

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



CARACTERISTICAS CLINICAS, HISTOLOGICAS Y RADIOGRAFICAS  
DEL GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES DEL  
FIBROMA OSIFICANTE CENTRAL Y DE LOS QUISTES  
NO ODONTOGENICOS

**TESIS PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

**MARIA DE LOURDES LOZANO ECHANIZ**

ASESOR: DR. MARIO ALBERTO SERNA SALINAS

GUADALAJARA, JAL., 1988

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

" CARACTERISTICAS CLINICAS, HISTOLOGICAS Y RADIOGRAFICAS DEL GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES, DEL FIBROMA OSIFICANTE CENTRAL Y DE LOS QUISTES NO ODONTOGENICOS".

I N D I C E

	Página
Introducción.....	1
CAPITULO I Anatomía de las estructuras óseas normales de los maxilares.....	3
- Maxilar superior.....	5
- Maxilar inferior.....	20
CAPITULO II Características clínicas, radiográficas del - granuloma central de células gigantes, fibroma osificante central, y de los quistes no odontogénicos.....	26
- Quiste globulomaxilar.....	39
- Quiste palatino medio.....	42
- Quiste nasopalatino.....	43
- Quiste nasolabial.....	48
- Quiste aneurismático.....	50
- Quiste óseo estático .....	51
- Quiste óseo traumático.....	53
CAPITULO III Tratamiento del granuloma central de células - gigantes, fibroma osificante central y de quistes no odontogénicos.....	57
Conclusiones.....	65
Bibliografía.	

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

Para el conocimiento de las enfermedades de la cavidad bucal, es necesario éxito en el diagnóstico para poder hacer un buen tratamiento.

Es primordial para esto, conocer todo lo que se sabe acerca del área afectada, su anatomía, ya sea en tejidos blandos o duros, el sitio donde se encuentra la enfermedad y también tomar en cuenta, las estructuras - que rodean el área afectada, para poder curar y evitar un accidente.

Debemos conocer para esto, las causas, características clínicas, histológicas y radiográficas de la enfermedad, para darnos seguridad y calidad al trabajar y evitar que se vean limitadas las aptitudes y tendernos ante un fracaso.

Existen muchas enfermedades de la cavidad bucal que se parecen en el inicio de su aparición y aún meses después de su evolución, y esto hace que el clínico dude de su diagnóstico.

Para evitar toda inseguridad, necesitamos hacer un diagnóstico precoz con análisis radiográficos comparativos y, verificar las características clínicas, incluyendo estudios histológicos.

Se pueden presentar enfermedades graves en los que está de por medio la vida del paciente, y hay ocasiones en que el diagnóstico no es consciente ni inmediatamente realizado, y como hay lesiones que no tienen - signos y síntomas específicos de la lesión, puede confundirnos y equivocar el tratamiento o ser retardado y llevar a la muerte al paciente.

Por todo ello, se me ha permitido en esta tesis, dar una ayuda práctica y comparativa al estudiante o clínico para éxito en su tratamiento, pues como he dicho anteriormente el diagnóstico precoz y certero, es ne-

cesario para un buen tratamiento.

En este trabajo haremos un análisis radiográfico comparativo del granuloma central de células gigantes, del fibroma osificante central y de los quistes no odontogénicos de los maxilares.

## C A P I T U L O I

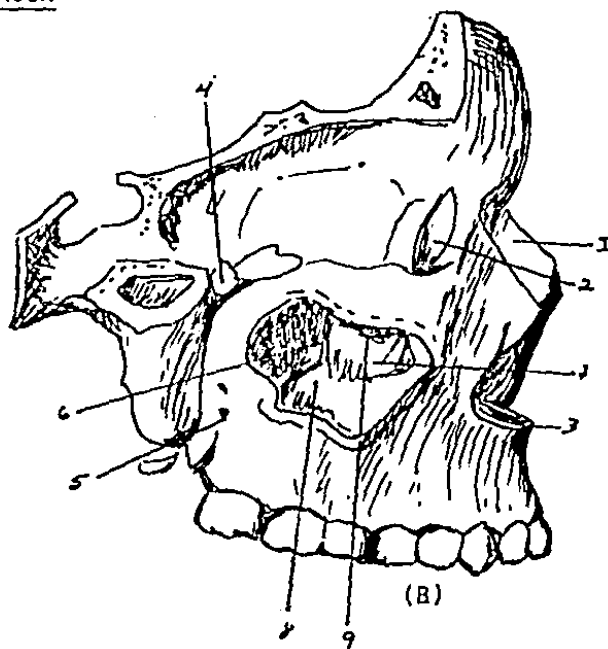
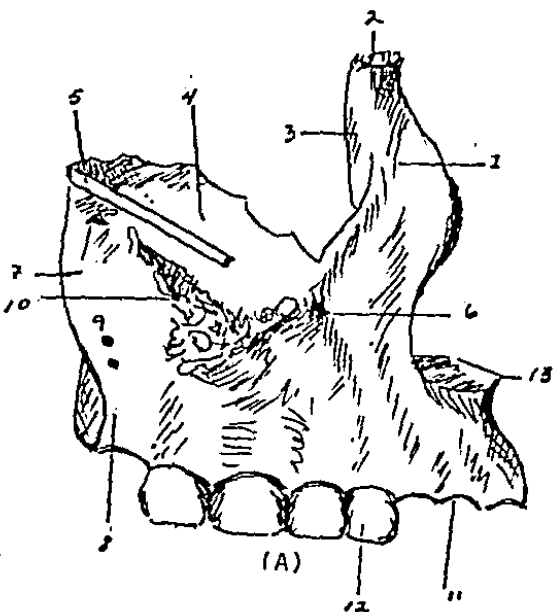
### ANATOMIA DE LAS ESTRUCTURAS OSEAS NORMALES DE LOS MAXILARES.

Este capítulo es de suma importancia, pues la necesidad de conocimiento en relación a la anatomía en el campo odontológico, hace de este capítulo, esencial para la práctica del clínico.

Es menester estar relacionado con ello, pues es un magnífico guía, dándonos como puntos de referencia; las concavidades convexidades, protuberancias, orificios etc., facilitando así la maniobra a realizar.

Dicho lo anterior, iniciaremos con el maxilar superior para continuar con el maxilar inferior.

## MAXILAR SUPERIOR



A.- 1.- Apófisis ascendente; 2.- Extremidad superior de esta apófisis; 3.- Canal labrado en su cara externa, contribuyendo a formar el canal lagrimal; 4.- Cara orbitaria; 5.- Canal suborbitario; 6.- Agujero suborbitario; 7, 8.- Borde posterior o tuberosidad del maxilar; 9.- Agujeros dentarios posteriores; 10.- Vértice de la apófisis piramidal, para articularse con el hueso malar; 11.- Borde inferior - o alveolar; 12.- Dientes; 13.- Espina nasal anterior. (CARA EXTERNA).

B.- 1.- Hueso propio de la nariz; 2.- Canal lacrimal; 3.- Espina nasal anterior; 4.- Agujero esfenopalatino; 5.- Agujeros dentarios posteriores; 6.- Porción del palatino, que estrecha el orificio de entrada del seno maxilar; 7.- Apófisis articular de la concha inferior; 8.- Parte posterior de la entrada del seno; 9.- Apófisis unciforme del etmoides. (CARA INTERNA DE LA ORBITA).

## MAXILAR SUPERIOR.

El maxilar superior es el más importante de todos los huesos de la mandíbula superior. Existen 2 maxilares superiores formando el esqueleto de la cara entre la boca y los ojos. Es un hueso de forma cuadrilátera, ligeramente aplanado de afuera adentro.

Muchas de sus características se observan con mayor detalle en las anterior y base del cráneo.

El centro o cuerpo de cada maxilar es una zona deprimida cóncava debajo de cada órbita.

Como el cuerpo del maxilar es hueco, contiene un gran seno llamado seno maxilar o antro de Higmoro que es una serie de expansiones de la cavidad nasal, y hace que esta cavidad del hueso pierda peso y con la circunstancia favorable de disminuir muy poco su resistencia.

El maxilar presenta a las piezas dentarias sus correspondientes puntos de implantación, y entra en la constitución de las principales regiones y concavidades de la cara.

Este hueso presenta: 2 caras: interna y externa.

4 bordes.

4 ángulos.

### CARA INTERNA.-

En la porción interna, forma la curva cóncava notable de la escotadura nasal, que hacia abajo se prolonga en la espina nasal anterior; inferiormente, se continúa con el borde alveolar y con el borde posterior, eminencia redondeada que parte hacia abajo de la apófisis piramidal.



Al examinar esta cara, lo primero que llama la atención, es la presencia de los 3/4 superiores con el 1/4 inferior de una ancha apófisis - que se extiende horizontalmente hacia adentro para ir a un encuentro de la apófisis similar del lado opuesto: apófisis palatina.

a) Apófisis Palatina

Constituye alrededor de 3/4 partes del paladar óseo y se proyecta - desde la unión del cuerpo y del borde alveolar y se une con la del lado opuesto en la cresta nasal. La apófisis palatina por ser un hueso plano de arriba abajo y de forma cuadrilátera se debe considerar en ella 2 caras y 4 bordes.

- Cara superior.- Plana lisa, forma parte de las fosas nasales.

- Cara inferior. Considerablemente rugoso y sembrada de pequeños orificios vasculares, entra en gran parte de las constituciones de la bóveda palatina.

- Borde anterior.- Cóncavo, cóncava hacia arriba y adentro se confunde con el borde anterior del maxilar y contribuye a formar el orificio anterior de las fosas nasales.

- Borde externo.- Este se confunde con el maxilar.

- Borde interno.- Libre, más grueso por delante y menos por detrás y sumamente rugoso, en toda extensión, se articula en la línea media con la apófisis palatina del lado opuesto, hacia adelante se prolonga en forma de una semiespina, la cual, uniéndose con la del lado opuesto, forma la espina nasal anterior o inferior.

- Borde posterior.- Muy delgado y muy rugoso, se articula con el borde anterior de la porción horizontal del palatino.

b) Conducto palatino.-

Anterior o incisivo, que constituye en realidad la desembocadura inferior del conducto palatino anterior o incisivo en la cavidad nasal.

c) Fosita Incisiva.

En la línea media anterior, en el sitio en que se fusionan las apófisis palatinas con los bordes alveolares hay una depresión profunda llamada fosita incisiva y en sus paredes a veces se observa 2 o 4 agujeros incisivos internos y externos. Por él pasan el nervio nasopalatino y ramas de la arteria palatina descendente.

Hasta la edad adulta pueden verse restos de la sutura incisiva o intermaxilar desde la fosa incisiva hasta el espacio comprendido entre el incisivo lateral y el canino; es prueba de un centro aislado de osificación para esta porción del maxilar superior, al que se ha llamado hueso incisivo o intermaxilar, que corresponde al premaxilar de casi todos los vertebrados.

d) Conducto palatino posterior o mayor.

El canal palatino posterior que se une con otro análogo en la tuberosidad del maxilar y constituye el conducto palatino posterior que desciende de la fosa pterigomaxilar hasta el agujero palatino posterior conduciendo vasos y nervios (el paladar blando está unido al borde posterior del paladar duro).

Este conducto se dirige hacia adelante y a los lados en la sutura, entre la porción horizontal del hueso palatino y la apófisis palatina del maxilar superior, se observa el par de conductos palatinos posterior o mayores.

e) Porciones suprapalatinas e infrapalatinas.

La apófisis palatina divide la cara externa del maxilar en 2 partes muy desiguales; una que está por debajo y otra por arriba.

- Porción situada por debajo de dicha apófisis. (Porción infrapalatina). Forma parte de la bóveda palatina; presenta numerosas asperezas, y en estado fresco está directamente en relación con la mucosa bucal.

- Porción situada por encima de dicha apófisis. (Porción suprapalatina). Es mucho más extensa y también más interesante. Recorriéndolo de atrás a adelante encontramos en ella sucesivamente:

- Una serie de rugosidades dispuestas paralelamente al borde posterior del hueso y destinada a la articulación del maxilar con la porción vertical del hueso palatino.

- Orificio del seno maxilar; muy irregular en su contorno, pero teniendo generalmente su eje mayor oblicuo hacia arriba y adelante. Este orificio, en un maxilar aislado permite el paso del dedo, en una cabeza articulada está sumamente reducido por aplicarse sobre sus contornos los 4 huesos siguientes:

- Arriba, las masas laterales del etmoides.
- Abajo, la concha inferior.
- Adelante, el unguis.
- Atrás, porción vertical del palatino.

f) Canal nasal.

Profundo con dirección poco oblicua hacia abajo y atrás y mucho más ancho por su parte inferior que la superior.

g) Apófisis ascendente.

Es delgado, se eleva entre los huesos propios de la nariz y el un --

guis para articularse con la apófisis orbitaria interna del frontal.- Terminan de formar ésta fosa el surco lagrimal y la cresta lagrimal posterior adyacente al unguis.

- Cara interna.- Arriba cierra el frente de las celdillas etmoidales anteriores; debajo hay una pequeña cresta, llamada cresta etmoidal, que se articula con el cornete medio; la zona cóncava lisa que queda por debajo de la misma, constituye la pared lateral del atrio de el meato medio.

- Cara externa.- Presenta la cresta lagrimal anterior, que forma el borde interno de la órbita y, en unión con el borde inferior, posee un pequeño tubérculo, que palpa y sirve como punto de referencia para localizar el saco lagrimal, situado en su fosa por detrás de la cresta. La apófisis ascendente que en realidad corresponde al ángulo anterosuperior del hueso. En su cara interna, que se articula con la concha inferior. Por encima de la cresta anteroposterior se encuentra otra cresta, sólo que ésta es menos marcada pues en ocasiones sólo se presenta como una simple carilla rugosa que se articula con la parte anterior de las masas laterales del etmoides. En medio de estas 2 crestas se encuentra el atrium que es de superficie cuadrilateral, sembrada con finas ramificaciones.

## CARA EXTERNA.-

Mira hacia afuera y un poco hacia adelante.

Es tan irregular como la precedente.

### a) Fosilla mirtiforme.

De delante atrás encontramos ante todo, un poco por encima de los 2 incisivos, una depresión vertical, cuya profundidad es muy variable en los distintos sujetos; la fosilla mirtiforme, en ella se inserta el músculo del mismo nombre. La fosilla mirtiforme se encuentra limitada por detrás por la eminencia longitudinal, llamada eminencia canina. No es raro ver que la fosilla mirtiforme está subdividida en 2 fosillas secundarias por una pequeña cresta que corresponde al incisivo lateral.

### b) Eminencia canina.

Eminencia muy marcada que corresponde a la raíz del canino. Esta eminencia es la mayor.

### c) Apófisis piramidal.

Más allá de la eminencia canina la cara externa del maxilar está enteramente ocupada por una considerable prominencia transversal, que toma la forma de una pirámide de base triangular, llamada por eso mismo apófisis piramidal.

- Base.- Está dirigido hacia dentro, su cuerpo se confunde con el hueso.

- Vértice.- Truncado, está formado por una superficie triangular y rugosa, destinada a articularse con el pómulo, por esto se denomina superficie o apófisis malar.

- Cara superior u orbitaria.- Plana y regularmente lisa forma parte del suelo de la órbita; se encuentra en ella un canal antero-posterior, el canal suborbitario, que hacia delante se transforma en conducto completo, el conducto suborbitario. Al efectuar la dirección se observa que este conducto es sinuoso y por el pasan los vasos y los nervios que se distribuyen en los caninos y los incisivos, y llega al lado del tabique nasal por delante del conducto incisivo.

- Cara anterior o facial.- Encontramos un ancho orificio, el agujero suborbitario, en el cual viene a terminar el conducto precedente; este agujero, en la cara anterior del hueso, se continúa por un canal poco profundo, oblicuamente dirigido hacia abajo y dentro. Por debajo al agujero suborbitario y del cual le sigue, se encuentra una depresión, la fosa canina, en la cual toma origen el músculo canino.

De la porción anterior del conducto suborbitario parte un pequeño conducto, que se dirige hacia abajo en dirección de los alvéolos dentarios, siguiendo constantemente el espesor de la pared ósea; el conducto dentario anterior. Como indica su nombre, alberga el nervio dentario anterior, rama colateral del nervio suborbitario.

- Cara posterior o subtemporal.- Constituye la pared anterior del plano subtemporal y de la fosa pterigomaxilar. Es ligeramente convexa, forma parte de la fosa cigomática. Se notan en ella algunos canales verticales y algunos pequeños orificios, llamados agujeros dentarios posteriores, que se continúan en canales y por los que atraviesan los nervios dentarios posteriores y las ramas de la arteria alveolar. Estos vasos y nervios que se distribuyen a los molares y los premolares.

- Borde inferior.- Cóncavo y romo, se dirige verticalmente hacia abajo, en dirección del primer molar mayor.

- Borde anterior.- Constituye la porción inferior e interna del borde orbitario; por debajo de este borde pasa el conducto suborbitario, y por dentro de este conducto el nervio y los vasos suborbitarios.

- Borde posterior.- Redondeado y romo, está en relación con el ala mayor del esfenoides, de la cual está sin embargo, separado por una hendidura que corresponde al ángulo inferior y externo de la órbita; la llamada hendidura esfenomaxilar.

## BORDES DEL MAXILAR SUPERIOR.-

Los bordes del maxilar superior como hemos dicho anteriormente - son 4, que se distinguen según su situación:

- Borde anterior.- Es muy irregular, y yendo de abajo arriba en -  
contraremos:

- 1.- Parte anterior de la apófisis palatina con la semiespina na -  
sal anterior.
- 2.- Una escotadura nasal. De bordes cortantes (que corresponde al  
orificio anterior de las fosas nasales).
- 3.- El borde anterior de la apófisis ascendente.

- Borde posterior.- Redondeado y muy grueso y ha recibido el nom-  
bre de tuberosidad del maxilar por algunos anatomistas. Liso y libre-  
en su mitad superior, en donde constituye la pared anterior de la fo-  
sa pterigomaxilar, en su mitad inferior está cubierta por asperezas -  
para articularse con el palatino, en su porción vertical. Entre la tu-  
berosidad y palatino se encuentra el conducto palatino posterior; den-  
tro de este conducto desciende el nervio palatino anterior.

- Borde superior.- Es delgado e irregular, y se dirige de delante  
atrás. Es una cabeza no desarticulada, limitada por dentro la pared -  
inferior de la órbita y se articula con 3 huesos; que son, de delante  
a atrás: unguis, hueso plano del etmoides y la apófisis orbitaria del  
palatino. Con mucha frecuencia se encuentran a lo largo de este borde  
una o muchas semiceldillas, de paredes que por regla general son muy-  
delgadas, y completan por otra parte las semiceldillas correspondien-  
tes del etmoides o del palatino.



- Borde inferior o borde alveolar.- Está sembrado de cavidades de alvéolos en los cuales se implantan las raíces de las piezas dentarias. Los alvéolos de los dientes, son cavidades más o menos espaciosas, simples o tabicadas. Es delgado en la porción anterior correspondiente a los incisivos y se engruesa hacia atrás, donde se insertan los molares más anchos, para terminar con la tuberosidad del maxilar superior. Estos alvéolos son simples por delante, y se subdividen, a nivel de los grandes molares, en 2, 3 ó 4 fosillas secundarias, en exacta relación con la división de las raíces de las mismas. En cada alvéolo o en cada una de las fosillas secundarias encontramos en su vértice un pequeño agujero por el cual pasan los filetes vasculares y nerviosos destinados a las raíces de los dientes. Este borde, con el maxilar opuesto, forma el arco alveolar, el que puede reabsorberse después de la pérdida de los dientes hasta quedar al ras con el paladar.

#### ANGULOS DEL MAXILAR.-

Los ángulos del maxilar superior son:

- 2 superiores.
- 2 inferiores.
- 2 anteriores.
- 2 posteriores.

El ángulo de más importancia es el anterosuperior. Este ángulo en efecto, sirve de base a una larga apófisis, que lleva dirección vertical y a la cual nos hemos referido ya muchas veces en el curso de este capítulo; es la apófisis ascendente del maxilar superior.

## CONFORMACIÓN INTERNA:-

### a) Seno maxilar o Antro de Hignore.

El maxilar superior está formado casi exclusivamente de tejido compacto; sólo hay una pequeña masa de tejido esponjoso en la parte anterior de la apófisis palatina, en la base de la apófisis ascendente y a nivel del borde alveolar. El centro del hueso comprende una gran cavidad, el seno maxilar. Es una vasta excavación de la misma forma general que el hueso. Se considera de forma piramidal; el vértice está dirigido hacia la apófisis piramidal, y la base corresponde a la parte externa de la nariz; en el cráneo articulado terminan de formarlo el etmoides, el unguis, el cornete inferior y el palatino, y presenta su desembocadura en el meato medio. El suelo del seno, en su porción más inferior que da 1 cm. por abajo del suelo de la nariz; en consecuencia; es bastante más abajo que el orificio del seno; presenta surcos y labiques, y a veces es invadido por las raíces de los dientes, sobre todo en el varón. El conducto suborbitario y los conductos dentarios pueden formar salientes en las paredes. En algunas ocasiones cuando estamos elaborando algunas inspecciones quirúrgicas en algún tratamiento, causamos la perforación de la pared nasal.

Intraúterinamente, el seno maxilar en el 4o. mes, el seno es simplemente un canal superficial en la pared interna del hueso, por lo que la porción alveolar y el conducto suborbitario están muy juntos. El seno maxilar sigue siendo pequeño en el recién nacido y se circunscribe a la porción interna del hueso, el cual está aplanado, pues hay poca distancia entre el techo de la boca y el suelo de la órbita; alcanza su pleno desarrollo después que ha brotado la dentición permanente.

- Paredes.- Las paredes, en número de tres, son:

1.- Pared anterior (yugal).- En relación en vivo con la mejilla, corresponde a la fosa canina y en esta cara se abre por arriba el agujero infraorbitario, que ya hemos visto. El espesor de la pared es muy pequeña (alrededor de 1 mm.)

2.- Pared superior.- Corresponde a la órbita. Está inclinada ligeramente hacia fuera y de arriba abajo; comprende un conducto, el suborbitario, que aloja el nervio suborbitario.

La pared de este conducto hace eminencia en la cavidad sinusal, es muy delgado y a menudo abierto en algunas puntas. Es de suma importancia, la proximidad que pueda tener el nervio a la cavidad del seno cuando éste es asiento de una infección o tumor.

3.- Pared posteroinferior.- Corresponde a la fosa cigomática.

- Base.-

La pared nasal del seno, está formada por una parte de la pared externa de las fosas nasales.

- Vértice.-

Corresponde a la pared interna del hueso malar, al que emite a veces una prolongación.

- Bordes.-

En número de cuatro, siendo la base cuadrangular, son: anterior, posterior, superior e inferior.

a) Anterior.- Formado por la unión de la pared yugal a la pared nasal.

b) Posterior.- Corresponde al borde posterior del maxilar.

- c) Inferior.- El suelo del seno, parte más declive de la cavidad, corresponde al segmento posterior del borde alveolar y a los dientes que en él se implantan, es decir, el 2º premolar y los 2 primeros molares. Las raíces de estos dientes son las que sobresalen en ocasiones a la cavidad del seno, sólo que son separados del seno por una delgada capa de tejido esponjoso. El seno maxilar por ser una cavidad, está sujeto a variaciones numerosas como en los demás, pues existen senos pequeños y senos grandes.
- d) Superior.- Constituida por la unión de la cara orbitaria y la pared nasal. Se relaciona con las células etmoidales que sobresalen a veces en la cavidad del seno.

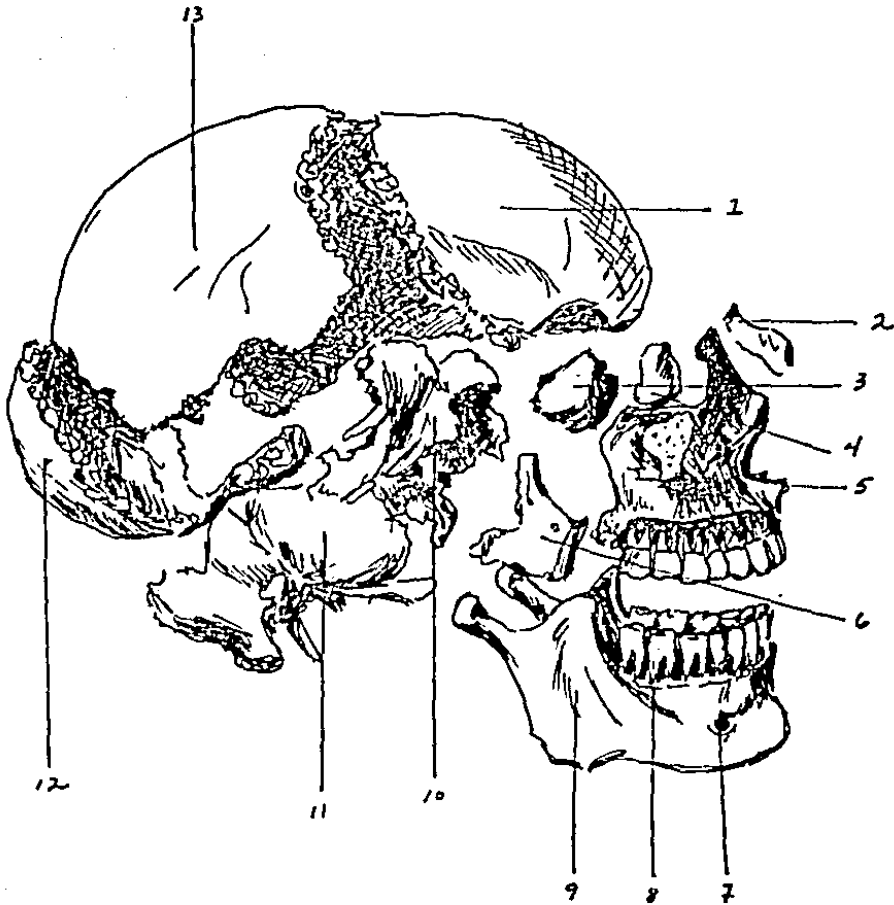
#### Conexiones.

El maxilar superior se articula con 9 huesos, de los cuales 2 pertenecen al cráneo y 7 a la cara y son:

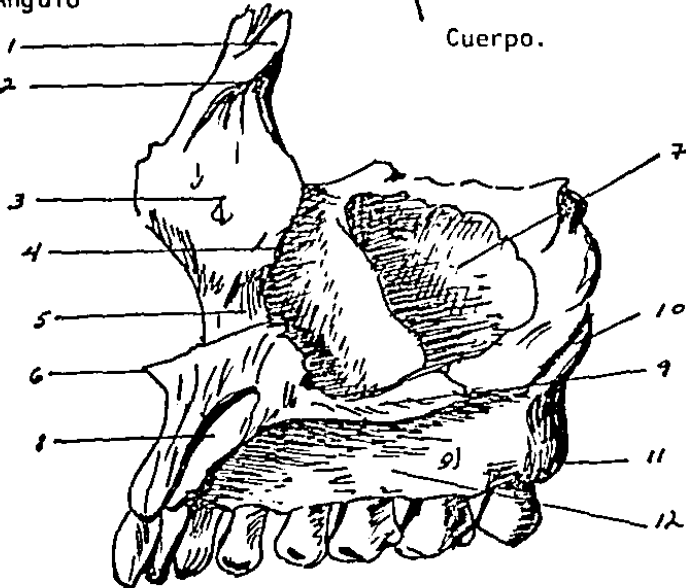
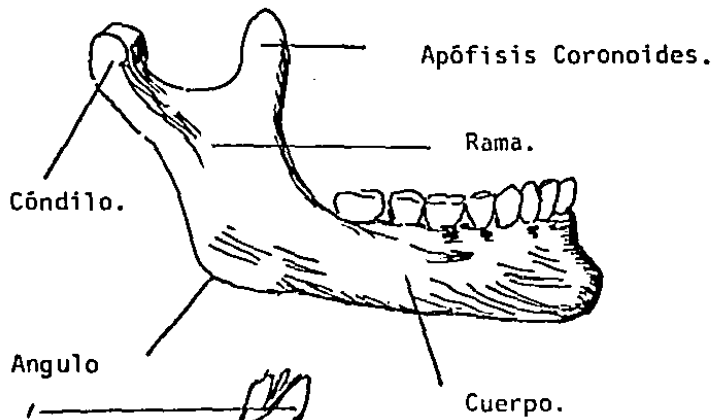
- Frontal
- Etmoides
- Maxilar del lado opuesto
- Mómulo
- Unguis
- Huesos propios de la nariz
- Vómer
- Concha inferior
- Palatino

Es raro encontrar que también el maxilar se puede articular a nivel del borde infraexterno de la órbita, con el ala mayor del esfenoides, pero por ello, no se debe de dejar de importar ni pasarlo por alto.

## HUESOS CRANEALES



- 1.- Frontal; 2.- Nasal; 3.- Etmoides; 4.- Lagrimal; 5.- Maxilar superior;  
6.- Malar; 7.- Agujero Mentoniano; 8.- Dientes; 9.- Maxilar inferior; -  
10.- Esfenoides; 11.- Temporal; 12.- Occipital; 13.- Parietal.



Maxilar superior derecho  
cara interna.

- 1.- Apófisis ascendente; 2.- Cresta para el etmoides; 3.- Meato medio; 4.- Cresta transversal; 5.- Meato inferior; 6.- Espina nasal anterior, 7.- Seno maxilar; 8.- Conducto palatino anterior; 9.- Apófisis palatina; 10.- Canal palatino posterior; 11.- Tuberosidad; 12.- Borde alveolar.

## MAXILAR INFERIOR.

La mandíbula inferior es mucho menos compleja que la mandíbula superior. Este hueso resulta de un ensanchamiento de la porción anterior del primer arco bronquial.

Merece consignarse que es la única porción móvil del esqueleto facial que, por otra parte, no contiene en su espesor ninguna cavidad.

Es un hueso impar, medio simétrico, situado en la parte inferior de la cara, y forma por sí solo la mandíbula inferior. El maxilar inferior-separado, completo, del esqueleto facial participan en la formación del suelo de la boca y cavidad bucal, y posee los dientes inferiores.

El maxilar inferior adulto consiste en dos láminas cuadrangulares - verticales, las ramas, que se continúan en sus extremos inferiores con una porción en forma de "U", el cuerpo.

Comprende un cuerpo horizontal en el que están los alvéolos para los dientes, y una rama a cada lado, de dirección vertical, en el que se insertan los principales músculos de la mandíbula, y que se articulan con un temporal.

Solo el cuerpo por tener forma de herradura, tiene su concavidad dirigida hacia atrás. Se estudian en él una cara anterior, otra posterior, un borde superior y otro inferior.

- Cara anterior.- Esta barra ósea curva se desarrolla en dos mitades que se funden en la línea media formando un reborde grueso vertical, la sínfisis del mentón.

a) Eminencia Mentoniana.-

El borde inferior del cuerpo es redondeado y, en el centro, forma la eminencia mentoniana, que es la armazón de la barbilla.

b) Apófisis alveolar.-

El borde superior del cuerpo es festoneado y forma la apófisis alveolar, que está excavada por los alvéolos de los dientes inferiores.

c) Tubérculo mentoniano.-

Se encuentra en la parte más inferior de la eminencia mentoniana y es más sobresaliente.

d) Línea oblicua externa.-

Se encuentra a la derecha e izquierda de la sínfisis, y es una línea ascendente (que va de la eminencia mentoniana al borde anterior de la rama). Esta línea parte desde el tubérculo mentoniano y es más notable -- hacia atrás, donde se continúa con el borde anterior de la rama del maxilar.

e) Agujero mentoniano.-

Se encuentra hacia adelante y hacia afuera en un punto que está a la mitad entre el borde superior de la porción alveolar y el borde inferior de la base, y un poco por encima de la línea oblicua externa, a nivel -- del 2o. premolar, por el cual pasan los vasos y el nervio mentoniano, -- que es una rama del nervio maxilar inferior después de haber enviado filetes a los dientes, que se distribuyen en la mucosa de la piel del labio inferior y del mentón.

- Cara posterior.- Presenta:

a) Apófisis Geni.- Se encuentra en la línea media, son 4 eminencias --



cias dispuestas de 2 en 2, las 2 superiores son para el geniogloso y las 2 inferiores son para los genihioideos. Hay ocasiones - en que las 4 apófisis se fusionan y forman una verdadera eminencia que es la espina mentoniana.

b) Línea oblicua interna.- Se encuentra entre las fositas sublingual y digástrica, aunque adquiere características más netas en un punto posterior a la primera, y es para la inserción del músculo milohioideo que forma el suelo de la boca.

c) Fosa Sublingual.- La encontramos por debajo de la línea oblicua-interna, y por fuera de las apófisis geni de cada lado, hay una-concavidad que es la fosa sublingual que es para la glándula homónima, en su porción anterior; se encuentra en una zona cóncava y larga por debajo de la mayor parte de la línea milohioidea, - que sirve para la glándula salival del mismo nombre.

d) Fosita submaxilar.- Por debajo de la línea oblicua interna y a nivel de los 2 ó 3 últimos molares se encuentra, y es para las glándulas del mismo nombre.

- Borde superior.- O alveolar. Está ocupado por las cavidades alveolares (para la implantación de los dientes).

- Borde inferior.- Redondeado y obtuso, presenta en su parte interna, inmediatamente por fuera de la sínfisis; fosita digástrica para el músculo del mismo nombre. En su parte externa, lugar donde comienzan las ramas, se encuentra ordinariamente un pequeño canal, por el cual pasa la arteria facial.

Ramas.- 0 ramas ascendentes. Por su dirección, son casi verticales - en el adulto y muy oblicuas hacia atrás en relación con el recién nacido.

Las ramas son 2, una a la derecha y otra a la izquierda. Son cuadriláteras, más anchas que altas y están oblicuamente dirigidas de abajo -- arriba y de delante atrás. Cada una de ellas presenta 2 caras y 4 bordes.

A ) Cara externa.- Plana, presenta (sobre todo en su parte inferior)- líneas rugosas para el masetero. La cara externa está cubierta por las - partes blandas de las regiones mentonianas, yugal y masesterina.

B ) Cara interna.- Limita la cara bucal, en la que forma relieve y - por donde puede muy fácilmente explorarse. Toda la parte inferior de esta cara está sembrada de verrugosidades para la inserción del pterigoideo interno.

- a) Orificio superior del conducto dentario.- Se encuentra en el centro de la cara interna (y es para el nervio y los vasos dentarios inferiores). El conducto dentario inferior que se dirige -- hacia adelante en este hueso, por debajo de las raíces de los - dientes, y que constituye el conducto por el cual transcurren vasos y nervios, cuyas ramillas salen en la cara externa de la mandíbula, por el agujero mentoniano.
- b) Espina de Spix.- En el borde del orificio superior del conducto-dentario, por delante y por debajo del mismo, se encuentra una - laminilla ósea triangular. La espina de spix. Esta laminilla, cubre el agujero dental inferior a manera de escudo, y que constituye un punto óseo de identificación para la inyección de anestésicos.

c) Canal milohioideo.- De la parte posteroinferior del orificio superior del conducto dentario parte un conducto oblicuamente descendente; canal milohioideo (para el nervio y los vasos milohioideos).

C; Borde anterior. Es cóncava formando canal.

D) Borde posterior.- Ligeramente encorvada en forma de "S" itálica, redondeado y obtuso, está en relación con la parótida.

E) Borde superior.- Esta parte superior varía mucho de aspecto según se le considere a nivel del cuerpo y a nivel de las ramas.

a) En la parte media de este borde, una gran escotadura; escotadura sigmoidea, por la cual pasan el nervio y vasos masetéricos.

b) Apófisis coronoides.- Por delante de la escotadura sigmoidea, se levanta una eminencia laminar en forma de triángulo llamada apófisis coronoides (que es para el músculo temporal).

Esta apófisis es una prominencia aguda para la inserción del músculo masticador.

c) Cóndilo del maxilar.- Por detrás de la escotadura sigmoidea se encuentra una 2a. eminencia, el cóndilo del maxilar; es elipsoide, aplanada de delante atrás; está sostenido por una porción más estrecha, el cuello, en cuyo lado interno se encuentra una depresión rugosa para el pterigoideo externo. El cóndilo del maxilar propiamente dicho, interviene en la articulación temporomandibular.

d) Fosita pterigoidea.- Por debajo de la cabeza del cóndilo está -

el cuello, y hacia adelante y adentro, en unión de cabeza y cuello está la fosita pterigoidea externa.

F) Borde inferior.- Es redondeada, roma, subcutáneo. Se continúa directamente con el borde inferior del cuerpo.

a) Angulo del maxilar.- O angulo mandibular (Gonio de los Antropólogos). Mide de 150 a 160 grados en recién nacido, de 115 a 125 grados en adultos y de 130 a 140 grados en los ancianos por la falta de los dientes).

#### Conformación interna.

A) Conducto dentario inferior.- Recorre cada uno de sus mitades (del hueso) un conducto, el conducto dentario inferior, que comienza en la espina de spix, y se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante hasta el 2o. premolar dividiéndose en este punto 2 ramas; una externa (conducto mentoniano) que termina en el agujero mentoniano, y otra interna (conducto incisivo), que termina debajo de los incisivos.

Mientras que la mandíbula superior está formada por huesos delgados y frágiles, la mandíbula inferior, por el contrario, está formada por un solo grueso, resistente, constituido por un tejido compacto, muy duro y muy difícil de aserrar.

A pesar de esto, las fracturas del maxilar inferior son observadas más frecuentemente que los del maxilar superior, lo que depende, por un lado, de que la mandíbula inferior está menos protegida que la superior y por otra parte, de que su curvatura la predispone a las fracturas indirectas.

## C A P I T U L O   I I

### CARACTERISTICAS CLINICAS, HISTOLOGICAS, RADIOGRAFICAS DEL GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES, DEL FIBROMA OSIFICANTE CENTRAL Y DE LOS QUISTES NO ODONTOGENICOS.

Es fundamental para el practicante de cirugía, tener conocimiento sobre manifestaciones de lesiones, ya sea como en éste caso, de tumores benignos y de quistes no odontogénicos, para poder interpretar su sintomatología y encauzar así un buen diagnóstico diferencial para llegar a un buen tratamiento con éxito. Es por eso que en éste capítulo intenté - - hacer un resumen de las manifestaciones clínicas, y radiográficas del - granuloma central de células gigantes, fibroma osificante central y de - los quistes no odontogénicos y facilitar un análisis de cada uno de es - tos entre sí, para distinguir y catalogar una lesión de otra, dando una mayor habilidad al interesado para diferenciar y proceder al tratamiento inmediatamente a la cura.

#### GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES.-

Esta lesión y el fibroma central son tumores no odontogénicos y son catalogados como pseudotumores. Estas lesiones no se originan a partir de la lámina dental o sus derivados, se clasifican como no odontogénicos y son benignos. En el cuadro de la tumoración de la cavidad bucal y de los maxilares se presenta con frecuencia una serie de procesos importantes, - los pseudotumores.

Estos "Falsos Tumores" no reúnen las características con que se define la palabra "Tumor". Se trata de inflamaciones persistentes que originan hiperplasia, alguna de las cuales adquieren aspecto tumoral pero su

intimidad histológica lo identifica. Los pseudotumores se clasifican en 2 grandes grupos:

- 1.- Que pueden adquirir 2 formas; centrales, que pueden localizarse en el interior del maxilar; periféricos que puede afectar la en cía.
- 2.- Lo constituye las hiperplasias fibrosas localizadas, con o sin calcificaciones.

El granuloma de células gigantes es un tumor benigno. Es un tumor o crecimiento semejante a un tumor que puede localizarse en el interior - del maxilar. En este capítulo nos referiremos unicamente al estudio del G.C.C.G.

Pocas lesiones óseas han ocasionado mayores controversias que el G. C.C.G. Las tumoraciones de este tipo son procesos raros en los maxila - res y en la cavidad bucal; los granulomas gigantocelulares son, como - sostiene Thoma, tumores en el hueso y no del hueso.

Las lesiones de células gigantes que afectan a la mandíbula en la - mayoría de los casos son granulomas, es decir, estados hiperplásicos, y pueden distinguirse claramente de las neoplasias por su comportamiento. El reconocimiento del verdadero tumor de células gigantes puede basarse en las observaciones clínicas o histológicas. Así, es evidente que, pe - se a los esfuerzos concertados para estudiar las lesiones de células gi - gantes desde el punto de vista etiológico y patológico, existe una gran inseguridad sobre estas lesiones óseas.

Características clínicas.

El granuloma gigantocelular central predomina en pacientes menores

de 20 años y es más común en mujer que en el hombre (2:1), es más frecuente en la mandíbula que en el maxilar y preferentemente en zonas de premolares y molares. En 2 tercios de los casos aparecen en la mandíbula y sólo un tercio en el maxilar. Las lesiones son más comunes en el sector anterior de los maxilares y no es raro que se crucen en la línea media.

La evolución de este granuloma es alrededor de los 25 años. Aunque la lesión a veces es asintomática, suele ser expansiva es decir, produce un agrandamiento discernible clínicamente o radiográficamente. Este tumor suele formarse, de preferencia en partes óseas de origen cartilaginoso.

En los maxilares se ve un área donde es probable que hayan quedado restos del condroesqueleto embrionario.

Crecen en general hacia la tabla externa, haciendo prominencia en el vestíbulo bucal, con desaparición del surco vestibular.

Las sínfisis y las regiones premolares son los sitios comunes, el hueso se dilata y forma un abultamiento que primero borra el surco labial y después causa notable deformación de la barba.

Los que asientan en el maxilar inferior tienen como lugar de elección la región mentoniana. El mentón se encuentra deformado y sobresaliente. Pueden desarrollarse también hacia la tabla interna. Por lo general hay una tumefacción, pero a veces el crecimiento es rápido y puede haber dolor o parestesis del labio inferior.

El dolor no es un rasgo característico de ésta lesión, aunque por lo común se siente un cierto malestar local. Debido a la expansión de las corticales hay un abultamiento entre leve y moderado del maxilar-

en la zona afectada según sea la extensión de la lesión ósea.

La lesión puede no presentar signos ni síntomas y se llega a descubrir por accidente.

Los dientes regionales pueden migrar y la túnica mucosa está intacta y es normal. No es raro que existan antecedentes de un traumatismo - en la región, incluso la extracción de un diente. Durante la operación - se comprueba que el defecto del maxilar contiene un tejido sólido, rojizo o rojizo grisáceo, que recuerda al tejido hepático y que sangra con facilidad.

El color de la encía es ligeramente rojo vinoso y el festón gingival no se mantiene adherido al cuello de los dientes, esto no quiere decir que pueda introducir una sonda entre la cara anterior de los dientes y el festón gingival, como si se tratara de un caso de paradentosis. La encía en el caso en estudio, está espesada a nivel del tumor y despegada de los dientes hasta el tercio superior de la porción radicular de los incisivos. El periostio está conservado en toda su extensión. Estas tumoraciones no tienen cápsulas propias, sino que se alojan dentro del hueso en directo contacto con la superficie ósea. Esta por otra parte, no es lisa, como las concavidades de los quistes, sino que presenta numerosas cavidades más pequeñas. Los granulomas gigantes celulares centrales simulan un quiste del maxilar, dan crepitación ósea y resistencia, de acuerdo con el grado de destrucción de la tabla ósea. Los dientes se presentan desviados y móviles.

En el maxilar superior, la fosa canina y el etmoides son los sitios comunes; con frecuencia es invadida toda la maxila y el seno maxilar - puede llenarse de tejido del tumor. El paladar se hace convexo, los alvéolos se dilatan, y en casos avanzados se extiende la pared facial. Un



síntoma característico es el espaciamiento de los dientes, que más adelante se aflojan. Si al hacer una extracción de un diente se ve tejido de color parduzco en el alvéolo está indicado hacer una investigación minuciosa.

Estos tumores tienen un contenido blando, granuloso friable. La cavidad ósea y la masa tumoral misma sangran abundantemente en la operación.

Esta hemorragia no cesa hasta la completa enucleación de todos los brotes tumorales. La recidiva de esos procesos es frecuente, sobre todo en aquellos formados por múltiples focos en especial los del maxilar superior, que son de tipo quístico. La recidiva del granuloma gigantocelular central debe hacer pensar en una afección en dependencia con el metabolismo cálcico o hiperparatiroidismo.

Histológicamente.-

Se compone de un estroma conectivo fibrilar laxo con muchos fibroblastos proliferantes y pequeños capilares intercalados. Las fibras colágenas no están unidas en haces; sin embargo, a menudo se ven grupos de fibras con aspecto ramificado. Consiste en numerosas células gigantes multinucleadas, dispersas a través del preparado, gran cantidad de pequeños vasos sanguíneos, abundantes fibroblastos jóvenes con núcleo vesicular ovoideos, focos de hemosiderina irregularmente distribuidos por la lesión y zonas de trabéculas óseas.

Mediante una observación cuidadosa a menudo se comprueba fagocitosis en las células gigantes. Si un granuloma gigantocelular central recidivara de una vez es aconsejable como medida de precaución, controlar los niveles de calcio y fósforo en la sangre.

Las células gigantes multinucleares son prominentes en todo el tejido

do conectivo, pero no necesariamente abundantes. Estas células gigantes varían de tamaño de un caso a otro y contienen pocos núcleos o varias - docenas de estos. Además hay numerosos focos de sangre extravasada vieja y el correspondiente pigmento de hemosidina en parte fagocitado por macrófagos. Con frecuencia se observan nuevas trabéculas de tejido osteoide, particularmente en torno de la periferia de la lesión.

También suele haber formación de hueso nuevo en placas. No hay cambios en la química sanguínea, pero estos estudios deben llevarse a cabo debido a la imposibilidad de distinguir en base a las características - histológicas a un granuloma de células gigantes de hiperparatiroidismo.

Causa completa destrucción del hueso esponjoso. Después se reabsorbe la lámina cortical y se dilata el hueso. Finalmente sólo queda un - cascarrón de hueso y se perfora, si bien el periostio puede ceder sin - romperse.

El tejido es muy vascular, blando, y exuda con facilidad. El estudio microscópico muestra que el tumor tiene carácter invasor y se extiende de un espacio medular a otro. Las células son fusiformes, células redondas y células gigantes están incluidas en este estroma celular. Son muy numerosas y tienden a ser de gran tamaño y a distribuirse de manera uniforme en todo el campo.

Los núcleos tienden a agruparse en el centro de la célula y con frecuencia hay gran cantidad de citoplasma en la periferia. Los dientes - que están en relación con el tumor pueden no estar afectados. Si la lámina dura del alvéolo está destruido es probable que el tumor invada la membrana periodontal y cause reabsorción de la raíz.

Radiográficamente.-

El aspecto radiográfico de esta lesión (es semejante a pompas de jabón)

bón) no es un diagnóstico, porque el ameloblastoma, el quiste óseo aneurismático y el misioma también pueden dar la misma imagen. El granuloma central de células gigantes es esencialmente una lesión destructiva que produce una zona radiolúcida con borde relativamente liso o dentado y a veces revela trabéculas débiles.

La radiografía puede simular la de un quiste común de maxilar. Con todo, el borde óseo no es uniforme y la imagen radiográfica está surcada por numerosas líneas, que le dan un aspecto tabicado o multilocular.

Suele haber loculaciones definidas, particularmente en lesiones de mayor tamaño.

Las láminas corticales suelen ser delgadas y están expandidas y llegan a ser perforadas por la masa tumoral. El aspecto del granuloma de células gigantes no es patognomónico y puede ser confundido con el de muchas otras lesiones de los maxilares, tanto neoplásicas como no neoplásicas.

#### FIBROMA OSIFICANTE CENTRAL.-

El fibroma osificante es una neoplasia ósea central que ha causado considerables controversias debido a la confusión de la terminología y criterios de diagnóstico.

Esta neoplasia se origina en las células del tejido conjuntivo, las cuales pueden ser restos embrionarios y, por consiguiente, capaces de transformarse en tejido osteógeno e incluso odontógeno.

#### Características Clínicas.-

Clinicamente, las lesiones pueden aparecer a cualquier edad, pero por lo común se presentan en los niños y en los adultos jóvenes. El fibroma central de hueso, no es común. Los fibromas osificantes del maxilar se desarrollan más frecuentemente en el maxilar inferior, pero pueden hacerlo a la vez en ambos maxilares. Estos se pueden presentar sin traumatismo ni infección dentaria en los antecedentes.

El fibroma central es muy raro, tal vez por su tendencia a formar estructuras óseas y a transformarse en fibrosteoma antes de que sea reconocido. Son de crecimiento lento e indoloros, pero suelen producir un gran agrandamiento vestibular o labial del maxilar y deformidad de la cara. Los dientes pueden migrar.

El desplazamiento de los dientes es un signo clínico temprano. Puede estar presente por años antes de ser descubierto; por la causa de crecimiento lento, las láminas óseas corticales y la mucosa o piel que los cubren están, casi invariablemente, intactos.

Se caracterizan por el desarrollo progresivo, sin signos funcionales, con mayor frecuencia en la región canina, de una tumefacción que deforma la región basilar, respetando la región alveolar.

La lesión evoluciona por brotes, a veces con aumento importante de volumen.

El comportamiento de estas lesiones fibrosas varía grandemente; no obstante, todos son benignos y no producen metástasis ni experimentan transformaciones malignas.

**Histológicamente.-**

Está constituido en esencia por una proliferación fibroblástica muy

densa, cuyas células, ricas en colágeno, se disponen en fascículos arremolinados. En ciertos puntos existen anchas placas menos ricas en fibras colágenas, con numerosas células multinucleadas. En otras placas, por el contrario, se observan, en el seno de la proliferación fibroblástica, verdaderas trabéculas óseas metaplásicas que dan al tumor su aspecto característico de fibromas osificantes.

La lesión se compone básicamente de muchas fibras colágenas esterilizadas, a veces dispuestas en heces circunscritos, intercalados con grandes cantidades de fibroblastos activos en proliferación. El tumor está completamente encapsulado y puede quitarse entero con facilidad.

Microscópicamente.-

La característica más importante es la presencia de tejido conectivo fibroso en distintos grados de maduración.

El tumor se separa del hueso normal por un verdadero plano de despegamiento. El corte tiene consistencia firme y coloración blanquizca, con algunas estrias rojizas.

Aunque hay figuras mitóticas en pequeñas cantidades, raras veces hay pleomorfismo celular notable. Este tejido conectivo presenta, en forma típica, muchos focos pequeños de trabéculas óseas irregulares que tienen cierta similitud con la forma de caracteres chinos de la displasia fibrosa ósea. A medida que la lesión madura, las islas de osificación aumentan en cantidad, se agrandan y finalmente coalescen. Esto con el probable aumento del grado de calcificación, es lo que produce la creciente radiopacidad de la lesión en la radiografía.

La presencia de fibras de colágeno, los vasos sanguíneos bien establecidos y la ausencia de figuras de mitosis distinguen el fibroma central del fibroma.

El tejido óseo forma focos de distinta configuración. Las superficies de las trabéculas óseas muestran oposición y resorción de hueso. - La periferia de los tumores indica resorción de las tablas.

El comportamiento de estas lesiones óseas fibrosas varía grandemente; no obstante, todos son benignos y no producen metástasis ni experimenta transformaciones malignas.

Radiográficamente.-

La neoplasia ofrece un cuadro radiográfico extremadamente variable; según el estadio de la evolución. Pero, sea cual sea su estadio de desarrollo, la lesión es siempre bien circunscrita y está demarcada del hueso circundante, a diferencia de la displasia fibrosa.

En sus estadios incipientes, el fibroma osificante aparece paradójicamente, como una zona radiolúcida sin manifestaciones de radiopacidades internas.

Las radiografías muestran una zona radiolúcida con focos radiopacos o una masa enteramente radiopaca. En contados casos, en sus etapas más tempranas, la lesión puede presentarse completamente radiolúcida.

La radiografía muestra imágenes claras de contornos bastante netos, sin ribete de condensación periférica y sin ruptura cortical. La cavidad central no es homogénea, observándose más o menos netamente trazos de separación.

A medida que el tumor madura hay una creciente calcificación, de modo que la zona radiolúcida se mancha con zonas opacas hasta que por último la lesión aparece como una masa radiopaca relativamente uniforme. El desplazamiento de los dientes adyacentes es común, así como invasión

de otras estructuras circundantes.

La imagen radiológica puede parecerse a la de los quistes, manchas de bordes nítidos, pero es mucho menos radiolúcida. En total el fibroma osificante central es una lesión radiolúcida de margen definido y no trabeculado.

#### QUISTES NO ODONTOGENICOS

Los quistes de los maxilares son de gran importancia clínica no solamente porque con frecuencia alcanzan gran tamaño, y por lo tanto, producen asimetría facial, alteraciones de la dentición, síntomas neurológicos y predisposición a la fractura sino, particularmente, porque son frecuentes.

Sus cuadros clínicos varían considerablemente. Los más pequeños, y aún algunos de los quistes de moderado tamaño, pueden manifestarse no clínicamente, sin agrandamiento ni asimetría y, a menudo, sin síntomas-subjetivos.

Estos quistes pequeños y los medianos con frecuencia se descubren casualmente al practicar un examen radiográfico de rutina, siendo que los quistes de mayor tamaño y los infectados secundariamente son detectados a simple vista y con mayor frecuencia debido a sus manifestaciones clínicas. Este tipo de quistes se presentan bajo la forma de un abombamiento o masa redondeada, de superficie lisa y de color rosado, situado en cualquier parte de la línea media del paladar.

Al palpase estos pequeños quistes, presentan una consistencia firme, y en ocasiones crepitaciones quísticas cuando existe una infección-secundaria, sensibilidad o dolor. En ocasiones se descubre un conducto-

fistuloso del que es posible obtener un líquido seroso o purulento. En otros huesos del esqueleto los quistes se presentan con mayor frecuencia, y los que ocurren son solitarios, relacionados con la osteítis fibrosa localizada o la enfermedad fibroquística monostótica, mientras que los que se encuentran comunmente en los maxilares son quistes odontógenos ectodérmicos, que son epiteliados.

Existe una clasificación de los quistes adaptados por Thoma Robin - son-Bernier que es la que nos interesa para el desarrollo de ésta tesis, nos referimos a los quistes epiteliales ectodérmicos no odontógenos.

Hay un aspecto que debemos tomar en cuenta para la clasificación, es que se debe analizar cuidadosamente su etiología y su patología. Los quistes epiteliales ectodérmicos no odontogénicos son:

- a) Quiste medio.
- b) Quiste globulomaxilar.
- c) Quiste nasolabial.
- d) Quiste nasopalatino.
  - Quiste del conducto incisivo.
  - Quiste de la papila palatina.

Ciertos quistes de los maxilares se forman de los restos de células epiteliales enclavados en el lugar de la fusión de los diferentes mamelones embrionarios que forman la cara; tales como los llamados fisurales.

Peter (1923) dice que Kollins pudo demostrar la existencia de células epiteliales que quedaban enclavadas hacia el 2o. mes de vida embrionaria en el punto de fusión de los mamelones faciales, y es de opinión que estos restos epiteliales pueden ser la causa de la formación de -



quistes.

Los quistes de las fisuras no tienen conexión con los dientes y deben diferenciarse de los quistes odontogénicos.

A los quistes no odontogénicos Herbert Harnish los llama quistes disontogénicos son formaciones que se originan independientemente del desarrollo dentario. Pues los epitelios con que están tapizados provienen de formaciones epiteliales, que fueron desprendidos o incluidos durante el período fetal. El desarrollo de un cráneo fetal debe unirse - las más diversas apófisis entre sí, ocurriendo fácilmente que queden incluidas formaciones epiteliales, que persisten y al crecer luego, originan quistes.

Ries Centeno, menciona que los quistes no odontogénicos, son aquellos que se apartan del estudio general de los quistes de los maxilares; son procesos que no tienen relación con el aparato dentario (embrionario o adulto).

Como mencionamos anteriormente a los quistes de este tipo que se forman a partir de restos de células epiteliales, tales son los quistes fisurales.

#### Quistes fisurales.-

Se originan de fisuras embrionales, por deficiente unión de las apófisis maxilares durante el período de desarrollo. En ocasiones no pueden distinguirse de los quistes odontogénicos debido a su proximidad y su relación con los dientes o ambos. No se ha aclarado si el diente se ve afectado en forma secundaria o si funge como el factor etiológico primario. Estos quistes fisurales pueden ser clasificados como sigue:

##### a) Quiste nasopalatino

- Quiste del conducto incisivo.
- Quiste de la papila palatina.
- b) Quiste nasolabial.
- c) Quiste de la línea media.
- d) Quiste globulomaxilar.

Existe otra clasificación que pertenece a los no odontogénicos, pero que no están dentro de los fisurales ellos son:

- a) Cavity idiopática de Stafne.
- b) Quiste óseo aneurismal.
- c) Quiste óseo solitario.

Comprendido lo anterior iniciaremos con los quistes fisurales.

#### QUISTE GLOBULOMAXILAR.

El quiste globulomaxilar comprende alrededor del 17% de todos los quistes no odontogénicos y no epiteliales de los maxilares. Como su nombre lo indica, sólo ocurre en el maxilar superior.

Este quiste se encuentra dentro del hueso, es la unión de la porción globular de la apófisis nasal media y la apófisis maxilar, la fisura globulomaxilar, casi siempre entre el incisivo lateral y el canino superior.

El quiste se origina en la apófisis alveolar a partir de restos epiteliales y se desarrolla e invade la mayor parte del maxilar superior.- Este quiste fácilmente se confunde con un quiste radicular.

Ocasiona la separación de estas raíces; cuando se dilata se extien-

de más allá de los ápices de los dientes vecinos; algunas veces, cuando es grande, crece alrededor de los ápices vecinos y los envuelve. La vitalidad de los dientes (incisivo y canino) se conserva.

No parece haber predilección sexual, aunque tal vez aparezca con más frecuencia en varones que en mujeres; puede ocurrir bilateralmente.

Puede describirse mejor como una cavidad quística en forma de pera invertida. El quiste no provoca molestias salvo que presione sobre los ápices de los dientes, presentándose afición secundaria a los mismos.- Por otra parte no afecta la vitalidad pulpar de los dientes vecinos, las respuestas normales y de la vitalidad de la pulpa poseen valor diagnóstico. La forma rara de este, quizá es el resultado de desarrollo de los procesos globular y maxilar y entre las raíces de los dientes incisivos laterales y canino, que unicamente permiten la expansión hacia arriba, creando así forma de pera.

Raras veces, si es que alguna, el quiste globulomaxilar da manifestaciones clínicas. Casi todos los casos que se conocen fueron descubiertos por accidente durante el examen radiográfico de rutina. Algunas veces el quiste se infecta y el paciente se queja entonces de molestias y dolores en esa zona.

Clínicamente.-

La primera indicación clínica de un quiste globulomaxilar es el cambio de posición del incisivo lateral y del canino, que más adelante puede ir abultamiento de la superficie labial del maxilar superior, con frecuencia acompañado de una sensación de vaga presión. En algunos casos la infección puede ser llevada al interior del quiste por un diente vecino, y entonces la cara se hincha y el exudado se hace purulento. En tales casos puede formarse fístula permanente en la encía.

Para hacer un diagnóstico diferencial, es necesario inspeccionar - cuidadosamente las raíces de los dientes para observar cualquier falta de continuidad de la membrana periodontal o lámina dura, que pueda implicar a los dientes como agentes etiológicos primarios; los dientes se verían afectados en forma secundaria si la pared en la expansión del - quiste presionara sobre los ápices de los dientes.

#### Histológicamente.-

El estudio microscópico mostró una membrana de tejido conectivo revestido en su superficie interna con epitelio escamoso estratificado el cual tiene proyecciones profundas en el tejido subyacente. Hay infiltraciones en el tejido conectivo y en el epitelio.

#### Radiográficamente.-

Este quiste se presenta en las radiografías intrabucales, con forma característica, con zona radiolúcida periforme invertida, entre las raíces del incisivo central y canino, y produce la divergencia de las raíces de estos dientes superiores. Tiene límites precisos, la lámina dura en distal del incisivo lateral y en mesial del canino, ha desaparecido; los bordes de la imagen no están generalmente tan bien delineados y definidos como en las radiografías de los otros quistes de los maxilares. El quiste se diferencia de un quiste radicular en que éste no se extiende entre los dientes, y de otros quistes por su localización entre el incisivo lateral superior, y el canino. Los dientes vecinos pueden estar perfectamente normales, aunque en el examen radiográfico los proyecta dentro del área oscura producido por el quiste en la radiografía. Los dientes están situados en el lado labial o en el lado palatino del quiste. Habrá que tener cuidado en no confundir esta lesión con el quiste periodontal formado como consecuencia de una lesión pulpar o - traumatismo de uno de los dientes adyacentes. Estos son vitales salvo - que se infecten coincidentemente. Este quiste suele verse bajo forma de una zona radiotransparente que es homogéneamente oscuro.

## QUISTE PALATINO MEDIO.

El quiste palatino medio se origina en el epitelio atrapado a lo largo de la línea de las apófisis palatinas del maxilar. Esta lesión, si es que existe, no debe de confundirse con el quiste nasopalatino, y por lo tanto no tiene ninguna relación con el conducto del incisivo.

### Características clínicas.-

El quiste palatino medio se encuentra en la línea media del paladar duro entre las apófisis palatinas laterales. Se puede alargar en un período prolongado y producir una hinchazón palatina definida visible clínicamente. Es una tumefacción sólida. La túnica de la mucosa puede ser pálida o blanda, pero siempre está intacta. No hay ulceraciones. Las lesiones son indoloras pero pueden causar molestias durante la masticación y fonación. La causa de la proliferación epitelial y la ulterior formación del quiste es desconocido. Este quiste se presenta en la edad adulta en ambos sexos.

### Histológicamente.-

Se comprueba que el quiste está revestido por epitelio escamoso o, a veces, por epitelio respiratorio. En uno u otro caso, una cápsula de tejido fibroso envuelve al epitelio. La cavidad quística está a menudo exento de elementos inflamatorios, pero cuando ha ocurrido una infección secundaria, el cuadro histológico revela un infiltrado inflamatorio.

### Radiográficamente.-

En la radiografía palatina se ve una zona radiolúcida solitaria en línea media del paladar, detrás de la papila incisiva; asintomática o puede producir tumefacción en el paladar.

## QUISTE NASOPALATINO.

Los quistes nasopalatinos se asientan en el centro del hueso. Estos quistes han sido denominados de diversas maneras: quistes del conducto-palatino, quistes del conducto incisivo.

Estos quistes nasopalatinos comprenden cerca del 54% de los quistes no odontogénicos. Son frecuentes estos quistes su número en relación con los procesos quísticos de los maxilares, es importante. Estos procesos quísticos eminentemente embrionarios se desarrollan en el conducto-anatómico, que une las fosas nasales con la bóveda palatina. Recordemos que en la cara interna de la apófisis palatina del hueso maxilar superior, está librando un canal que se dirige de arriba a abajo, de atrás a adelante y de fuera a dentro este conducto se inicia en la fosa nasal correspondiente y termina a nivel de la bóveda palatina por detrás de los incisivos centrales.

En la bóveda de este conducto, se han fusionado los 2 canales mencionados. En el piso de las fosas nasales se abre uno a cada lado del tabique. Este canal se une con uno semejante del lado opuesto, formado entre ambos un conducto palatino anterior. Por este conducto discurren nervios y vasos. Este conducto está tapizado por una mucosa con epitelio ciliado o estratificado según provenga de las fosas nasales o de la cavidad bucal; en el adulto pueden quedar reliquias de los epitelios embrionarios de ambas cavidades. Es a expensas de estos restos epiteliales embrionarios que se desarrollan los quistes del conducto palatino anterior.

Este quiste nasopalatino está situado justamente detrás de las puntas de los incisivos centrales.

Como las estructuras embrionarias nasopalatinas varían considerable

mente en lo que concierne a su localización y detalles anatómicos, estos quistes pueden ser totalmente bilaterales, en ambos lados de la línea media, o pueden unirse en esta para formar un solo conducto incisivo.

Este quiste aparece a cualquier edad, incluso en el feto aunque su descubrimiento clínico se hace con mayor frecuencia entre la 4a. y 5a. década de la vida.

Un factor capaz de provocar la organización quística del epitelio encerrado en el conducto, puede ser el traumatismo originado por la masticación, presión ejercida por la prótesis, infecciones dentarias o gingivales vecinas.

#### Sintomatología.-

Es escasa o nula, a no ser que se infecten, teniendo en estas ocasiones todas las características de los quistes dentarios supurados.

A veces, se infectan por algún mecanismo desconocido, y producen dolor e inflamación y se abren por una pequeña fístula en la papila palatina o cerca de ella.

Estos procesos son casos siempre indoloros, cuando son dolorosos, - ésta sensación es de tipo reflejo, manifestándose sobre el ala de la naríz, arcada dentaria y ojos. Los ojos del conducto palatino anterior - pueden presentarse en maxilares con todos sus dientes o parcialmente o totalmente desdentados.

La mayor parte de estos procesos tienen tendencia a desarrollarse - hacia la bóveda palatina, provocando el descenso de la tabla ósea, pudiendo percibirse la sensación de crepitación apergaminada. El color de

la fibromucosa que cubre el quiste es generalmente rojo-vinoso. En -- otras ocasiones el proceso se desarrolla hacia la tabla vestibular, con todas las características que presentan los quistes paradentarios a saber: abombamiento de la tabla ósea vestibular, sensación de fluctuación o renitencia, modificación del surco vestibular, y cambio de las líneas fisonómicas.

Los quistes nasopalatinos se dividen en 2 tipos:

- Conducto incisivo.
- De la papila palatina.

#### QUISTE DEL CONDUCTO INCISIVO.

Embriológicamente, el conducto incisivo que comunica las cavidades-nasal y bucal se forma cuando los procesos palatinos maxilares se fusionan con el premaxilar, dejando 2 vías de comunicación, una a cada lado del tabique nasal. Los conductos incisivos también contienen las raíces terminales de las arterias palatina descendente y esfeno palatina, el - nervio nasopalatino y glándulas salivales menores.

Este quiste se halla en la porción anterior del maxilar superior, - entre las puntas de los incisivos centrales. Se origina de los remanentes inferiores de la línea media del conducto palatino y, por ello, es - en realidad una variante del quiste nasopalatino. Esta región puede ser asistente de diversos procesos patológicos de tipo inflamatorio o se - cretorio.

El contenido del conducto incisivo está interesado, bien por la ex - tensión del proceso inflamatorio de la papila incisiva, bien en el cur - so de una afección de origen nasal.

Sea lo que fuere, el resultado es la producción del quiste:



- Por la oclusión de la luz del conducto nasopalatino, o de un divertículo.
- Por la proliferación de los restos epiteliales incluidas en las partes blandas del conducto incisivo, con degeneración quística.
- O bien por oclusión de las glándulas mucosas que pueden existir en las partes blandas del conducto incisivo.

#### Sintomatología.-

Es la propia de los quistes paradentarios. Pero los dientes conservan su vitalidad, aunque pueda aparecer la manifestación de forma secundaria. No hay predilección sexual. Muchos pasan inadvertidos hasta que se diagnostican en radiografías habituales. Sin embargo, la mayoría de los pacientes en los cuales el quiste llega a ser clínicamente evidente, se encuentra en la 4a. y 6a. década de la vida. Los quistes nasopalatinos son generalmente indoloros, excepto cuando se infecta.

#### Clínicamente.-

Hay muchas veces un agrandamiento de la línea media anterior del paladar. Hay tumefacción en aproximadamente una mitad de los pacientes con quistes del conducto incisivo y en todos los que tienen quistes de la papila palatina. A veces es de forma ovoide determinando por la presencia de las raíces de los incisivos.

#### Histológicamente.-

Están tapizados de epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado pseudoestratificado y epitelio cuboide o cualquiera de las combinaciones. La variabilidad del tipo de epitelio indica que estos quistes se originan en el conducto nasopalatino, pues este conducto se compone del mismo epitelio: respiratorio en la porción nasal y escamoso en la bucal. La pared del tejido conectivo de este quiste presenta con frecuencia infiltrado celular inflamatorio. Además, suelen observarse acúmulos de glándulas mucosas así como vasos y nervios grandes. Algunas veces se encuentran células calcifor-

mes, pero sólo en asociación con el epitelio respiratorio. La formación de colesterol es muy rara en los quistes nasopalatinos.

También se pueden encontrar pequeñas colecciones del tejido adiposo en el tejido conjuntivo circundante.

Radiográficamente.-

Es una zona radiolúcida. Este quiste por lo general no se manifiesta clínicamente y solo puede descubrirse radiográficamente. Suele presentar el aspecto de una zona radiotransparente redonda y bien delimitada que no está asociada con la vitalidad de la pulpa de los dientes vecinos. El diagnóstico radiográfico del quiste puede ser difícil y no es posible hacerlo con seguridad si el diámetro es menor de 0.6 cm., ya que la fosa incisiva normal puede ser grande. Puede quedar simulada una forma en corazón si se superpone la espina nasal en la radiografía. En las vistas oclusales el quiste aparece por atrás de los incisivos. Los quistes de mayor tamaño no suelen presentar dificultades en su interpretación.

#### QUISTE DE LA PAPILA PALATINA.

Este quiste se forma del contenido epitelial del agujero palatino, en lugar del conducto incisivo. No está completamente rodeado del hueso, forma un abultamiento redondeado que dilata el tejido blando de la región de la papila palatina.

Se manifiestan por una tumefacción redondeada, que puede alcanzar el volumen de media cereza. Es blando fluctuante pero no da la sensación de pergamino, como los quistes grandes del conducto incisivo y quistes medios voluminosos. Si se aplica suficiente presión, sale líquido de una u otra de las salidas al lado de la papila.

La presión hace salir por un orificio glandular gotitas semilíquidas mucofibrinosas. La mucosa que los recubre no está alterada, conserva sus grasas y sus rugosidades. Generalmente la mucosa no se altera, porque el quiste se forma debajo de ella y no encima. Las arrugas palatinas se ven claramente, aunque puede haber enrojecimiento por la irritación inflamatoria. En tales casos la inflamación penetra a veces en el quiste y el exudado se vuelve purulento. A consecuencia de su localización en tejido blando y de su vulnerabilidad a los traumatismos, se rompe con frecuencia y origina la formación de una fistula diminuta, de la que se puede obtener un líquido acuoso y salino.

#### Histológicamente.-

Presenta este quiste un revestimiento de epitelio escamoso estratificado o respiratorio; la pared de tejido conectivo contiene nervios y glándulas mucosas.

#### Radiológicamente.-

La radiografía ayuda a diferenciar los quistes de la papila palatina y del conducto incisivo. La radiografía de los quistes de la papila palatina es completamente negativa, porque el quiste no se dilata dentro del hueso.

En algunas ocasiones presenta radiolucencia.

#### QUISTE NASOLABIAL.

Se le conoce también con los nombres de quiste de Klestadt o quiste nasoalveolar.

Esta lesión extraordinariamente rara es un quiste de tejido blando.

Se forma fuera del hueso en una parte profunda del pliegue nasolabial.- El quiste nasoalveolar se origina de los remanentes epiteliales, en la unión de las prolongaciones globular nasal lateral y maxilar.

Se ubican en el piso de una fosa nasal y hacen un crecimiento descendente; en tales circunstancias, se les puede localizar por la inspección clínica y manual, dando idéntica sintomatología a los otros quistes de los maxilares. El quiste puede afectar secundariamente al hueso.

#### Características clínicas.-

Es uno de los quistes menos comunes entre los quistes no odontogénicos y no epiteliales de los maxilares, comprenden tan solo cerca del 25% de esas lesiones. Este quiste suele observarse en la raza negra. Es preciso observarla bajo la forma de una hinchazón extraoral y de pequeño tamaño, o en el suelo de la fosa nasal. A veces se revela por un agrandamiento de los tejidos mucobucales, encima de las puntas de los dientes laterales o de los caninos.

Los quistes nasoalveolares son capaces de producir la erosión superficial de la superficie externa del maxilar, pero señalamos que no son primeramente lesiones centrales y por ello pueden no ser visibles en las radiografías. Ocasiona una tumefacción que puede verse y palparse debajo del labio superior. Todos los dientes poseen vitalidad pulpar.

#### Histológicamente.-

Desde el punto de vista histológico, este quiste está tapizado por epitelio respiratorio o escamoso estratificado, o con más frecuencia, por epitelio cilíndrico seudoestratificado o por una combinación de estos epitelios.

#### Radiográficamente.-

La radiografía no muestra alteración ósea. Sin embargo, puede apare

cer una radiolucencia si el quiste produce una resorción ósea por presión desde el lado del periostio.

#### QUISTE ANEURISMÁTICO.

El quiste óseo aneurismático es una lesión ósea solitaria interesante que fue separada como entidad independiente. Desde su descubrimiento, se comunicaron muchos casos en la literatura.

Este quiste ocurre con mayor frecuencia en los huesos largos y en las vértebras. Menos del 1% ocurren en los maxilares. Constituye este quiste aproximadamente el 1.5% de los quistes no odontogénicos y no epiteliales (Seudoquistes) de los maxilares.

#### Características Clínicas.-

Se presenta en personas menores de 20 años y suele haber antecedentes de traumatismo, y no tiene preponderancia de sitio. Como mencionamos anteriormente no es exclusivo de los maxilares, pues se presenta en casi todos los sectores del esqueleto, ocupando un 50% en huesos largos y columna vertebral. También se pueden observar lesiones en clavícula, costillas, hueso iliaco, cráneo y huesos de pies y manos, así como en otros sitios. Esta lesión afecta con mucho más frecuencia al maxilar inferior. Las lesiones son sensibles o duelen en particular durante el movimiento, y ésta sensibilidad llegar a limitar el movimiento del hueso afectado. También es común la hinchazón de la zona ósea afectada. Las lesiones tienen una duración de uno a 6 meses. El lado afectado se encuentra agrandado sólido e insensible. Puede haber una maloclusión como consecuencia de la deformidad. Durante la exploración se encuentra una cavidad ósea llena de tejido pardo rojizo, similar al tejido hepático pletórico de sangre.

El raspaje ocasiona una profunda hemorragia, no demasiado difícil - de controlar. Este quiste se ha tratado como una variación de un granu loma de células gigantes.

El quiste se da con mucha frecuencia en los maxilares, aunque es - probable que muchos estén mal diagnosticados como otras lesiones óseas.

Histológicamente.-

Las características microscópicas del quiste óseo aneurismal tiene-valor diagnóstico. Este quiste contiene de numerosos remansos de sangre que están revestidos de células fusiformes de tejido conectivo, y el te jido, entre estos remansos, está compuesto de fibroblastos, numerosas - células gigantes, focos de hemosiderina y pequeños vasos sanguíneos.

Radiográficamente.-

La radiolucencia puede ser unilocular, pero por lo general presenta un aspecto multilocular o semejante a pompas de jabón. La mandíbula sue- le estar dilatada, pero las tablas no se destruyen.

QUISTE OSEO ESTÁTICO.

El así llamado quiste óseo estático se le conoce también como quis- te de desarrollo; quiste latente, quiste de Stafne y no es verdadero, - sino un defecto asimétrico del desarrollo en el maxilar inferior en l- surco hecho por la arteria facial donde cruza al hueso, o cerca del mis mo.

Herbert Harnish, dice que se trata de una atrofia por presión origi- nada por el lóbulo posterior de la glándula submaxilar.

### Características clínicas.-

El tamaño de la cavidad varía entre 1 cm. hasta 2 cms. Puede ser semicircular, con apertura inferior o, algunas veces, elíptico o redondeado y completamente incluido dentro del hueso un poco por encima del borde inferior del maxilar inferior. Los defectos visibles en los rayos X-no causan molestias. Estas formaciones son encontradas entre los 30 a - 70 años. Pueden ser observados delante del ángulo mandibular en el cuerpo del maxilar inferior. Como el tamaño del quiste no varía con el tiempo, ha sido denominado estático o latente. Esta lesión puede ocurrir bilateralmente y el tamaño del quiste no varía con el tiempo. Es más frecuenta en hombres que en mujeres. Este quiste representa un defecto de inclusión acaecido durante el desarrollo de la mandíbula, pero desde el punto de vista clínico puede no resultar evidente hasta la edad adulta.

Una parte de la glándula salival queda incluida en la mandíbula en desarrollo, y el tejido óseo se forma en su derredor, excepto en una zona. Durante la exploración se comprueba un defecto en la tabla cortical língual y una cavidad en la mandíbula.

### Histológicamente.-

La cavidad suele estar ocupada por una porción de la glándula sub maxilar o sublingual o puede tener tejido linfoide o conectivo. El contenido de la cavidad está en comunicación, a través del defecto corti cal lingual, con los tejidos blandos del piso de la boca. Algunos ciru janos encuentran cavidades óseas vacías o algunas llenas de tejido conconjuntivo inflamado al lado de traumas y de adaptaciones funcionales, se acceptan también alteraciones embrionales como causas.

### Radiográficamente.-

Muestran una zona radiolúcida bien demarcada, por lo general situa da debajo del conducto dentario inferior y que no delata la tabla corti cal.

## QUISTE OSEO TRAUMATICO.

Es considerado pseudoquiste por no ser epiteliales.

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 un epitelio. A este quiste se le conoce con diversos nombres: quiste óseo traumático, quiste por extravasación, quiste óseo solitario, quiste óseo hemorrágico, quiste óseo unicameral, quiste óseo simple y cavidad ósea progresiva.

El quiste traumático es una lesión desusada que aparece con considerable frecuencia en maxilares así como en otros huesos del esqueleto. En huesos largos está localizado con más frecuencia en la zona metafisaria del húmero. La etiología sobre las teorías de este quiste es de lo más variado, pero ninguna ha ganado aceptación general.

Howe ha efectuado una exhaustiva revisión de la literatura y ha señalado la amplia aceptación de la teoría del origen en la hemorragia intermedular consecutiva a la lesión traumática. Este tipo de hemorragia produce preparación 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 de 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. Durante este padecimiento, las trabéculas óseas de la zona afectada se necrosan después de la degeneración del coágulo y de la médula ósea, aunque sigue persistiendo cierto tejido medular vital para iniciar la resorción de trabéculas. La lesión aumenta de tamaño por una expansión constante producido por un edema infiltran-



te progresivo sobre la base de la restricción del drenaje venoso.

Esta expansión cesa cuando la lesión de tipo quístico alcanza la capa cortical ósea, de manera que ésta expansión no es común en el quiste óseo solitario. Es importante saber, que para que se cause ésta lesión es suficiente un pequeño traumatismo que de tan leve ni el propio paciente lo recuerde.

Gorlin y Goldman.- Dicen que no es muy seguro la teoría de una hemorragia intraósea de origen traumático, ya que por ejem. casi nunca ocurre en la tibia, que es el hueso que está más expuesto a traumatismos.- A continuación mencionaré otras teorías de origen del quiste solitario- según Shaffer:

- 1) Origen en tumores óseos que han experimentado degeneraciones - - quísticas.
- 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 infección crónica de bajo grado.
- 5) Resultado de la osteoclasia originada en un trastorno circulatorio a causa de un traumatismo que genera un desequilibrio entre- osteoclasia y reparación ósea.

El mecanismo más probable tal vez consiste en el desarrollo de un tumor benigno, que experimenta una lisis espontánea y deja un espacio - vacío.

Características clínicas.-

La gran mayoría (aproximadamente 80%) aparecen antes de los 25 años (es decir durante la 1a. y 2a. décadas). Alrededor del 60% de los casos

son varones. La lesión suele ser descubierta en una radiografía. La lesión es pocas veces dolorosa. La zona afectada con mayor frecuencia se encuentra en el canino inferior y la rama. El segundo sitio es la sínfisis mandibular. Los quistes pueden persistir durante mucho tiempo. Los dientes de la región son vitales. Habitualmente existen antecedentes de traumatismo.

Aproximadamente el 25% al 35% de los pacientes hay una dilatación bucolabial del maxilar que indica que ha existido una presión. La presión quística es baja en comparación con la mayoría de los quistes.

En la exploración o en la operación, el cirujano encuentra que la lesión está vacía o que contiene escasa cantidad de líquido claro o sanguinolento, y que el quiste en realidad es una gran cavidad en el hueso cuyas paredes están revestidas por una cantidad muy pequeña, de tejido.

En ocasiones se observa que el nervio alveolar inferior y vasos sanguíneos yacen libremente en la cavidad. El cirujano suele asombrarse al abrir un espacio vacío en el hueso y encontrar que no hay membrana alguna.

#### Histológicamente.-

La cavidad tiene una pared ósea áspera y puede tener un revestimiento de tejido conjuntivo delgado o puede haber unos cuantos eritrocitos, pigmentos de sangre o células gigantes que se adhieren a la superficie del hueso.

Los quistes por lo general solo contienen aire o algún otro gas pero a veces pueden tener un poco de líquido.

#### Radiográficamente.-

Estas cavidades forman zonas radiolúcidas redondeadas, unicelulares,

que generalmente están menos bien definidos que los quistes odontógenos. De manera característica también se arquean hacia arriba o hacia las raíces de los dientes, y en consecuencia muy pocas veces pueden observarse en una radiografía de aleta oclusal.

Algunos quistes traumáticos solo miden 1 cm. 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 dado por la extensión entre raíces. Es raro que los dientes se aplasten, y en la mayor parte de casos, la lámina dura está intacta.

Este quiste suele estar encima del conducto dental inferior. La radiolucencia se extiende por entre los dientes y posee un contorno festoneado. Esta última característica es caso exclusivo del quiste traumático.

## C A P I T U L O   I I I

### TRATAMIENTO DEL GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES, FIBROMA OSIFICANTE CENTRAL Y DE QUISTES NO ODONTOGENICOS DE LOS MAXILARES.

El tratamiento es el método a seguir para la curación de la lesión. Si es equivoco este método, de nada habrá servido el haber localizado e identificado la lesión, que es de suma importancia para llegar al - tratamiento.

En el éxito del tratamiento influye además:

- El instrumental adecuado a utilizar.
- La precisión del operador al ejecutarla.
- Buena administración del medicamento.
- Respetar los pasos a seguir durante la operación.

Después de la identificación de la lesión, el tratamiento puede ser lo más difícil o más fácil, puesto que en este tipo de lesión es muy fácil dejar recidiva, o lesionar tejidos adyacentes.

Es por eso que el operador deberá sentirse capacitado para la maniobra, o si no, con profesionalismo y respeto que el paciente se merece, - remitirlo con otro cirujano.

#### TX. DEL GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES.

A pesar de las sugerencias diagnósticas obtenidas de los datos clínicos, radiográficos e históricos, la identificación concluyente, salva pocas excepciones, depende de la intervención quirúrgica y del examen-

de una muestra de biopsia.

La extirpación quirúrgica de la masa, es en general el TX de elección.

Este TX. consiste en el raspado de la masa; no es necesario la extirpación amplia. Es probable que después del TX quirúrgico conservador queden pequeños fragmentos de la lesión pero esto parece producir pocos problemas. El punto importante que debe de considerarse es que, esta lesión aunque puede crecer rápidamente no es un tumor, y que no es necesario una escisión amplia para controlarla. Ries Centeno menciona; que debe haber completa enucleación y Diatermocoagulación de la cavidad ósea y partes vecinas. La radioterapia está aconsejada por varios autores pero no irradiación sin cirugía.

#### TX. DEL FIBROMA OSIFICANTE CENTRAL.

La lesión debe ser excedida en forma conservadora y la recidiva es rara.

Su TX es quirúrgico. En tanto que los fibromas pequeños son fácilmente enucleables en todo, los mayores exigen la preparación de una amplia ventana ósea, a escapele y gubia por lo que se extraerá el cuerpo tumoral generalmente fragmentado, por lo menos en 2 secciones. Bien realizada la intervención da óptimos resultados.

No obstante en la literatura se citan casos de recidiva con transformación de su naturaleza benigna en maligna. Se debe tomar en cuenta que la extirpación debe ser conservadora, pues generalmente se puede enuclear con facilidad por vía cutánea.

Pueden observarse recidivas con una fórmula histológica idéntica, o con modificaciones de la estructura en forma de verdaderos quistes aneurismáticos.

#### TX. DEL QUISTE NASOPALATINO

El quiste debe enuclearse y cuando esto se lleve a cabo en forma adecuada es poco factible que haya recurrencia.

La evacuación del contenido líquido en los quistes nasopalatinos solo da alivio temporal.

La extirpación está indicada en todos los casos que causa síntomas.

#### TX. DEL QUISTE DE LA LINEA MEDIA.

Los quistes palatinos de la línea media y los alveolares de la línea media no deben de confundirse y hay que distinguirlos, pues los palatinos de la línea media pueden desarrollarse en la zona alveolar o en el paladar duro.

#### Indicaciones de la intervención quirúrgica:

En los más de los casos el paciente presenta una tumefacción, y si es anodóntico, no puede usar dentadura postiza. Los quistes de este tipo como todos los quistes, deben extirparse en cuanto se diagnostican.

#### Preparación general del paciente.-

La mayor parte de los quistes, de la línea media son de pequeñas dimensiones y el enuclearlos es una intervención de escasa importancia -

que puede efectuarse en pacientes ambulatorios bajo anestesia local.

#### Detalles de técnica operatoria.-

Después de la ordinaria preparación de la mucosa se hace una incisión para abrirse acceso al quiste levantando un colgajo. El quiste se enuclea por el método usual en ocasiones se encuentra adherido a la sutura de la línea media y habrá de tenerse la precaución de extirpar todo el epitelio.

El colgajo se aplica en el interior de la cavidad y se tapona ésta con gasa o se cierra por sutura primaria después de haber introducido en ella sulfonilamida y sulfatiazol, si la cavidad es pequeña o esponja de fibrina si el quiste es grande.

#### Atención postoperatorio.-

El TX. postoperatorio es el mismo que ha sido descrito para otros quistes. En caso de tumefacción, se tratará con aplicaciones frías.

Quitar suturas en 8 a 10 días.

#### TX. DEL QUISTE GLOBULOMAXILAR.

Este tipo de quiste debe ser enucleado quirúrgicamente, preservando si lo es posible, los dientes adyacentes.

#### Indicaciones de la intervención quirúrgica.-

Como el dolor es un síntoma raro en estos quistes, el paciente no suele percatarse de él hasta que el maxilar aumenta de volumen o una tumefacción. La indicación para esta lesión es la extirpación tan pronto como se diagnostique, para evitar la invasión del seno y el aumento de la desviación de los dientes.

La preparación general del paciente.-

A menos que el quiste sea de muy grandes dimensiones y el enuclearlo suponga que se necesita, especialmente si ha de operarse bajo anestesia local en el consultorio. Los grandes quistes infectados son un problema distinto en estos casos, el paciente debe ser hospitalizado y se le someterá a la penicilinoterapia profiláctica.

Anestesia.-

Los pequeños quistes globulomaxilares se pueden extirpar bajo anestesia local; los de tamaño grande requieren anestesia general y hospitalización.

Detalles de la técnica operatoria.-

Después de la ordinaria preparación de la cara y de la boca, se separa el labio y se hace preparación en incisión curva en la mucosa de la cara externa del maxilar. Por disección roma se despega cuidadosamente el mucoperiostio y con un osteotomo se practica una abertura en la pared ósea para exponerse el quiste en la mayor extensión posible sin lesionar las raíces del incisivo lateral ni del canino, dientes que deberán conservarse a menos que estén enfermos. Por encima de los ápices radicales, la abertura ósea puede ampliarse con gubias. El quiste queda a la vista; si fue perforado habrá que aspirar el contenido líquido. Por lo común no se presentan dificultades, salvo en la parte estrecha del quiste, el vértice del triángulo entre los dientes. A menudo queda un trazo de membrana, lo cual se extrae con una pequeña fresa, pues la recidiva es segura si se deja algún resto membranoso.

El colgajo mucoperióstico se aplica sobre el fondo de la cavidad y se mantiene en contacto con el hueso por medio de una tira de gasa yodofórmica vaselinada. El taponamiento con gelfoam y trombina puede combinarse también con la sutura primaria. En los grandes quistes que invaden el seno maxilar, emplear el mismo procedimiento, si bien puede ser-



conveniente acudir a la operación en 2 etapas de Waldron, o sea MARSU-  
pialización primero y enucleación de la membrana posteriormente.

Atención postoperatoria.-

El taponamiento si se ha utilizado se cambia cada dos días hasta -  
que la superficie cruenta está tapizada por tejido de granulación; en -  
tonces se instruye al paciente en la manera de lavar la cavidad hasta -  
que se haya soliterado por completo. Si la incisión se cerró por sutura,  
los puntos se quitaron a los 8 ó 10 días.

Su pronóstico es excelente.

TX. DEL QUISTE NASOALVEOLAR.

El quiste debe ser eliminado quirúrgicamente, aunque habrá que te -  
ner cuidado de no perforar, no aplastar la lesión.

Su TX consiste en la escisión simple pero en ocasiones puede ser -  
complicado cuando el quiste ha perforado la mucosa nasal y ha drenado -  
hacia la nariz.

La vía de acceso es el vestíbulo bucal.

Su pronóstico es excelente.

TX. DE LOS QUISTES OSEOS NO ODONTOGENICOS.

Los principios del TX quirúrgico están encaminados a la erradica --  
ción de complicaciones surgidas del quiste mismo, así como la extirpa -

ción del quiste, incluyendo su cubierta epitelial. La enucleación quirúrgica es el TX de elección y es la técnica directa para la extirpación del quiste total y su contenido.

Después de la enucleación, si la cavidad es pequeña y en una zona con buen riego sanguíneo, deberá considerarse el cierre primario, que deberá dar buenos resultados sin complicaciones. El cierre primario no deberá ser intentado con quistes grandes, infectados o acompañados de considerable destrucción ósea. En tales casos, puede permitirse que parte de la cavidad se llene con sangre, anticipando la organización del coágulo. La porción restante de la cavidad quística deberá ser obturada con un apósito que ocupe espacio y que pueda ser combinado posteriormente, conservando la herida limpia y permitiendo la cicatrización por 2a. intención. Cuando no sea posible hacer la enucleación, deberá considerarse, la marsupialización.

La marsupialización también está indicada cuando están implicadas raíces de dientes vitales y la enucleación las dañaría en forma directa o interferir con riego sanguíneo.

Si el quiste está relacionado con dientes incluidos, la erupción de los dientes se presentará si el quiste puede ser marsupializado en forma adecuada.

La marsupialización es eficaz si la pared quística se encuentra próxima a las membranas del antro y de la nariz.

Este procedimiento prevee la extirpación de la porción más accesible de la pared quística solamente. Esto alivia de inmediato la presión dentro del quiste, pudiendo a continuación colocar un apósito quirúrgico o tapón de acrílico en el orificio, conservando la cavidad abierta-

para drenaje y promoviendo que el defecto se llene de hueso al repararse lo que a la larga expulsará la porción restante de la pared quística. La cicatrización es tan lenta que no hay interferencia con el aporte sanguíneo, ni hay trauma quirúrgico a las estructuras adyacentes.

En el caso del quiste estático, los cirujanos encontraron cavidades óseas vacías o algunas llenas de tejido inflamado. Y al respecto, el quiste aneurismático que también puede ser cureteado, aunque también se han aplicado dosis bajas de irradiación. La recidiva varía entre 21 y 59% de los casos. Sin embargo que se sepa no ha recidivado ninguna lesión del maxilar.

## CONCLUSIONES.

- 1.- Comprendimos que en este tipo de lesiones, ninguna de ellas son malignas, por lo que el pronóstico en su tratamiento es excelente.
- 2.- Distinguimos, el lugar de aparición en la cavidad bucal de estas lesiones, para poder distinguirla y diagnosticar con seguridad.
- 3.- Todas estas lesiones son predisponentes a afectar el hueso.
- 4.- Radiográficamente todo este tipo de lesiones son lesiones radiolúcidas de los maxilares.
- 5.- El tumor central de células gigantes y el fibroma osificante central, son de origen de tejidos y no de origen odontogénico ni osteogénico.
- 6.- Radiográficamente observamos que los quistes; palatino medio, alveolar, globulomaxilar, nasopalatino, son quistes de la línea media del maxilar superior.
- 7.- Es necesario siempre en cualquier lesión, hacer un análisis clínico comparativo, radiográfico e histológico para un buen diagnóstico y tener éxito en el tratamiento.

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

- 1.- Bhaskar, S. N., Patología Bucal.  
2a. Edición, Buenos Aires. Ed. El Ateneo 1974.
- 2.- Basmajian, John V., Anatomía.  
Por John V. Basmajian; Tr. Alejandra Teran.  
7a. Edición., Ed. Interamericana 1977 México.
- 3.- Cawson, R. A., Cirugía y Patología Odontológica.  
Por R. A., Tr. José Luis González Hernández  
México, D. F.,; Ed. El Manual Moderno, 1983.
- 4.- Dechaume, Michel., Estomatología.  
Tr. de A. Jornet., Ed. Barcelona Toray-Masson 1969
- 5.- Gardner, Weston., Anatomía Humana.  
México., Ed. Interamericana 1971
- 6.- Gerard Maurel., Cirugía Maxilofacial.  
Tr. por Carlos Augusto Herrera.  
3a. Edición, Buenos Aires. Ed. Alfa 1959.
- 7.- Harnisch, Herbert., Clínica y Terapéutica de los Quistes Maxilares  
Tr. Bernardo Schwarzl, Berlín; Buch 1973
- 8.- Hollinshead W. Henry., Anatomía para Cirujanos Dentistas.  
México; Harla, Harpe and row Latinoamericana 1971.
- 9.- Kruger, Gustav. O., Tratado de Cirugía Bucal.  
Tr. Georgina Guerrero. 2a. Edición, México.  
Ed. Interamericana 1978.

- 10.- Lockhart, Robert Douglas., Anatomía Humana.  
Tr. Roberto Foch Pi. México. Ed. Interamericana  
1965.
- 11.- Ries Centeno, Guillermo A., Cirugía Bucal; Con Patología, Clínica  
y Terapéutica.  
8a. Edición.- Buenos Aires., Ed. El Ateneo 1980.
- 12.- Shaffer, William G., Tratado de Patología Bucal.  
Tr. Marina G. de Grandí. México. Ed. Interamericana 1977.
- 13.- Testut, L., Tratado de Anatomía Humana.  
9a. Edición. Rev. Correg. y Aum. Barcelona; Salvat 1978.
- 14.- Thoma, Kurt Hermann., Patología Oral.  
Tr. Joaquín Felipe Llinás. 1a. Edición, Barcelona  
Salvat, 1973.
- 15.- Thoma, Kurt Herman., Estomatología por Kurt H. Thoma y Hamilton  
B. C. Robinson. 3a. Edición, México, Ed. Salvat. 1962.  
Tomo I.
- 16.- Thoma, Kurt Herman., Estomatología por Kurt H. Thoma y Hamilton  
B.C. Robinson. 3a. Edición, México, Ed. Salvat 1962.  
Tomo II.
- 17.- Waite, Daniel E., Libro de Cirugía Práctica.  
Tr. Jorge Luis García Martínez. México, Ed. Continental.  
1978.
- 18.- Zegarelli, Edward V., Diagnóstico en Patología Oral.  
Tr. Santiago Pi Suñer. 2a. Edición, Barcelona, Ed. Salvat Editores  
1982.