo aneurismático se compone de un estroma de tejido conectivo fibroso que contiene muchos espacios cavernosos o sinusoidales ocupados por sangre.- Estos espacios presentan trombosis o no. Los fibroblastos jóvenes son abundantes en el estroma conectivo así como las células gigantes multinucleares con una distribución similar a la del granuloma de células gigantes. Pero en la última lesión, no se encuentran espacios cavernosos. Hay cantidades variables de osteoide y hueso.

PATOGENESIS.- La naturaleza de esta lesión sigue siendo controvertida pese a los muchos casos estudiados y comunicados. Lichtenstein propuso que el quiste aneurismático se origina como consecuencia de una persistente alteración local de la hemodinámica que conduce el aumento de la presión venosa y al ulterior desarrollo de un lecho vascular dilatado y estancado en la zona ósea transformada. Entonces, se produce la resorción ósea con la cual se relacionan las células gigantes, y el hueso es reemplazado por tejido conectivo, osteoide y hue

so neoformado.

La otra explicación de la lesión es que constituye un intento exhuberante por reparar una hematoma ósea, similar al granuloma central de células gigantes. Pero en el caso del quiste aneurismático se sostiene que el hematoma conserva una conexión circulatoria con el vaso dañado.

Esto produciría una lente corriente de sangre a través de la lesión, lo que explica por qué "mana" sangre cuando se penetra en la lesión. Así pues, la única diferencia real entre este quiste aneurismático y el granuloma de células gigantes reside en que los vasos dañados de esta última lesión no conservan conexión circulatoria con la lesión.

Más recientemente, Biesecker y cols., establecieron que 32 por 100 de sus casos de quistes óseos aneurismáticos tenían una lesión ósea benigna concomitante. Sobre esta base, han propuesto una nueva hipótesis para la etiología y patogénesis de esta lesión; a saber, que la lesión ósea primaria inicia una fístula ósea arteriovenosa y crea así, por intermedio de sus fuerzas hemodinámicas, la lesión ósea secundaria reaccional: el quiste óseo aneurismático.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO. El cureteado o la extirpación quirúrgica es el tratamiento adecuado, aunque también se han aplicado dosis bajas de irradiación. Pero, la posibilidad del sarcoma por irradiación es una amenaza permanente y, sobre esta base, la irradiación de las lesiones benignas ha sido seriamente discutida. La recidiva en otros

huesos, además de los maxilares varía entre el 21 y 59% de los casos. Sin embargo, que se sepa no ha residivado ninguna lesión de maxilar.

QUISTE OSEO TRAUMATICO.

El así llamado quiste óseo "traumático" no puede ser considerado como un quiste maxilar ya que no se limita a los maxilares y no está tapizado de epitelio. Se conoce con diversos nombres: quiste óseo-traumático, quiste óseo solitario, quiste por extravasación, quiste óseo hemorrágico. En los huesos largos está localizado con más frecuencia en la zona metafisaria del húmero.

ETIOLOGIA.- Existen numerosas teorías sobre su etiología, pero ninguna ha ganado aceptación general. La más popular, la de una hemorragia intraósea de origen traumático, no es muy segura, ya que, por ejemplo, casi nunca ocurre en la tibia, que es el hueso más expuesto a traumatismos. A pesar de ello, más de una mitad de los casos están asociados con antecedentes de trauma. Este tipo de hemorragia produce reparación por organización del coágulo y formación ulterior de tejido conectivo y hueso nuevo. Sin embargo, según la teoría traumática, una vez lesionada una zona de hueso esponjoso que contiene médula hematopoyética encerrada por una capa densa del hueso cortical, la organización del coágulo falla y, por alguna razón desconocida, sobreviene la degeneración del coágulo que termina por producir una cavidad vacía en el interior del hueso. En el curso de este padecimiento, las trabéculas óseas de la zona afectada se necrosan luego de la degeneración del

coágulo y médula ósea, aunque seguramente persiste cierto tejido medular vital para iniciar la resorción de trabéculas. La lesión aumenta de tamaño por una expansión constante producida por un edema infiltrante progresivo sobre la base de la restricción del drenaje venoso. Esta -- tiende a cesar cuando la lesión de tipo quístico alcanza la capa cortical ósea, de manera que esta expansión no es común en el quiste óseo solitario. Sin embargo, no es raro que el paciente no consiga recordar -- lesión traumática alguna en el maxilar. Esto puede indicar que para -- causar esta lesión es suficiente con un traumatismo tan leve que el paciente no lo recuerde.

Otras teorías del origen, revisadas por Whinery, han incluido: 1) origen en tumores óseos que han experimentado degeneración -- quística, 2) resultado de un metabolismo cálcico anormal como el inducido por una enfermedad paratiroidea, 3) origen en la necrosis de la -- médula grasa a causa de la isquemia, 4) resultado final de una infec-- ción crónica de bajo grado, y por último, 5) resultado de la osteocla-- sia originada en un trastorno circulatorio a causa de un traumatismo -- que genera un desequilibrio entre osteoclasia y reparación ósea.

CARACTERISTICAS CLINICAS. - Es más frecuente en jóvenes; la edad promedio es de 18 años. Más del 75% ocurre en la segunda dé cada de la vida. Los varones están afectados con frecuencia algo ma-- yor, probablemente debido a que están expuestos a lesiones traumáti-- cas más a menudo que las mujeres; la relación es de 3:2. Aunque se ha afirmado que la porción posterior de la mandíbula es más afectada-

que la anterior, entre el canino y la rama ascendente, se han registrado muchos casos en la región de incisivos, puesto que en las personas jóvenes, esta zona contiene médula hemapoyética. El quiste óseo solitario se presenta en la mandíbula, pero solo como hecho muy raro. A veces, ha sido observado el agrandamiento de la mandíbula, pero la lesión suele ser descubierta durante el examen radiográfico sistemático del paciente. En la serie de Howe, por ejemplo, solo en el 35% de pacientes había expansión, la cual era la molestia más común que llevaba a buscar el tratamiento. Las más de las veces, las pulpas de dientes de la zona atacada tienen vitalidad, y esto es importante, porque no se han de sacrificar dientes vitales. Cuando se hace la incisión quirúrgica de la cavidad, se comprueba que contiene una pequeña cantidad de líquido de color pajizo, restos de coágulo sanguíneo necrótico o nada. El cirujano suele asombrarse al abrir un espacio vacío en el hueso y encontrar que no hay membrana alguna. Toller publicó un caso en el que la presión hidrostática intraquística era excepcionalmente bajo y comparable con la presión capilar, lo cual es muy diferente de lo que ocurre en otros quistes de maxilares.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS. - El examen radiográfico revela una zona radiolúcida suavemente contorneada de tamaño variable, a veces con un delgado borde esclerótico, según sea la antigüedad de la lesión. Algunos quistes traumáticos solo miden un centímetro de diámetro, en tanto que otros son tan grandes que abarcan la mayor parte de la zona molar del cuerpo mandibular, así como parte de la -

rama ascendente. Cuando la radiolucidez engloba las raíces de los dientes, la cavidad puede tener aspecto lobulado o festoneado por la extensión entre raíces. Es raro que los dientes se desplacen y en la mayor parte de casos, la lámina dura está intacta.

Hay que poner cuidado en diferenciar el quiste traumático solitario pequeño localizado en la zona molar y que aparece como una zona radiolúcida redonda u ovoide relacionada con un diente vital de la depresión lingual inferior por la glándula salival, cuyo aspecto radiográfico es similar. Sin embargo, esta última lesión suele estar localizada debajo del conducto dental inferior en tanto que el quiste traumático suele estar por encima de él.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS. - El exámen revela una delgada membrana de tejido conectivo que tapiza la cavidad, pero ninguna otra característica significativa.

A veces, resulta casi imposible comprobar la presencia de tal membrana.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO. - Puesto que no es posible establecer el diagnóstico de quiste óseo solitario sin la exploración quirúrgica, el odontólogo penetra en la cavidad, trata de enuclear el revestimiento, y durante la maniobra restablece la salida de sangre hacia la lesión. Si entonces se cierra la cavidad, se comprueba que reparación y relleno del espacio con hueso ocurre entre 6 y 12 meses. Raras veces se precisa un segundo procedimiento quirúrgico. Si el espacio es grande, se puede usar viruta ósea para ayudar el buen resultado del relleno.

DIAGNOSTICO CLINICO DE LOS QUISTES MAXILARES

a). - Los signos clínicos principales de un quiste son:

1.- Una tumefacción visible de la cara o de los maxilares se encuentra relativamente raras veces en los quistes grandes. Sin embargo, ya los quistes pequeños del antro nasal o los quistes de la parotis 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.- Amenudo se encuentra una hinchazón indolora, que también puede ser borrosa. Sólo el quiste infectado puede presentar un cuadro clínico similar al absceso.

4.- Amenudo 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 eventualmente puede ser palpada, la convergencia de las pronas 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.

Una eminencia palpable se encuentra en la mayoría de los quistes, a no ser que hayan crecido sólo dentro de la esponjosa, por-

ejemplo en el cuerpo de la mandíbula o en su rama ascendente. Respecto a estas eminencias hay tres posibilidades:

1.- El quiste ha abombado el hueso (siempre al palpar hay que comparar el otro lado), pero la tumefacción es duro como hueso y no comprimible, porque ha sido reabsorbido sólo muy poco hueso.

2.- La reabsorción del hueso ha progresado tanto, que sólo ha quedado una capa ósea delgadísima como papel. Ahora se puede abollar el hueso y se origina el típico ruido de crepitación apergaminada, que se describe en la literatura como signo frecuente en quistes. Presting, quien a revisado material de enfermos, ha encontrado en --- las historias clínicas de 1322 quistes dentales, el síntoma de la crepitación sólo en 41 casos claramente perceptible. Esto significa un porcentaje del 3.1%. Este síntoma seguramente a veces es pasado por alto, o no se lo ha notado. A pesar de todo, este llamado ruido de Dupuytren, no parece tener demasiada importancia en el diagnóstico de los quistes.

3.- Al hacer la palpación se siente fluctuación. El hueso ha desaparecido a tal grado, que en la cima de la tumefacción sólo se palpa la bolsa quística. En las zonas marginales de la tumefacción se encontrará bordes óseos hueso engrosado duro, pero también hueso depresible.

Si se trata del seno maxilar y no de un quiste, entonces al comprara los dos lados no se encontrará diferencias apreciables. El seno maxilar presentará siempre paredes firmes, que no pueden ser -

comprimidas.

Si se encuentra fluctuación, hay que pensar en el diagnóstico diferencial quistes-quiste infectado-absceso. El absceso, por regla general, presentará manifestaciones agudas. La tumefacción es muy dolorosa al palpar y eventualmente enrojecida, las glándulas linfáticas están hinchadas y dolorosas, hay temperatura aumentada.

En los quistes no infectados estos signos de inflamación aguda (rubor calor, dolor) no se encuentran. En caso de absceso, además el diente causante muchas veces será sensible a la percusión. El diente devitalizado, que es la causa de un quiste no reacciona a la percusión; también en el quiste infectado, mayormente, no se siente dolor por la percusión.

El quiste infectado no es tan fácil de diagnosticar, muchas veces, recién por la incisión- se evacua además de pus, líquido seroso o la radiografía aclarará el cuadro. Durante la palpación, muchas veces, un examen detenido, permitirá ya hacer el diagnóstico, pues en un absceso la fluctuación se extiende sobre todo la superficie y no se encuentra espesamiento del hueso. En el quiste infectado la fluctuación se halla en la cima de la tumefacción, y hacia los margenes se podrá palpar el hueso engrosado. El diente devitalizado que puede encontrarse en el quiste infectado y en el absceso, puede presentar hallazgos diferentes al abrirlo. En caso de absceso se logra a veces, dar salida al pus por la trepanación del diente. Este pus es amarillo y tiene consistencia cremosa, una gota espesa sale lentamente de la abertura. En el

quiste se encuentra un líquido seroso, en el cual brillan cristales de colessterina. En el quiste infectado se encuentra pus mezclado con líquido seroso turbio.

Muchas veces, el anamnesis proporciona indicaciones diagnósticas. El absceso se desarrolla dentro de pocos días, amenudo en pocas horas. Tumefacciones causadas por quistes se desarrollan durante meses, pero por la ausencia de dolores, no son detectadas con seguridad por el paciente. Si según el anamnesis se ha superpuesto una inflamación sobre una tumefacción lentamente crecida, entonces tiene mucha probabilidad el diagnóstico de un quiste infectado.

En casos con el seno maxilar abierto, remitidos a la clínica, amenudo habrá que decidir si se trata del seno maxilar o de un quiste. Porque en caso de quiste no vamos a obtener la curación por el cierre inmediato. Aquí muchas veces, ayuda el sondaje. En un alvéolo normal podemos penetrar con la sonda roma más o menos 1 a 1 1/2 cm. Si se trata de un quiste, se podrá introducir la sonda 2 1/2 cm. (tamaño medio de quistes). En caso de seno maxilar abierto, la sonda puede penetrar 4 cm. y aún más. También el efecto de soplar la nariz aclara el diagnóstico. En caso de quiste, desde luego, será negativo, quiere decir que no se puede soplar aire desde la nariz a través de la perforación.

b). - Punción del quiste.

En casos donde falta la cubierta ósea o que está es más delgada puede asegurarse el diagnóstico quiste por la punción. La pun

ción no causa ningún daño, tampoco interfiere con una eventual operación a realizarse poco después. No hay que temer una infección del contenido del quiste, y tampoco podría causar daño, si pronto se hará operación. Se hace la punción previa anestesia local o con spray de Xilocaina en la cima de la eminencia, con una aguja no demasiado fina y con bisel corto. A veces puede ser ventajoso-cuando hay dificultad con la aspiración- introducir otra aguja más, para que no se produzca un vacío.

Si encontramos al aspirar líquido seroso o una papilla espesa el usar una cánula gruesa, entonces estamos ante un quiste típico. Al esparcir la secreción sobre un cristal, se ven los cristales de colestestina brillante.

Si se encuentra un líquido mal oliente y pues de color oscuro, tenemos un quiste infectado.

Si aspiramos sólo aire -también el hueso de la pared del seno maxilar puede ser tan delgado, que se puede hacer la punción- entonces la aguja a penetrado en el seno maxilar.

Si la punción, da aún con mayor esfuerzo, sólo una secreción hemorrágica, entonces tenemos un tumor. Al llevar la aguja adelante se tendrá la impresión de penetrar un tejido resistente.

c).- Abertura de prueba del seno maxilar.

Quistes que se desarrollan en la región de los dientes posteriores del maxilar superior, a veces, ofrecen dificultades diagnósticas, porque el quiste a menudo no puede ser diferenciado nitidamente de la-

cavidad del seno. En casos dudosos hay signos radiológicos, que ayudan para el diagnóstico. Si el borde de la radiolúcidez en cuestión, en la película es convexa hacia arriba (quiere decir, la cúpula mira hacia la cavidad sinusal), se trata comunmente de un quiste, pues el seno maxilar generalmente presenta sólo en su piso bordes cóncavos (la cúpula mira hacia la cavidad bucal). Quistes relativamente grandes, en las tomas conjuntas del seno, pueden mostrar una delimitación cupuliforme dentro de la cavidad sinusal, por lo cual queda aclarado el diagnóstico (indicado por primera vez por Wassmund). Bethmann ha observado (Zib, 1961 cuad. 1), que el límite entre la cavidad sinusal y el reborde alveolar siempre se presenta como una línea clara, mientras el límite del quiste con el reborde alveolar, no muestra esa línea. Si se ve clínicamente una tumefacción bucal, eventualmente con crepitación apergamínada, entonces el diagnóstico es fácil la punción, que ayuda aún más. Pero hay una serie de casos donde estos medios diagnósticos no ayudan. La representación por medio de contraste de un quiste o de la cavidad sinusal es dificultosa y no siempre da resultados seguros.

Muchas veces se nos mandan pacientes con el diagnóstico dudoso de quiste. Amenudo vemos en la radiografía claramente que se trata de la cavidad del seno maxilar. Pero en estos casos que se nos mandan, debemos tener la seguridad absoluta, cuando comunicamos al colega remitente nuestro diagnóstico. No siempre sabemos, además, cuál síntoma ha inducido.

En tales casos dudosos, la abertura de prueba del seno maxi

lar resulta ser un medio de diagnóstico sencillo.

En los quistes dentales en la región del seno maxilar no debemos confiar demasiado en la radiografía. Las condiciones anatómicas cambian muchas veces, podemos engañarnos, y en caso de duda, conviene hacer una abertura de prueba para aclarar el caso. (Wassmund):

A continuación describimos brevemente el procedimiento de la abertura de prueba:

En anestesia local se hace un corte de 1.5 cm de largo, horizontalmente en la mucosa encima de los ápices en el surco vestibular en la región del quiste en cuestión. Se desprende y se desplaza algo la mucosa y el periosteo. Ahora se perfora la pared ósea facial del seno maxilar con una fresa redonda, cuidando especialmente de no tocar una raíz dentaria. Si encontramos aire en la cavidad abierta, estaremos seguros de haber llegado al seno maxilar. Si hay un quiste encontramos líquido o una secreción espesa. El efecto de soplar por la nariz, en este caso de un quiste entonces es negativo. Localizado el quiste podremos determinar el tamaño y extensión explorando cuidadosamente con una sonda delgada obtusa. La delgada sonda puede ser fácilmente introducida en el quiste a través de la abertura por trepanación. Avanzando y tocando con cuidado las paredes con la sonda se obtiene una idea del volumen del quiste.

Antes de suturar la mucosa para cerrar la pequeña herida, se inyecta penicilina en el seno maxilar (400 000 UI). Este procedi-

miento es sencillo, rápido y puede ser realizado sin dolor, y da resultados seguros. En casos de pequeños quistes en las raíces palatinas de los molares superiores, podría fallar este procedimiento de abertura - de prueba; pero estos quistes, generalmente son diagnosticables por la radiografía.

QUISTE NASOALVEOLAR
(Nasolabial; de Klestadt).

El quiste crece a partir de los residuos del epitelio de la unión de la apófisis globular, nasal lateral y maxilar. Por ello, su localización característica es por encima del maxilar, cerca del ala de la nariz. Este quiste está situado en el lugar de fijación del ala de la nariz (es decir, cerca de la base de la nariz). No está incluido dentro de hueso. Puede ocasionar bastante hinchazón facial, para obliterar el pliegue nasolabial del lado afectado. Se han observado casos bilaterales.

Puede descubrirse como una tumefacción localizada, de pequeño tamaño, o puede apreciarse como una tumefacción en el suelo de la nariz. A veces puede mostrarse como una hipertrofia de los tejidos mucobucuales por encima de los ápices de los dientes incisivos laterales o caninos. Aunque el quiste nasoalveolar se localiza sobre todo en los tejidos blandos más que en hueso, puede dar lugar a erosión del hueso que está por debajo. Sin embargo pocas veces se observa radiológicamente.

ASPECTO HISTOLOGICO.

Está tapizado por epitelio respiratorio o escamoso estratificado, con más frecuencia, por epitelio cilíndrico pseudoestratificado o por una combinación de estos epitelios.

ASPECTO CLINICO.

Clinicamente, se presenta como una tumefacción o una protube-

rancia en el suelo de la nariz, cerca del ala. En algunos casos su localización es por debajo del ala o al lado de la misma, produciendo una asimetría de la nariz o de la cara. Esta prominencia es de superficie lisa, dura y generalmente bien limitada. La sintomatología es variable, pero a veces presenta hipersensibilidad o incluso dolor.

TRATAMIENTO.

La enucleación quirúrgica, seguida de un estudio histológico, muestra un saco quístico recubierto por epitelio escamoso o columnar.

QUISTE EPIDERMOLDE.

Presenta semejanza con el dermoide, se forma a partir de las células epiteliales atrapadas al cerrarse las capas de tejidos blandos durante el desarrollo fetal. Su localización, patogenia y aspecto clínico se parece y no se puede diferenciar de los quistes dermoides, excepto que el quiste epidermoide es más superficial. Histologicamente, el epidermoide se diferencia del dermoide, en un revestimiento de epitelio escamoso estratificado, bien queratinizado, y una pared de tejido fibroso, faltando los nexos cutáneos. Puede considerarse también como un quiste de inclusión, estos pueden localizarse en diversas zonas de tejidos blandos, ej: suelo de la boca, en las zonas de los repliegues bucales, en las mejillas, etc. raras veces dentro de los maxilares, se cree que se deben a epitelio gingival desplazado o incluso a una causa odontogénica. La diferencia entre los dos es en la localización, el quiste epidermoide se localiza en líneas de sutura del desarrollo.

QUISTES DEL CUELLO, SUELO DE LA BOCA Y GLANDULAS SALIVALES.

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO.

El anclaje del lobulo medio de la glándula tiroides aparece en la base de la lengua al terminar la tercera semana de vida intrauterina. Durante su descenso sigue unido al punto de origen (señalado por el agujero ciego). Mediante un tallo epitelial conocido como conducto tirogloso. Este tallo desciende en situación ventral a la zona ocupada por el hueso hioides, por delante del cartilago tiroides, para unirse a los lobulos laterales que se hallan en desarrollo.

En condiciones normales, la conexión con la faringe se ha perdido al llegar a la sexta semana. La falta total o parcial de obliteración del tallo puede dar lugar a la formación de un quiste o fístula. La mayoría de las fistulas del conducto tirogloso aparecen después de la rotura del quiste, pero aproximadamente el 5% parecen ser congénitas.

El quiste tirogloso parece formarse a partir de los residuos epiteliales del conducto, pueden presentarse en la base de la lengua, pero con mayor frecuencia en la parte anterior del cuello debajo del mentón y por encima de la glándula tiroides.

Algunas veces se puede desarrollar un carcinoma papilar en el conducto tirogloso.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El quiste se manifiesta como una masa cervical blanda, sensible a la presión, cuyo diámetro varía entre 1 y 10 cm.

Suele levantarse al deglutir o sacar la lengua. Aparece en cualquier punto, durante el trayecto del descenso del anclaje tiroideo (es decir, desde el agujero ciego hasta la escotadura supraesternal). Mas del 70% ocurren a nivel del hueso hioides o del istmo del tiroides.

No hay predilección sexual. Más del 50% de los pacientes tienen una anamnesis de infección recidivante del quiste.

El quiste esta localizado dentro de la lengua o en la región suprahioidea, puede producir disfagia o accesos de ligera asfixia. Hay ronquera o dificultad de la fonación en aproximadamente el 5%. El quiste es siempre de paredes delgadas y de contenido acuoso o seroso, a no ser que este infectado.

A veces el quiste da lugar a un conducto fistuloso que para en la región anterior del cuello, en la línea media, cerca del hueso hioides. Puede apreciarse un exsudado seroso, o la fistula puede quedar cubierta por unas costras de color pajizo, que son repentinamente eliminadas por el enfermo, siendo reemplazadas por unas nuevas, en estos casos, la fistula parece llevar una masa menos discreta y más aplanada que se adhiere a la piel que la recubre.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El conducto o fistula tiriglosa está tapizada por epitelio escamoso estratificado, cilindrico ciliado o no ciliado y transicional intermedio. En las paredes del quiste pueden encontrarse tejido linfoideo, glándulas mucosas e incluso tejido tiroideo aberrante. Los quistes que tienen su origen cerca de la boca tienen probabilidades de estar más re-

vestidos por epitelio escamoso estratificado.

TRATAMIENTO.

El tratamiento para este quiste es la excisión quirúrgica radical. Este procedimiento debe ser relativamente radical si se desea evitar la recidiva. Raras veces se han registrado casos de carcinoma derivado de restos epiteliales del conducto tirogloso.

QUISTE LINFOEPITELIAL CERVICAL BENIGNO.

(Quiste de la hendidura branquial, Quiste cervical lateral, nódulo linfático quístico benigno).

Parece tener su origen en el enclavamiento de elementos de un conducto salival en los ganglios linfáticos.

Esta situado superficialmente cerca del ángulo de la mandíbula cubierto por el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo y sobre la vaina carotídea. Raras veces está más profundo que la arteria carotídea.

No hay predilección sexual. El tamaño varía de 2 a 10 cm (media de 3 a 4 cm); hay fluctuación. No suele ser transparente, a excepción que sea demasiado grande. No suele estar fijado a la estructura subyacente a la piel. El quiste linfopitelial también lo encontramos en el suelo de la boca o por debajo de la lengua o faringe bucal, lo cual con tradice de un origen branquial.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

La mayoría se presenta en adultos jóvenes, aunque pueden presentarse durante la niñez temprana. Son de crecimiento lento y pueden tener una duración de semanas a muchos años.

La lesión se presenta como una masa móvil asintomático y circunscrita en la zona lateral del cuello superior. Muchos quistes han sido observados en el ángulo de la mandíbula, en la zona submaxilar, en las zonas periauricular y parotídea.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Presenta un revestimiento epitelial escamoso estratificado, no queratinizado rodeado por tejido linfoide con centros germinales.

En más del 80% de los casos examinados por Baskar y Bernier se pudo demostrar la presencia de sinusoides subcapsulares.

TRATAMIENTO.

Remoción quirúrgica minuciosa. Hay recidiva si se dejan restos o simplemente se aspira o se drena la lesión.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Incluye el higroma quístico, linfadenitis, linfoma, y tumor del cuerpo carotideo; casos raros cervicales de quiste tímico y paratiroideo; lesiones piógenas, tuberculosas, actinomicóticas. Quistes y tumores de las glándulas submandibulares y parotídea, neoplasias primarias o metastásicas de cualquiera de los tejidos que se encuentran en la región de la cara lateral del cuello.

QUISTES ORALES CON EPITELIO GASTRICO O INTESTINAL.

Se han encontrado islas heterotópicas de mucosa gástrica en el esófago, intestino delgado, quistes torácicos, quistes onfalomesentéricos. Páncreas, vesícula biliar y divertículo de Meckel. Además, hubo por lo menos 14 quistes tapizados de mucosa gástrica o intestinal que se produjeron en la cavidad oral, en la lengua o en el piso de la boca - probablemente derivados de restos embrionarios traspuestos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Este quiste coristomático se presenta a cualquier edad, aunque la mayoría de los pacientes han sido bebés o niños. Presenta ligera tendencia hacia los varones.

El quiste es un pequeño nódulo que está enteramente dentro de la lengua, adelante o atrás, o en el piso de la boca, en el cuello o cerca de la glándula submaxilar. Puede ser asintomático o puede causar dificultades en la alimentación y la fonación. Algunos quistes se comunican la superficie mucosa por la estructura tubular o semejante a un conducto.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Suele estar revestido parcialmente de epitelio escamoso estratificado y parcialmente de mucosa gástrica similar a la del cuerpo y fondo del estomago, tanto con células parietales como principales. A veces se observa epitelio intestinal, con células de Paneth, caliciformes y argentófilas. Puede estar presente una mucosa muscular.

TRATAMIENTO.

Como es imposible diagnosticar clínicamente esta lesión, y raras veces se sospecha su presencia la excisión quirúrgica es el tratamiento adecuado.

QUISTES DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

Los verdaderos quistes de las glándulas salivales son raros si se eliminan los quistes branquiogénicos. Todos los casos comunicados han aparecido en la glándula parótida.

Los quistes de las glándulas salivales están generalmente tapizados por epitelio escamoso estratificado, pero un quiste registrado por Moore estaba tapizado de epitelio cilíndrico ciliado. Swinton y Warren sugirieron que ocurrían con mayor frecuencia en el lado izquierdo y que probablemente eran más frecuentes en las hembras. Parece ser que los quistes parotídeos representan aproximadamente el 1% de las masas quirúrgicas de glándulas salivales (Marshall y Miles).

MUCOCELE.

El fenómeno de retención mucosa, al que se le atribuye origen traumático, es una lesión que afecta glándulas y conductos salivales.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA.- El quiste de retención es una lesión común, si bien se han publicado unos pocos estudios que describen sus características en detalle. Antes, muchos autores opinaban que este tipo de quiste era producto de la obstrucción del conducto de una - -

glándula salival menor o accesoria. Los estudios de Bhaskar y Col, han demostrado que si se seccionaba el conducto salival de manera que la saliva se acumulara en forma continua en los tejidos, se formaba una cavidad bien demarcada que era histológicamente idéntica al quiste de retención natural.

Estas investigaciones revelan que la sección traumática de un conducto salival, como el producido por el mordisqueo de labios o carrillos o por pelliscamiento de labios con las pinzas para extracciones, procede a la formación del quiste de retención. Es posible que una obstrucción parcial crónica de un conducto salival, en contraste con la obstrucción total aguda producida experimentalmente en ratones y ratas, sea de importancia etiológica. Esa obstrucción parcial podría ser provocada por un pequeño trozo de cálculo intraductal o hasta por la contracción de una cicatriz conectiva en formación alrededor de un conducto, luego de una lesión traumática. Se han comunicado algunos casos de presencia de cálculos en conductos de glándulas salivales accesorias, pero son bastantes raros.

CARACTERISTICAS CLINICAS. - El fenómeno de retención que afecta las glándulas salivales accesorias es más frecuente en labio inferior pero también aparece en paladar, carrillo, lengua (incluidas las glándulas de Blandin-Nuhn) y piso de la boca. Además, no había predilección por grupo cronológico alguno, y las lesiones se dividían casi por igual en todas las décadas, desde el nacimiento hasta la novena década. En su estudio, también se observó una distribución igual por sexo.

Desde el punto de vista clínico, la lesión se localiza a bastante profundidad en el tejido o puede, excepcionalmente ser superficial y según la localización, presentará un aspecto clínico variable. La lesión superficial es una vesícula elevada y circunscrita, de varios milímetros a un centímetro o más de diámetro, con un tono azulado translucido. La lesión más profunda se manifiesta también como una inchazón, pero debido al espesor del tejido que lo cubre, color y aspecto superficial son los de una mucosa normal. Generalmente el quiste mucoso es único, pero en algunos casos pueden encontrarse dos o más muy próximos uno al otro, pareciéndose a un racimo de uva. Los quistes más superficiales pueden parecerse a un hemangioma, pero el color azul más intenso y el aspecto más firme del tumor vascular, lo distingue del quiste mucoso ampolloso y translúcido.

Los quistes mucosos más profundos no se reconocen tan fácilmente ya que, debido al engrosamiento de los tejidos que lo recubren, se presenta como un tumor discreto, redondo, de superficie lisa y de color rosado normal. La palpación nos muestra una masa dura, muy móvil y por ello puede confundirse el quiste con una neoplasia benigna, como un fibroma. Sin embargo el diagnóstico más definitivo de quiste mucoso puede obtenerse mediante la punción aspirativa de la lesión y la obtención de un líquido espeso, de color pajizo.

Es interesante y significativo que el fenómeno de retención mucosa está casi en su totalidad restringido a labio inferior y raras veces se encuentra en el superior, en tanto que los tumores en glándulas sali

vales de labio se localizan casi siempre en el superior y solo raras veces en el inferior. Esto podría significar que el traumatismo no desempeña papel alguno en la generación de tumores de glándulas salivales en esta localización.

El quiste de retención se forma en unos pocos días, alcanza cierto tamaño y puede persistir durante meses a menos que se trate. Algunas lesiones remiten y se agrandan periódicamente y pueden desaparecer después de un traumatismo que produce su evacuación. Sin embargo, casi invariablemente recidiva.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS. - La mayor parte de quistes de retención consisten en una cavidad circunscrita en tejido conectivo y submucosa, que produce una elevación de la mucosa con adelgazamiento del epitelio como si estuviera estirado. La cavidad propiamente dicha raras veces tiene revestimiento epitelial y por lo tanto, no es un quiste verdadero. En cambio, su pared se compone de un revestimiento de tejido conectivo fibroso comprimido y fibroblastos. A veces, estas células son tomadas por células epiteliales aplanadas. No es raro que la pared de tejido conectivo sea esencialmente tejido de granulación, pero como quiera que sea, presenta infiltración de cantidades abundantes de leucocitos polimorfonucleares, linfocitos y plasmacitos.

La luz del quiste está ocupada por un coágulo eosinófilo que contiene cantidades variables de células, fundamentalmente leucocitos y fagocitos mononucleares.

Algunos de estos quistes presentan un revestimiento epitelial

aplanado e intacto. Probablemente, esto representa simplemente la porción del conducto excretor que bordea la línea de corte, si esta es en realidad la manera en que se forman las lesiones. El revestimiento epitelial aplanado ha sido denominado epitelio del "conducto alimentador".

Los acinos glandulares salivales adyacentes a la zona del quiste y los correspondientes al conducto afectado suelen presentar alteraciones. Estas consisten en inflamación intersticial o sialadenitis, dilatación de conductos intralobulares e interlobulares con acumulación de moco y destrucción de células mucosas en acinos, lo cual origina la formación de minúsculas zonas de moco acumulado.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento de este quiste es la excisión. Si simplemente se incide la lesión, su contenido saldrá, pero rápidamente volverá a llenarse en cuanto la incisión cicatrice. Después de enuclearlo hay algunas recidivas, pero esto es menos factible si también se eliminan los acinos glandulares salivales correspondientes.

RANULA.

Es una forma de quiste de retención que aparece específicamente en piso de la boca, relacionado con conductos de glándulas submaxilares y sublinguales. La etiología y patogénea son las mismas que en el quiste de retención que afectan a glándulas salivales, si bien algunos autores opinan que pueden originarse por obstrucción del conducto o por formación de un aneurisma en el conducto.

CARACTERISTICAS CLINICAS. - Esta lesión, rara en comparación con el quiste de retención común, se presenta como una masa indolora de agrandamiento lento a un lado del piso de la boca. Como suele estar situada en profundidad, la mucosa que la cubre es de aspecto normal. Si es superficial, la mucosa tiene un color azul translúcido.

También se describe un tipo suprahiodeo sumergido que hace una hernia a través del músculo milohiideo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS. - El aspecto microscópico es similar al de quistes de retención más pequeños, excepto que a veces hay un definido revestimiento epitelial. Debido a esto, casi todos los investigadores consideran que la ránula es un verdadero quiste de esta retención, que se produce probablemente como un fenómeno de obstrucción parcial, aunque no siempre es factible comprobar la presencia de un cálculo en el conducto salival.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO. - Son los mismos, excepto que algunos cirujanos prefieren eliminar nada más el techo de la lesión y no enuclearla en su totalidad. A veces las lesiones recidivan.

HIGROMA QUISTICO (LINFANGIOMA).

El linfangioma, tumor benigno de los vasos linfáticos, es la contraparte menos común del hemangioma, y han surgido discusiones sobre la verdadera naturaleza de esta lesión (neoplasia contra hematoma) similares a las originadas en torno al hemangioma. Watso y - -

McCarthy propusieron una clasificación de los linfangiomas, sobre la base de su estudio de 41 casos.

En esta clasificación se proponen las siguientes divisiones: --
1) linfangioma simple, 2) cavernoso, 3) celular o hipertrófico, 4) sistemático difuso, y 5) quístico o higroma.

CARACTERISTICAS CLINICAS. La mayoría de los casos de linfangioma están presentes en el momento de nacimiento, según Watson y McCarthy, en cuya serie de 95 por 100 de los casos habían comenzado antes de los 10 años de edad. La edad de su aparición estaba por debajo de los 15 años en solo 71 por 100 de 42 casos registrados por Nix, en tanto que en 132 pacientes estudiados por Hill y Briggs, 88 por 100 de las lesiones se habían originado al final del segundo año de vida. A diferencia del hemangioma, la distribución por sexos del linfangioma está dividida en forma casi pareja. En los casos de Watson y McCarthy la zona de la cabeza y el cuello era el sitio de los tumores en 52 por 100 de los casos.

MANIFESTACIONES BUCALES. El linfangioma interbucal es más común en la lengua, pero también se observa en el paladar, mucosa vestibular, encías y labios. Las lesiones superficiales se manifiestan como lesiones papilares del mismo color de la mucosa adyacente o de un tono leve más rojo. Las depresiones más profundas se presentan como nódulos o masas sin alteraciones significativas de la textura superficial o el color. En algunos casos, están atacadas zonas de tejido relativamente grandes. Si está afectada la lengua, se produce un apreciable cre-

cimiento, y esta característica clínica se aplica el nombre de "macrogllosia". Litzow y Lash estudiaron 46 casos de linfangioma de lengua. Señalaron que la parte dorsal anterior era la zona lingual afectada con mayor frecuencia. La presencia de nódulos irregulares en la superficie de la lengua, con proyecciones grises y rosadas, es el signo más común de la enfermedad, y cuando está asociada con macrogllosia, es patognomónico de linfangioma.

La lesión del labio y su correspondiente deformación se denomina macroquilia. El higroma quístico es una entidad común y definida que no se manifiesta en la cavidad bucal sino que aparece en el cuello como una hinchazón grande, profunda y difusa.

Fue estudiado en particular por Bill y Sumer, y por Paltta.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS. El linfangioma, del cual el tipo más común es el cavernoso, se compone de numerosos linfáticos dilatados, tapizados de células endoteliales, y que contienen linfa. Algunos conductos están llenos de sangre.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO. El tratamiento de un linfangioma es considerablemente diferente al de un hemangioma. Probablemente, la extirpación quirúrgica sea el tratamiento más conveniente, puesto que el linfangioma es más radiorresistente e insensible a los agentes esclerosantes, como el morruato de sodio, que el hemangioma.

Estas lesiones tienen tendencia a recidivar después de su extirpación como surge de la serie de Watson y McCarthy, en la cual 41 por 100 de los casos había recidivado. Esta tendencia aumenta con la

edad del paciente.

SEUDOQUISTES DE LOS MAXILARES.

QUISTE OSEO ESTÁTICO.

El quiste óseo estático no es, a pesar de su nombre una verdadera "enfermedad quística", ya que la cavidad carece de revestimiento epitelial, no tiene cápsula.

Una forma común de tejido levemente aberrante de la glándula salival es la inclusión, durante el desarrollo, de tejido glandular en la superficie lingual del cuerpo de la mandíbula o más comúnmente, cerca de ella, en una depresión profunda y bien delimitada. Reconocida por primera vez por Stafne en 1942, esta lesión fué identificada desde entonces en muchos casos y no debería ser considerada rara.

Su frecuencia es de 0.4 por 100. La creencia general es que se trata de un defecto congénito o del desarrollo, una depresión de la superficie lingual de la mandíbula de suficiente profundidad como para dar una imagen radiotransparente bien limitada.

Muchas veces es necesaria la exploración quirúrgica para diferenciar la concavidad mandibular lingual de otras lesiones distintas de aspecto parecido pero anatomopatológicamente diferentes, como la neoplasia benigna central, los quistes verdaderos e incluso el mieloma - muestra que a) el defecto es una depresión o concavidad de localización lingual, b) está recubierta por tejidos blandos normales, y c) puede contener tejido linfoide, musculatura estriada, tejido graso, tejido glandu -

lar salival submaxilar. Cuando se encuentran los componentes de la - - glándula salival, puede hallarse una conexión con la glándula submaxilar principal y representa un atrapamiento del tejido glandular.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS. - La lesión, por lo general asintomática y descubierta durante el exámen de rutina, aparece como una imagen radiolúcida ovoide situada entre el conducto dental inferior y el borde inferior de la mandíbula, inmediatamente delante del ángulo. A veces es bilateral Boerger y Coles, Harvey y Noble han señalado que el defecto radiolúcido puede ser el enclavamiento de tejido de glándulas salivales en la mandíbula durante el desarrollo embrionario, o más frecuentemente, una indentación sobre la superficie lingual de la mandíbula, quedando una parte de la glándula submaxilar dentro del defecto.

Las lesiones pueden ser consideradas apropiadamente como un defecto de desarrollo más que una lesión patológica y una vez diagnosticada, no necesitan tratamiento. Puede y debe ser diferenciada del quiste óseo "traumático" o hemorrágico pues, casi invariablemente, este se localiza sobre el conducto dental inferior en la radiografía periapical intrabucal, mientras que la depresión por la glándula salival se encuentra debajo del conducto. Sin embargo, a veces es imposible hacer el diagnóstico diferencial definitivo sin la exploración quirúrgica.

Asimismo, se observó que puede haber una depresión o inclusión de la glándula salival sublingual en la superficie lingual del segmento anterior de la mandíbula. Esta afección fue estudiada por Miller

y Winnick. Estas lesiones asintomáticas aparecen, por lo común, como imágenes radiolúcidas bastante mal circunscritas, entre la zona del incisivo central y la zona del primer premolar. Son mucho menos comunes que la lesión posterior.

QUISTE OSEO ANEURISMÁTICO.

Es una lesión ósea solitaria interesante que fue separada por Jaffer y Lichtenstein en 1942 como una entidad independiente. Localizado en los maxilares, el "quiste" óseo aneurismático, se parece algunas veces al tumor aneurismático de células gigantes, es una lesión central, poco frecuente y única de los maxilares. No es un verdadero quiste, ya que no está revestido de epitelio.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS. - El quiste óseo aneurismático es una lesión de personas jóvenes, que se produce predominante antes de los 20 años, sin preponderancia de sexo. La lesión, empero, se da en adultos, se suele obtener una historia de lesión traumática precedente al desarrollo de la lesión.

Se observaron quistes óseos aneurismáticos en casi todos los sectores del esqueleto, si bien el 50 por 100 de todos los casos se producen en los huesos largos y columna vertebral. También se ven lesiones en clavícula, costillas, hueso hiliaco, cráneo y huesos de pies y -- manos, así como en otros sitios. En ellos la localización más frecuente es en la mandíbula, aunque se han publicado también lesiones en el maxilar superior.

Las lesiones son sensibles o duelen, en particular durante el movimiento, y esta sensibilidad llega a limitar el movimiento del hueso afectado. También es frecuente la hinchazón de la zona afectada.

Los hallazgos macroscópicos en el momento de la operación son característicos. Antes de penetrar en la lesión se encuentra una excesiva hemorragia y la sangre "mana" de los tejidos. Más bien se compone de una cavidad ósea llena de un tejido fibroso, que contiene vasos cavernosos o sinusoides, que son espacios llenos de sangre. Se describió al tejido como semejante a una gran esponja empapada de sangre, con grandes poros que son los espacios cavernosos de la lesión. En los estudios manométricos llevados a cabo por Biesecker y Cols., algunos quistes tenían niveles de presión vascular tan elevado como los arteriolares.

MANIFESTACIONES BUCALES. - El quiste óseo aneurismático se da con cierta frecuencia en los maxilares, aunque es probable que muchos estén mal diagnosticados como otras lesiones óseas. En una revisión reciente, Daugherty y Eversols encontraron 17 casos en los maxilares, 11 en el inferior y 6 en el superior. De ellos, el 80 por 100 correspondían a pacientes menores de 20 años, aunque los extremos iban de los 6 a los 59. Había una leve preponderancia en el sexo femenino.

La frecuencia de este quiste en el adulto es muy dudosa. -- Stafne consideró que el quiste nasopalatino es el más común de los -- quistes de desarrollo, siendo observado en 1 de cada 100 pacientes.

Se han propuesto diversas teorías para explicar la formación de quistes en los conductos nasopalatinos, como el trauma, infección bacteriana, bloqueo inflamatorio o mucoso del conducto, etc. Estas diversas teorías las explican bien Abrams y colaboradores.

No hay predilección sexual. Muchos casos pasan inadvertidos hasta que se diagnostican en radiografías habituales. Sin embargo, la mayoría de los pacientes en los cuales el quiste llega a ser clinicamente evidente se encuentran en la cuarta y sexta década de la vida. Los quistes nasopalatinos son generalmente indolorosos, excepto cuando se infectan.

Así, un 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 de forma simétrica, o puede ser central y de forma acorazonada.

ASPECTO CLINICO.

Los signos clínicos de los quistes nasopalatinos no son frecuentes ya que suelen ser de pequeño tamaño y localizarse en zonas profundas del maxilar anterior, es difícil descubrirlos en muchas veces hay -- un agrandamiento de la línea media anterior en paladar. Los quistes --

QUISTE NASOPALATINO

(*Maxiliares anteriores medianos*)

Incluyen los quistes del conducto incisivo y los de la papila palatina (Thoma). 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 (Zegarelli).

El quiste del conducto incisivo es un saco intraóseo cerrado, tapizado por epitelio. Cuando esta localizado por debajo del agujero in cisivo se denomina quiste de la papila palatina.

Embriológicamente, el conducto incisivo que comunica las ca vidades nasal y bucal se forma cuando los procesos palatinos maxilares se fusionan con el premaxilar, dejando dos vías de comunicación, una a cada lado del tabique nasal. Dentro de cada conducto se encuentra un DUCTOS nasopalatinos, cordón o restos celulares epiteliales. Al aproximarse estos conductos a la superficie de la cavidad bucal, se dirigen hacia adelante y generalmente se unen antes de terminar como una aper tura común con el hueso palatino inmediatamente por detrás de la papila palatina. Los conductos incisivos también contienen las raíces terminales de las arterias palatinas descendentes y esfenopalatina, el nervio nasopalatino y glándulas salivales menores. El tipo de epitelio se compone de acuerdo a su localización: encontramos desde epitelio respirato rio, cuboideo y finalmente estratificado al acercarse a la cavidad bucal.

más pequeños e incluso los de tamaño moderado, pueden ser asintomáticos, no habiendo agrandamiento ni asimetría y muchas veces ni síntomas subjetivos.

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

Hay tumefacciones en una mitad de los pacientes con quistes del conducto incisivo y en todos los que tienen quistes de la papila palatina. El drenaje o supuración es una secuela frecuente.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO.

El diagnóstico puede ser difícil y no es posible hacerlo con seguridad, si el diámetro es menor de 0.6 cm. ya que la fosa incisal-normal puede ser grande inmediatamente por encima o junto al ápice de un incisivo central. El quiste se encuentra siempre en la línea media y es circular u oval. Puede quedarse simulada una forma en corazón si se superpone la espina nasal en la radiografía en las vistas oclusales, - el quiste aparece por detrás de los incisivos.

ASPECTO HISTOLOGICO.

Los quistes pueden ser tapizados por completo o parcialmente por epitelio escamoso estratificado, transicional, cilindrico ciliado seu-
doestratificado, cuboideo. El revestimiento más común es el escamoso-
estratificado, algunas veces se encuentran células caliciformes pero so-
lo en asociación con el epitelio respiratorio. La formación de coleste-
rol es muy rara. Aunque se ha dicho que en los quistes nasopalatinos -
hay con frecuencia elementos glándulares mucosos. Se puede observar
formación de cartilago junto a los quistes de la papila palatina, pero -
solo raras veces junto a los quistes del conducto incisivo, se observan
incluso algunos fragmentos musculares.

QUISTE DEL CANAL INCISIVO.

Se forma en la parte anterior del maxilar, entre los ápices -
de los incisivos centrales. Crece a partir de los residuos inferiores y
de la línea media del conducto palatino, en sí es una variante del quis-
te nasopalatino. Por lo general no da manifestaciones clínicas descu-
briéndose únicamente por medios radiológicos. Se presenta como una -
zona radiotransparente redonda bien delimitada, no hay relación con la
vitalidad pulpar de los dientes involucrados. Algunas veces es de forma
ovalada, por la presencia de las raíces de los incisivos.

QUISTE DE LA PAPILA PALATINA.

Quiste del desarrollo poco frecuente en los tejidos blandos -
que hay por encima del agujero incisivo y no en el hueso. Se observa-

como una tumefacción de superficie lisa, por detrás, de los incisivos centrales. Debido a su localización del tejido blando y a su vulnerabilidad a los traumas, se rompe muy a menudo, formandose una fístula diminuta con contenido de líquido acuoso, salado.

QUISTE DE LA LINEA MEDIA DEL MAXILAR.

Este quiste del desarrollo ocurre en forma característica en la línea media del maxilar, creciendo a partir de los residuos epiteliales que han quedado allí atrapados. También se llama Quiste de la línea media o quiste medio alveolar cuando se localiza en la parte lingual del incisivo medial y Quiste palatino medio cuando es más posterior siguiendo la línea media.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Su aspecto clínico es muy variable, los quistes más pequeños e incluso los de tamaño moderado pueden ser asintomáticos, no habiendo agrandamiento ni asimetría y muchas veces ni síntomas subjetivos. Estos quistes suelen descubrirse accidentalmente por exploración radiográfica.

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

casos se descubre un conducto fistuloso por el que se obtiene un líquido seroso o purulento.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El quiste esta recubierto por epitelio escamoso o, por epitelio respiratorio, en ambos casos el epitelio esta recubierto por una capsula de tejido fibroso. El espacio quistico suele estar libre de elementos inflamatorios, pero cuando se desarrolla una infección secundaria, la histología muestra un infiltrado inflamatorio.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS.

La lesión puede ser de forma redonda, ovalada o elíptica, mostrandose como una zona radiotransparente situada al centro o en la línea media del maxilar. Cuando la localización es más anterior (quiste medio alveolar) puede extenderse entre las raíces de los incisivos centrales e incluso desplazarlos de su posición normal, sin afectar la vitalidad del diente.

El quiste palatino medio, de localización más posterior, suele ser de forma redonda u ovalada y muy pocas veces afecta a la posición de los dientes maxilares.

TRATAMIENTO.

Consiste en la excisión quirúrgica del quiste, evitando la lesión de los dientes próximos.

QUISTE MEDIO MANDIBULAR.

El quiste mediano mandibular es una entidad dudosa. Representa posiblemente a un quiste de desarrollo que resulta de la inclusión de epitelio atrapado en el canal evanescente del proceso mandibular del embrión de 10 a 14 mm. Puede tener origen en una degeneración quística de un germen dental supernumerario, lo cual no es probable.

El quiste se localiza en la mandíbula por debajo de los ápices de los incisivos centrales (es decir, en una posición inferior a la de un quiste dental en la región de la sínfisis). Los quistes han sido ovalados, redondos, irregulares e incluso multiloculares. Los dientes adyacentes son vitales.

ASPECTOS HISTOLOGICOS.

Los quistes han estado tapizados por epitelio escamoso estratificado o una combinación de epitelio de este tipo y cilíndrico ciliado.

Su patogenia, aspecto clínico y características radiológicas son similares a las descritas anteriormente, (Zegarelli).

QUISTE LINGUAL ANTERIOR.

Se han mencionado varios quistes linguales anteriores a la línea media, pero en algunos casos se ha demostrado que se trata de quistes epidermoides de inclusión. Fusaria y Fink, describieron, la presencia de epitelio de revestimiento era cilíndrico ciliado seudoes-tratificado. Quinn, encontró epitelio escamoso estratificado.

Sobre el origen de tales quistes en el epitelio atrapado entre las dos mitades de la lengua durante el desarrollo embriológico no pueden reevaluarse hasta haber analizado varios casos; sin embargo, parece ser una hipótesis razonable.

QUISTE DERMOIDE.

Es un quiste del desarrollo tapizado por epidermis y apéndices cutáneos. Probablemente es debido al enclavamiento de ectodermo durante el cierre de las fisuras embrionarias que ocurren en la tercera y cuarta semana in utero.

Los quistes dermoides ocurren con mayor frecuencia en el -- suelo bucal, y los clasifican como quiste dermoide mesial (línea media) y lateral. Tienen su origen por encima del músculo milohioideo, aunque pueden penetrarlo a través de un hiato de desarrollo.

En el quiste medial, el atrapamiento de epitelio en la línea - media probablemente ocurre en la fusión de los arcos branquiales primero (maxilar) y segundo (hioideo), es decir, por la fusión de los procesos laterales a cada lado del arco maxilar en el tubérculo impar, para formar la lengua anterior y el suelo de la boca.

El quiste lateral es hallado entre la cara lateral de los músculos genianos y el milohioideo.

El quiste dermoide contiene siempre tejidos y estructuras de origen no epitelial. Tienen diversas localizaciones, como son el paladar, ángulo de la mandíbula, glándulas salivales y en los testículos y en los

ovarios. Sin embargo, en la región de la boca la localización es más frecuente, en la línea media del suelo de la boca.

ASPECTO CLINICO.

Cuando está por encima del músculo genihioideo (quiste dermoide sublingual o geniogloso), el quiste es una masa o tumoración de tamaño variable (2 o más cm. de diámetro), redonda, de superficie lisa, bien delimitada, de color rosado, situada en la línea media del suelo de la boca. La palpación muestra muchas veces que la masa es semisólida, pero su consistencia depende del contenido, variable, del quiste. Cuando es demasiado grande ocasiona desplazamiento de la lengua produciendo dificultad para hablar, comer, e incluso respirar, debido a la presión ejercida sobre la epiglotis.

Si es más profundo (es decir, entre los musculos genohioideo y milohioideo, puede causar un abultamiento en la región submentoniana. Se observa por una hinchazón lenta e indolora en la región submentoniana que se extiende desde el maxilar inferior hasta el hueso hioides, dando el aspecto de mentón doble. Al aumentar de tamaño, puede empujar a la laringe hacia abajo y su crecimiento hacia arriba provoca un abombamiento en el suelo de la boca. Es de tamaño variable, pero puede llegar hasta varios cm. Generalmente da una impresión pastosa a la palpación, pero también puede ser fluctuante, según su contenido.

ASPECTO HISTOLOGICO.

El revestimiento del quiste es un epitelio escamoso estratifi

cado queratinizante. Hay uno o varios apéndices cutáneos, como folículos pilosos, glándulas sudoríparas o glándulas sebáceas. Su cavidad está llena de queratina y material sebáceo. Solo se encuentran pelos en raras ocasiones.

TRATAMIENTO.

Es siempre la extirpación quirúrgica, auxiliado por un estudio histológico.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO DE LOS QUISTES

Como signos típicos de un quiste en la radiografía tenemos:

- 1.- El espacio periodontal se ensancha en el foramen periapical formando la cavidad quística.
- 2.- Se observa un desplazamiento de las raíces o de las paredes de la cavidad neumática contigua -cavidad nasal, seno maxilar-.
- 3.- Se encuentra una transparencia homogénea.
- 4.- La forma es redonda, muchas veces similar a una pompa de jabón.

Las transparencias pueden tener intensidades diferentes, entonces se habla de homogéneas, no homogéneas o manchadas.

El quiste se presenta en la radiografía como formaciones huecas con una cavidad o varias. La forma del quiste es de forma redonda u ovalada dependiendo de las circunstancias anatómicas, porque por regla general, el quiste crece en dirección de la menor resistencia (esponjosa-línea oblicua interna).

La delimitación es una característica en presencia de un quiste, observándose marcadas líneas de condensación. Algunos quistes --- muestran hacia un lado tales líneas, y hacia el otro lado ninguna línea de condensación.

En quistes que se desarrollan hacia la nariz o el seno maxilar, se observa a menudo un desplazamiento de las cavidades vecinas - en la radiografía. Muchas veces se encuentra también una superposición.

Por ejemplo: que la línea quística y la línea del piso nasal y, el quiste y la línea del antro se entrecruzan.

Contornos dobles como delimitación de quistes se encuentran, cuando han sido destruidas las compactas vestibular y bucal en los maxilares superior e inferior. Una de las líneas muestra el grado de la reabsorción vestibular, la otra línea indica el límite de la reabsorción bucal. Una transparencia totalmente homogénea presenta quistes que están ubicados en medio del hueso maxilar, mientras que los quistes que se han desarrollado más adentro de los tejidos blandos y han reabsorvido poco hueso, muestran una transparencia algo no homogénea.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La localización de la tumefacción puede dar un importante indicio sobre la naturaleza del quiste. Aunque los quistes radicales y dentíferos aparecen en cualquier parte de la boca, los primeros se encuentra con más frecuencia en los dientes anteriores, mientras que los segundos rodean más a menudo las coronas de caninos maxilares impactados y terceros molares o premolares de la mandíbula. El quiste pri-mordial esta generalmente localizado en la zona del tercer molar infe-rior y desde allí se extiende muchas veces dentro de la rama. Los --- quistes fisurales, con una excepción, estan limitados al maxilar supe-rior y los quistes óseos solitarios y quistes óseos idiopáticos se en---cuentran en la mandíbula.

Los quistes de los maxilares no suelen provocar dolor, a no-ser que infecten. Aunque los grandes quistes de la mandíbula casi siempre envuelven el fascículo neurovascular, cuando no hay infección, es -muy raro que haya anestesia. La vitalidad de los dientes próximos a un quiste no infectado no se altera incluso cuando es grande y el soporte -óseo se haya perdido en gran parte. Sin embargo, puede existir una --pérdida temporal de la respuesta vital en los dientes adyacentes a quistes infectados.

No todos los quistes maxilares forman radiotransparencia bien definidas, redondas u ovaladas con márgenes radiopacos nítidos. Los -factores que influyen en la imagen radiográfica son numerosos e inclu-

yen el tipo de quiste, la localización, la intensidad de destrucción ósea y si el quiste está infectado o no. Por otra parte, no todas las radiotransparencias bien definidas son quistes, ya que varios tumores odontogénicos (ameloblastoma, fibroma ameloblástico, mixoma odontogénico, etc.) y otras lesiones (granuloma de células gigantes, hemangioma, etc) pueden producir imágenes radiográficas prácticamente iguales.

Estructuras anatómicas normales como el seno maxilar. Agujero mentoniano y fosa incisiva pueden ser confundidas con quistes, sobre todo si presentan alguna variación en cuanto a su posición o formación y son necesarias varias vistas radiográficas para un diagnóstico diferencial. Hay que tomar un mínimo de dos vistas intrabucales formando ángulos rectos entre si. Lo ideal es tomar también vistas intrabucales oclusales y laterales, así como una vista extrabucal oblicua lateral. Algunas veces son necesarias otras vistas, por ejemplo una craneal lateral o una occipitomenta; se puede emplear un medio radiopaco, especialmente en el caso de un quiste nasoalveolar. Algunas veces es ventajoso el uso de la tomografía.

La forma de los quistes tiende a deformarse al dilatarse éstos. Los quistes mandibulares tienden a abultar en dirección labiobucal. Salvo los situados en la zona del tercer molar, que muchas veces se dilatan en dirección lingual a causa de la placa cortical más delgada de dicha zona.

Desde un punto de vista práctico, hay pocos quistes de los maxilares que pueden ser diferenciados entre si basandose sólo en un-

exámen microscópico. Generalmente, son necesarios los datos radio--gráficos y otras informaciones, como la amnesia, aspecto clínico y --signos observados en las pruebas de vitalidad dental para establecer -- un diagnóstico definitivo. Sin embargo, pueden ser de utilidad las si--guientes observaciones:

1.- Los quistes gingivales, periodontal, dentígero, primor--dial y fisural (globulomaxilar, maxilar anterior mediano, nasoalveolar, etc.) están generalmente tapizados por epitelio escamoso estratificado--no queratinizante situado sobre un tejido conjuntivo fibroso denso, mien--tras que el quiste dermoide está tapizado por un epitelio escamoso es--tratificado queratinizado y apéndice cutáneos.

2.- Los quistes fisurales del maxilar están no raras veces -- tapizados por una delgada capa de epitelio queratinizado. A menudo se observan glándulas mucosas y agrupaciones de vasos sanguíneos y ner--vios en la pared del tejido conjuntivo del quiste maxilar anterior media--no. Por otra parte el quiste dentígero mandibular puede estar tapizado--en parte por células calciformes o posee folículos linfoides o restos de células epiteliales de bajo del revestimiento de la pared quística. Estos restos de Malassez proliferados originan algunas veces un diagnóstico -- erróneo de ameloblastoma.

3.- Los quistes radicular, periodontal y fisural presentan ge--neralmente un infiltrado inflamatorio crónico secundario muy rico en -- células plasmáticas. Esto se observa con mucha menor frecuencia en -- los quistes dentígero, primordial o gingival.

TRATAMIENTO

TECNICA QUIRURGICA

Sin tomar en cuenta la etiología, naturaleza o localización del quiste, existen 2 métodos generales de tratamiento:

1.- Enucleación de todo el quiste

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

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

1.- ENUCLEACION DE TODO EL QUISTE.

Principalmente se usa en quistes óseos.

El acceso al quiste óseo tiene que lograrse cortando y levantando el mucoperiostio. La naturaleza del método quirúrgico depende de la localización y extensión del quiste. El hueso suprayacente tiene que quitarse con cinceles, alveolotómos o fresas para hueso. Muchas veces el hueso es sumamente delgado y puede quitarse fácilmente con una -- pinza hemostática. Frecuentemente existe eroción a través de todo el -- hueso y la membrana quística se inserta al periostio o cubierta de tejido blando y tiene que ser separada de éstos. Ello se complica a veces con infección secundaria y formación fistuloso con gran cantidad de tejido cicatrizal. El saco quístico tiene que ser expuesto para levantarlo cuidadoso y de su lecho óseo, la cureta de hoja delgada es un instrumento adecuado para despegar la pared quística del hueso.

2.- OPERACION DE PARTSCH O MARSUPIALIZACION.

Consiste en la excisión de la pared superior de la ránula suturando la cubierta del quiste a la mucosa del piso de la boca y haciéndola continua con la cavidad bucal.

TECNICA: Se coloca una serie de suturas alrededor de los -- márgenes del quiste; las suturas atraviezan la mucosa normal del piso de la boca y la pared del quiste. Cuando el quiste está bien delineado con las suturas se hace la excisión de la pared superior inmediatamente por dentro de las suturas. El fondo del quiste se eleva a su posición normal al salir su contenido líquido y se hace continuo con el piso de la boca. La membrana quística se transforma y asume las características de los tejidos adyacentes.

Algunos operadores quitan una pequeña porción de la pared superior, aspiran el contenido del quiste y lo limitan llenándolo con gasa esteril. Se termina la disección de la pared superior del quiste y se colocan las suturas perifericas.

Este procedimiento se hace mejor con anestesia local con bloqueo del nervio lingual. La infiltración local complementaria no suele ser necesaria. Si la tumefacción atravieza la línea media entonces es necesario el bloqueo bilateral.

ENUCLEACION DEL MUCOCELE.

Se hace una incisión cuidadosa a través del epitelio delgado suprayacente, que suele estar tenso sobre el quiste mucoso. Una incisión de alternativa que preserva la membrana mucosa suprayacente, para ayudar a asir el tejido durante la enucleación del mucocele, frecuentemente facilita la disección. Generalmente el quiste mucósico tendra a sobresalir de su lecho de tejido blando, y puede liberarse cuidadosamente usando disección roma con pinzas de hemostasia curvas, cureta, o elevador del periostio pequeños. Deberá tener gran cuidado de no romper el saco, puesto que entonces la disección sería más difícil y no se podría tener la certeza de haber eliminado el quiste en su totalidad. En este tipo de lesiones las recidivas son comunes. Shira ha descrito una técnica con la que aspira el contenido de un mucocele e inyecta una mezcla ligera de alginato o material de impresión con base de caucho, esto endurece y delinea claramente toda la extensión de la lesión, ayudando así a disecarla.

COMPLICACIONES.

La complicación más común en el tratamiento de un quiste es el romper el epitelio (cápsula) que lo cubre, y su remoción o eliminación será más cuidadosa, cerciorandose en no dejar restos que pudieran provocar recidiva del mismo.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIA.

Las posibles complicaciones de enucleación o marsupialización del quiste congénito o embriológico incluyen tumefacción, infección, formación de hematomas, traumatismos de nervios motores y sensitivos, hemorragia primaria o secundaria, fístula bucal, fracturas de huesos y obstrucción de vías respiratorias. El traumatismo de nervios motores y la obstrucción de vías respiratorias ocurren principalmente al extirpar lesiones que exige disección en cuello y región submandibular.

La mejor manera de evitar complicaciones es prevenirlas por un diagnóstico completo, un buen juicio quirúrgico y una técnica quirúrgica correcta. Sin embargo, las complicaciones ocurren y conviene conocerlas para tratarlas cuando se presenten.

El edema es normal y fisiológico después de procedimientos quirúrgicos en maxilares 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.

La posibilidad de infección puede ser mínima usando antibió-

ticos y una buena técnica quirúrgica,⁹ y siguiendo estrictamente las reglas de asepsia. Cualquier infección aguda que se presente en estas -- lesiones debe dominarse perfectamente antes de hacer cualquier inter--
vención quirúrgica.

El hematoma puede evitarse cohibiendo la hemorragia inicial-
y por el uso adicional de apósitos y presión. Los vasos de grueso cali-
bre deben ser ligados,³ pero la hemorragia suele provenir de regiones-
inaccesibles a la ligadura y se cohibe por la presión. Los colgajos de-
tejido blando deben suturarse bien y se aplicará presión externa adecua-
da en la herida durante las primeras horas del postoperatorio.

Los troncos nerviosos sensitivos generalmente están desplaza-
dos por las lesiones quísticas,⁷ y muchas veces puede separarse la pa-
red del quiste del nervio, por disección cuidadosa. Cuando se descubre
un nervio sensitivo en una cavidad, suele ocurrir parestesia. La dura-
ción del trastorno no puede predecirse por que la velocidad de regenera-
ción del nervio varía considerablemente. Sin embargo, los troncos -
nerviosos grandes generalmente no se cortan durante procedimientos -
quirúrgicos cuidadosos, y suele recuperarse la sensibilidad.

CONCLUSIONES

Después de haber concluido este trabajo, estamos seguros, de que será un eficaz auxiliar, para quien lo consulte.

Podemos concluir:

- 1.- Conocer los quistes más comunes en cavidad oral, siendo estos una gran variedad, presentando una clasificación con mayor valor práctico que científico, ya que puede existir confusión por su semejanza clínica, basados en esto los diferenciamos por:
 - a).- Su localización, con el previo conocimiento de la zona en la cual se presenta la patología.
 - b).- Por su etiología, tomando en cuenta la diferenciación existente durante el proceso embrionario (atrapamientos epiteliales) o adquiridos (trauma o proceso inflamatorio).
- 2.- Saber las características clínicas, radiológicas e histológicas de cada uno, para poder llevar a cabo un buen diagnóstico -- Clínico y Diferencial; basándonos en:
 - a).- La presencia de un proceso inflamatorio en ocasiones infeccioso, con presencia tumoral en algunos casos, parestesias parciales cuando se haya involucrado algún tronco nervioso, - asimetrías faciales (según sea la zona en que localicemos al quiste) y, en general una buena anamnesis dental.

- b).- Radiográficamente por su radiolucidez bien delimitada, característica de los quistes, tomando en cuenta las referencias de las zonas anatómicas radiológicas para evitar equivocación en el Diagnóstico; por ejemplo podemos confundir el agujeromentoniano con un quiste a nivel del primero y segundo premolar inferior (mandíbula).
- c).- Por medio de un estudio histológico, comprobamos el contenido quístico, y poder confirmar el tipo de quiste al que nos referimos; debido a que la mayoría presenta epitelio escamoso estratificado, con anexos de queratina, tejido conjuntivo o células de otro tipo como sebáceas y glandulares, etc.
- 3.- Complicaciones; estas implican destrucción ósea, con crepitaciones, desplazamiento de tejidos blandos y órganos dentarios, en algunas ocasiones hay comunicación con otras regiones como son las fosas nasales, seno maxilar, etc. En pocos casos tienden a malignizarse.
- 4.- El tratamiento se lleva a cabo con una buena excisión quirúrgica, con todos los riesgos que esta impone, buscando un pronóstico favorable. Y esto depende en mayor parte de la técnica quirúrgica que se emplee y siendo esta conservadora, es decir, sin involucrar la vitalidad de los órganos dentarios.

BIBLIOGRAFIA

- BHASKAR S.N.** Patología Bucal
Librería el "Ateneo" Editorial
Buenos Aires. 1977
Supervisión de la obra Guillermo A. Ries Centeno
- GORLIN ROBERT J.** Patología Oral
1973 Salvat Editores S.A. Barcelona (España)
Reimpresión 1980
Traducido al Español por: Dr. Joaquín Felipe Llinás
- HARNISCH HERBERT.** Clínica y terapéutica de los
Quistes Maxilares.
Editorial Quinta Escencia 1973
Traducido al Español por: Dr. Bernardo Schwarcz
- KRUGER GUSTAV O.** Tratado de Cirugía Bucal
Editorial Interamericana.
4a. Edición 1978
Traducido al Español por: Dra. Georgina Guerrero.
- SHAFFER WILLIAM G.** Tratado de Patología Bucal
Editorial Interamericana.
3a. Edición 1977
Traducido al Español por: Dra. Marina G. de Grandi
- ZEGARELLI EDWARD V.** Diagnóstico en Patología Oral
1972 Salvat Editores S.A. Barcelona (España)
Reimpresión 1979
Versión española publicada por Lea & Febiger de Filadelfia.