

**MANEJO CLINICO QUIRURGICO DE LOS QUISTES ODONTOGENICOS Y
NO ODONTOGENICOS DE LA REGION MAXILAR.
REPORTE DE CASOS**

LUIS ENRIQUE AYALA AVILA
LAURA PAOLA CASTILLO TOVAR
JACKLING MAGALY CASTRO MORENO
JANETH CUARTAS ALONSO
YADY BRAILETH DIAZ SANABRIA
ANGELICA MARIA LORENZO CIFUENTES
HELEN JOHANA MARTINEZ CASTILLO
DIANA VICTORIA ORTIZ PORTELA
ANGELICA MARIA RODRÍGUEZ RUBIO
CAROLINA ZULETA PADILLA

**MANEJO CLINICO QUIRURGICO DE LOS QUISTES ODONTOGENICOS Y
NO ODONTOGENICOS DE LA REGION MAXILAR.
REPORTE DE CASOS**

LUIS ENRIQUE AYALA AVILA
LAURA PAOLA CASTILLO TOVAR
JACKLING MAGALY CASTRO MORENO
JANETH CUARTAS ALONSO
YADY BRAILETH DIAZ SANABRIA
ANGELICA MARIA LORENZO CIFUENTES
HELEN JOHANA MARTINEZ CASTILLO
DIANA VICTORIA ORTIZ PORTELA
ANGELICA MARIA RODRÍGUEZ RUBIO
CAROLINA ZULETA PADILLA

Asesor Científico
GERMAN DUARTE
Odontólogo, Especialista en Cirugía Maxilo Facial

Asesor Metodológico
MARIA ALEJANDRA GONZALEZ B.
Odontólogo, Maestria de Administración de Salud

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
Bogotá D.C, 2002

**MANEJO CLINICO QUIRURGICO DE LOS QUISTES ODONTOGENICOS Y
NO ODONTOGENICOS DE LA REGION MAXILAR.
REPORTE DE CASOS**

LUIS ENRIQUE AYALA AVILA
LAURA PAOLA CASTILLO TOVAR
JACKLING MAGALY CASTRO MORENO
JANETH CUARTAS ALONSO
YADY BRAILETH DIAZ SANABRIA
ANGELICA MARIA LORENZO CIFUENTES
HELEN JOHANA MARTINEZ CASTILLO
DIANA VICTORIA ORTIZ PORTELA
ANGELICA MARIA RODRÍGUEZ RUBIO
CAROLINA ZULETA PADILLA

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar el título de odontólogo

Asesor Científico
GERMAN DUARTE
Odontólogo, Especialista en Cirugía Maxilo Facial

Asesor Metodológico
MARIA ALEJANDRA GONZALEZ B.
Odontólogo, Maestria de Administración de Salud

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
Bogotá D.C, 2002

El trabajo de grado titulado **MANEJO CLINICO QUIRURGICO DE LOS QUISTES ODONTOGENICOS Y NO ODONTOGENICOS DE LA REGION MAXILAR. REPORTE DE CASOS** elaborado por integrantes **LUIS ENRIQUE AYALA AVILA, LAURA PAOLA CASTILLO TOVAR, JACKLING MAGALY CASTRO MORENO, JANETH CUARTAS ALONSO, YADY BRAILETH DIAZ SANABRIA, ANGELICA MARIA LORENZO CIFUENTES, HELEN JOHANA MARTINEZ CASTILLO, DIANA VICTORIA ORTIZ PORTELA, ANGELICA MARIA RODRIGUEZ RUBIO** y **CAROLINA ZULETA PADILLA** ha sido aprobado como requisito parcial para optar el título de odontólogo.

Asesor Científico
GERMAN DUARTE
Odontólogo, Especialista en Cirugía Maxilo
Facial

Asesor Metodológico
MARIA ALEJANDRA GONZALEZ B.
Odontólogo, Maestria de Administración de
Salud.

Dra. CLAUDIA BASTIDAS
Coordinadora de Dpto. de Salud Pública e
Investigaciones C.O.C.

Bogotá D.C., Junio 3 de 2002

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios y a nuestros padres que siempre creyeron en nosotros.

TABLA DE CONTENIDO

	PAG
INTRODUCCION	
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION	2
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2. JUSTIFICACION	2
1.3. PROPÓSITO	2
1.4. MARCO TEORICO	3
1.5. OBJETIVOS	53
1.5.1. OBJETIVO GENERAL	53
1.5.2. OBJETIVO ESPECIFICO	54
2. METODO	55
2.1. TIPO DE ESTUDIO	55
2.2. POBLACION	55
2.3. UNIDADES TEMATICAS	55
2.4. FUENTES DE INFORMACION	56
2.5. INSTRUMENTOS	56

3. RESULTADOS	57
4. RECOMENDACIONES	58
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

LISTA ESPECIAL

ANEXOS

- INSTRUMENTO 1.
- INSTRUMENTO 2.
- INSTRUMENTO 3.

- DIFERENCIACIÓN DE QUERATOQUISTES ODONTOGENICOS Y QUISTES NO QUERATOGENICOS UTILIZANDO BIOPSIA POR ASPIRACIÓN Y COLORACIÓN DE CITOQUERATINA 10

- QUISTE ODONTOGENICO GLANDULAR DE LA MANDIBULA

- QUISTES ODONTOGENICOS RELACIOBNADOS CON MOLARES PRIMARIOS QUE HAN RECIBIDO PULPOTOMIA

- REPORTE

INTRODUCCION

Cuando se trata a un paciente que presenta una lesión en los maxilares, se encuentra ante el dilema de definir si es un quiste o un tumor, ante esta situación clínica se debe definir con técnica de biopsia excisional, incisional o punción a que tipo de patología se enfrenta, las lesiones quísticas se caracterizan, por su contenido líquido al realizar la punción. Por esta razón cabe preguntarse: ¿Cuál es el manejo clínico de los quistes odontogénicos y no odontogénicos de la región maxilar?.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El manejo clínico y quirúrgico de pacientes con lesiones de apariencia quística, no están encaminadas al más adecuado, según las diferentes alternativas de manejo de acuerdo a la patología encontrada en cavidad oral, en pacientes que reportan esta patología en la clínica del Colegio Odontológico Colombiano, de tal forma que se crean inquietudes ante como diagnosticar que alternativa de tratamiento clínico-quirúrgico se debe seleccionar de acuerdo a los diferentes quistes de cavidad bucal. Por esta razón cabe preguntarse: ¿cuál es el manejo clínico de los quistes odontogénicos y no odontogénicos de la región maxilar?.

1.2. JUSTIFICACION

Es importante la realización de este estudio para conocer las diferentes alternativas para interpretar, analizar y definir los conductos terapéuticos y diagnósticos para el manejo de lesiones con apariencia quística y su diferenciación con otras patologías en dichos pacientes.

1.3. PROPOSITO

Por medio de esta investigación se pretende dar pautas básicas para saber diferenciar, analizar, interpretar y realizar adecuado manejo o remisión de las patologías con apariencia

quística odontogénicas o no odontogénicas; ya que es frecuente encontrar pacientes con esta clase de patologías en los maxilares.

1.4. MARCO TEORICO

Actualmente se define quiste como una cavidad patológica con contenido líquido, semilíquido o gaseoso, no originado por el acumulo de material purulento y que suele estar, aunque no necesariamente revestido de epitelio y rodeado por una cápsula de tejido conjuntivo, haciendo relieve en la mucosa. (Raspall, G en 1997).

La aparición de quistes en los maxilares puede obedecer a diferentes mecanismos etiopatogénicos: hiperplasias de origen inflamatorio (quiste radicular), alteraciones del desarrollo, o inclusiones de tejido ectópicos. A pesar de su distinto origen, presentan un comportamiento clínico similar. Su crecimiento siempre es lento y expansivo, no infiltrante respondiendo a un aumento de su presión interior y no a una proliferación tisular a causas de sustancias osmóticamente activas que actúan en el interior del quiste, provocando la entrada de liquido para equilibrar la presión osmótica. La presión hidrostática que se forman en el interior del quiste, responsable de su expansión, provocando destrucción ósea (Raspall, G. en 1997).

En cuanto su embriología se dice que el quiste odontogénico puede tener su origen dentro de los maxilares, de los restos de la lámina dental o de los órganos del esmalte de los dientes o restos epiteliales de Malassez. (Raspall, G en 1997). En cuanto a su denominación, son numerosos y variados los términos usados para designarlos, algunas denominaciones se basan en la localización específica del quiste, como por ejemplo, el

quiste periapical, el quiste radicular indicando un punto asociado con una raíz o ápice, también según el origen de sus células epiteliales existe de ese modo quistes odontogénicos, no odontogénicos y pseudoquistes (Regezi, J en 2000).

Hay que diferenciar dos tipos de quistes, los quistes verdaderos y los pseudoquistes; los primeros se caracterizan por ser lesiones constituidas por un saco o espacio anormal, sustancia (liquidas o semisólidas), tejido conectivo o cápsula epitelial siendo los mas frecuentes; a diferencia de los segundos que se caracterizan por ser quistes óseos que no poseen cápsula epitelial, siendo poco frecuentes (Raspall, G. en 1997).

En el territorio maxilofacial se puede encontrar quistes odontogénicos como una lesión constituida por un saco o espacio anormal es (tejido óseo o blando) que contiene un liquido o sustancia semisólida, esta tapizado por epitelio y rodeado, por una cápsula de tejido conjuntivo; la proliferación y degeneración quística de este epitelio da lugar a estos tipos de quistes.

Los quistes de origen odontogénico se clasifican en quiste periapical, quiste dentigero, quiste por erupción, quiste lateral periodontal, quiste odontógeno glandular, quiste gingival del recién nacido, queratoquiste, quiste odontogéno calcificante.

Los quistes no odontogénicos se originan del epitelio remanente de la línea de fusión de los distintos procesos embrionarios que forman los huesos faciales; pueden ser centrales o laterales, así como asentar en el hueso o tejido blando; se clasifican en lesiones globulomaxilares, quiste nasolabial, quiste mandibular medio, quiste del conducto nasopalatino.

Los pseudoquistes como cavidad patológica que no presentan revestimiento epitelial; se clasifican en quiste óseo aneurismico, quiste óseo traumático, quiste oseoestatico, defecto focal osteoporotico de la medula ósea.

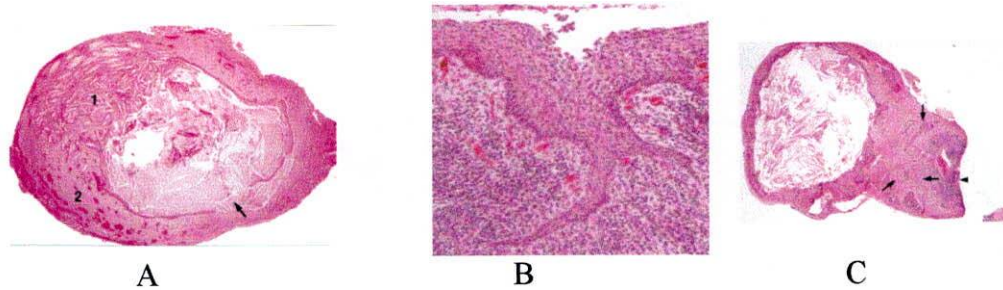
Los quistes de tejidos blandos del cuello son lesiones compuestas por sustancias responsables de la presión interna siendo las causantes del aumento, desplazamiento de mucosas y otros tejidos, que van incluyendo anexos dérmicos como folículos pilosos y glándulas; se clasifican en quiste branquial y linfoepitelial cervical, quiste dermoide, quiste del conducto tirogloso (Raspall, G en 1997, Regezi, J en 2000).

La elaboración de este trabajo se realizó con base en el estudio de los quistes odontogénicos, no odontogénicos y los pseudoquistes.

Los quistes odontogénicos: Quiste odontógeno periapical. Es el quiste más frecuente de la región bucal y peribucal, la cubierta epitelial de este quiste inflamatorio deriva de la proliferación de pequeños residuos epiteliales odontógenos (restos de malassez) que se localizan en el ligamento periodontal. En cuanto a la embriología de este quiste se desarrollan en un granuloma periapical preexistente, el granuloma representa un foco discreto de tejido de granulación con inflamación crónica localizada en el hueso circundante a un ápice dental, que se produce en respuesta a la muerte de la pulpa dental y a la necrosis subsecuente del tejido. La estimulación de los restos epiteliales se relaciona con un proceso inflamatorio en el granuloma periapical y la quistificación es el resultado de la proliferación de elementos epiteliales que forman una cubierta. La presencia de restos celulares en la luz del quiste aumenta la presión oncótica u osmótica en el interior. Esto produce transferencia del liquido entre la cubierta epitelial y el tejido conectivo, el liquido

que ingresa a la luz causa aumento del tamaño del quiste; el crecimiento centrífugo del quiste aumenta por resorción osteoclástica (Regezi, J en 2000).

Figura 1. Corte histológico de Quiste Odontógeno Periapical.



Fuente: Peter A, Atlas de patología oral, P. 217, 2000.

Corte A: Quiste de pared gruesa:

La imagen histológica muestra un quiste radicular periapical de pared gruesa. El revestimiento epitelial está roto (flecha) y se encuentra una conexión de tejido de granulación con colesterol (1) en la pared quística. Se observan cristales de colesterol en el contenido quístico. La pared quística contiene numerosos vasos dilatados (2) (hematoxilina – eosina x6)

Corte B: Hiperplasia epitelial de la pared quística con infiltrado inflamatorio denso a partir de los linfocitos, células plasmáticas y leucocitos polimorfonucleares (hematoxilina – eosinaxizo).

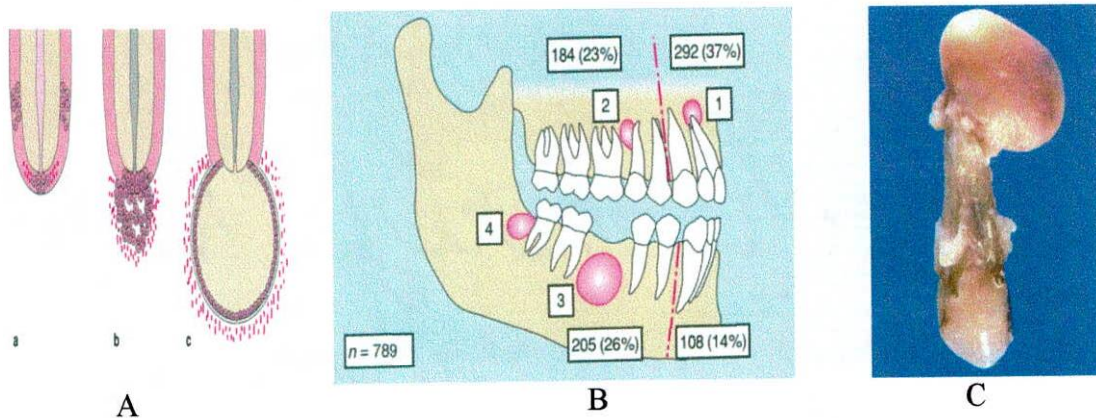
Corte C: Quiste pared delgada e hiperplasia epitelial.

La pared quística es más delgada que en el ejemplo de la figura anterior.

La punta de flecha muestra la relación estrecha con los ápices radiculares. Las flechas señalan los diferentes islotes proliferativos de restos epiteliales de Malassez (hematoxilina eosina x 6).

Sus características clínicas, afectan con mayor frecuencia a individuos entre la tercera y sexta década de la vida, gran parte de los casos se presentan en varones. Se localizan en el mandibular y, por último, los de la región anterior mandibular. Casi todos los quistes periapicales son asintomáticos y a menudo se descubren de manera casual durante exámenes dentales de rutina, para establecer el diagnóstico del quiste periapical es requisito una pulpa dental no vital (Regezi, J en 2000).

Figura 2. Características Clínicas del quiste Odontógeno Periapical.



Fuente: Peter A, Atlas de Patología Oral, P. 215, 216, 2000.

Corte A: Fases de la patogénesis y radiografía dental

A= Inicio

B = Formación del quiste

C = Crecimiento

Imagen B: Formas de queratoquiste odontogénico (según Voorsmit 1984)

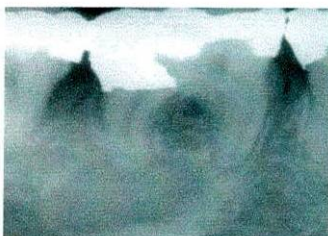
- * 1 = Rodeando un diente
- * 2 = Colateral
- * 3 = Primordial (en lugar de “germen dentario”)
- * 4 = Fuera de la arcada dentaria

Imagen C: Macroscópico de un diente extraído. No es habitual eliminar simultáneamente un quiste radicular de este tamaño junto al diente.

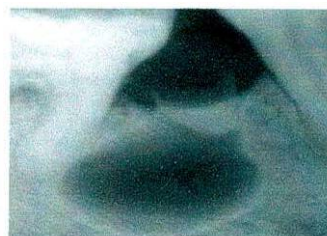
En cuanto a sus características radiográficas se observa como una lesión radiolúcida que se relaciona con el quiste periapical tiene forma redonda u ovoide y presenta un borde opaco delgado, contiguo a la lámina dura del diente dañado, pero es posible que los quistes en crecimiento activo no presenten este componente radiopaco. El tamaño del quiste varía de 5 mm o menos a varios centímetros de diámetro, aunque la mayor parte de ellos mide menos de 1.5 cm. En los quistes de larga evolución, puede observarse resorción radicular del diente que se lesiona y en ocasiones, de las raíces de los dientes adyacentes (Regezi, J en 2000).

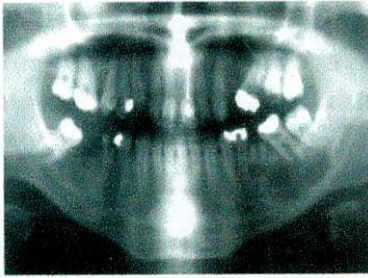
Figura 3. Características Radiográficas del Quiste Odontógeno Periapical.

A



B





C



D

Fuente: Peter A, Atlas de Patología Oral, P. 215, 216, 2000.

Corte A: Radiografía muestra un quiste radicular periapical con un margen compacto, difuso y radiopaco, como signo de un desarrollo largo.

Imagen B: Radiografía típica de un quiste radicular periapical a partir de un resto radicular retenido. La delimitación bien definida es especialmente dura por el delgado margen radiopaco. Los quistes de este tamaño se tratan mediante cistectomía.

Imagen C: Ortopantomografía con un quiste radicular grande que llega hasta el conducto mandibular y que parte el segundo molar inferior izquierdo. En la zona del ápice radicular del primer molar existe, así mismo, una osteolisis periapical.

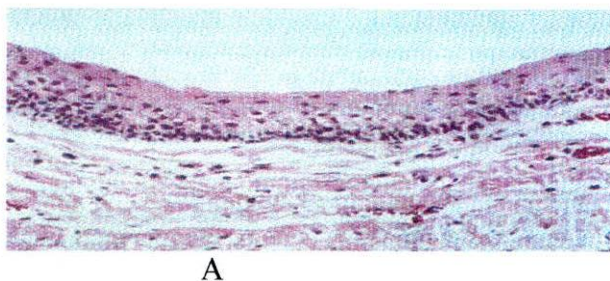
Imagen D: Radiografía típica de un quiste radicular periapical, la radiolucidez es redonda u oval, con límites claros.

El manejo quirúrgico del quiste puede ser la extracción del diente no vital siempre y cuando no sea posible tratarlo o rehabilitarlo odontológicamente y curetaje del epitelio en la zona de la lesión periapical; un tratamiento alternativo es la endodoncia con apicectomía que

permita el curetaje directo de la lesión quística. En casos de quistes muy grandes, es útil la exteriorización o marsupialización de la lesión, este procedimiento de descompresión permite la disminución del tamaño de la cavidad quística después de lo cual puede realizarse la enucleación del quiste y extracción del diente no vital, las secuelas que se pueden producir es el quiste residual por no haberse realizado una extirpación completa, este quiste puede desarrollarse años o meses después del tratamiento inicial. Si el quiste residual o el original no reciben tratamiento, el crecimiento del mismo puede producir destrucción importante y debilidad en la mandíbula o el maxilar superior; cuando el tratamiento es apropiado ocurre reparación ósea completa (Regezi, J en 2000).

Quiste dentígero. Se desarrollan por la proliferación del órgano del esmalte, o epitelio de esmalte reducido, tal y como sucede con otros quistes, la expansión del quiste dentígero relaciona con la proliferación epitelial y liberación de factores que participan En la reabsorción ósea e incremento del líquido en el quiste como resultado del paso de células inflamatorias y epiteliales descamadas a la luz del quiste (Regezi, J en 2000).

Figura 4. Características histológicas del Quiste Dentígero.

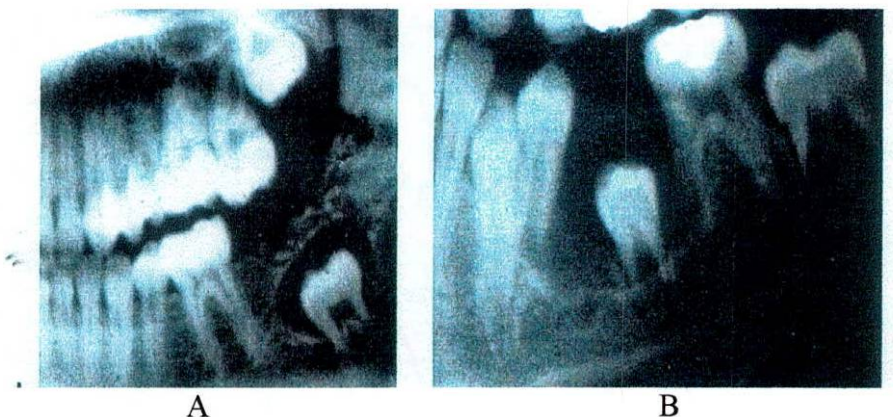


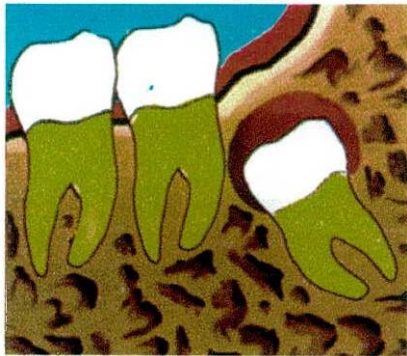
Fuente: Peter A, Atlas de patología oral, P. 210, 2000.

Corte A: Quiste dentígero –revestimiento consiste en un epitelio plano estratificado delgado sin formación de papilas y una cápsula de tejido conjuntivo fibroso denso.

Los quistes dentígeros se observan con mayor frecuencia en relación con los terceros molares y canino maxilar y dientes habitualmente retenidos, la mayoría se registra en el segundo y tercer molar, por lo regular no hay síntomas hay expansión del hueso cortical, en una Radiografía se presenta como una radiotransparencia bien definida unilocular y en ocasiones multilocular, relacionado con un diente no erupcionado, en un quiste dentígero no inflamado, el revestimiento epitelial no está queratinizado y tiende a mostrar un espesor de células ciliadas. El diagnóstico, diferencial es el queratoquiste odontógeno, ameloblastoma; el tratamiento es la extirpación del diente relacionado y la enucleación del componente del tejido blando es el tratamiento definitivo en la mayor de los caso (Regezi, J en 2000).

Figura 5. Características radiográficas y clínicas del quiste dentígero.





C



D

Fuente: Peter A, Atlas de patología oral, P. 216, 2000.

Imagen A: La radiografía muestra un molar no erupcionado de la mandíbula izquierda con una radiotransparencia circunscrita alrededor de la corona.

Imagen B: Radiografía de un premolar con un quiste de dentición que produce desplazamiento de alguno de los dientes adyacentes.

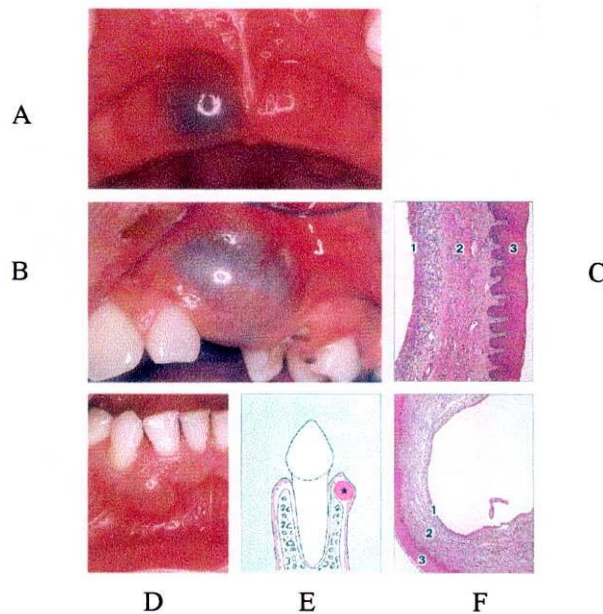
Imagen C: Quiste dentigero.

Imagen D: Quiste dentigero: La cápsula adosada a la unión cemento – esmalte, demuestra el aspecto típico de la corona incluida en la luz y las raíces en el exterior.

Quiste por erupción. Es una forma de quiste dentigero que se presenta en niños y muy pocas veces en adolescentes, este quiste de tejido blando es el resultado de la acumulación de líquido dentro del espacio folicular de un diente en erupción; clínicamente se nota inflamación del tejido blando del reborde alveolar relacionado con el diente en erupción.

No necesita tratamiento ya que el diente erupciona a través de la lesión por lo cual desaparece el quiste espontáneamente (Regezi, J en 2000).

Figura 6. Características histológicas y clínicas del quiste de erupción .



Fuente: Peter A, Atlas de patología oral, P. 48, 2000.

Imagen A: Quiste de erupción en la zona del incisivo central superior temporal en erupción. Es característico el color negro azul.

Imagen B: Tumoración azulada en zona del canino superior izquierdo, incluido que ha desarrollado un quiste de erupción.

Corte C: * 1 Epitelio quístico con reacción inflamatoria adyacente.

*2 Tejido conectivo de la mucosa.

*3 Epitelio gingival

Imagen D: Quiste gingival del adulto, localización típica en el incisivo inferior.

Imagen E: Esquema del posible origen del quiste gingival del adulto a partir del epitelio de unión después de la erupción del diente.

Corte F: * 1 Epitelio quístico.

* 2 Tejido conectivo de la mucosa.

* 3 Epitelio Gingival.

Figura 7. Esquema de características radiograficas del quiste de erupción.

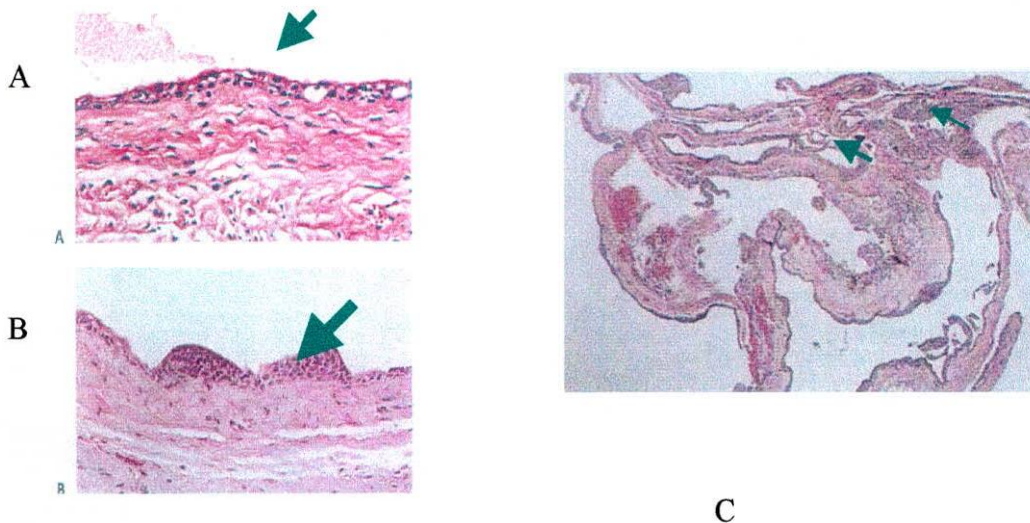


Fuente: Horch h, Cirugia Odontoestomatológica, P. 280, 1992.

Imagen A: Quiste de erupción . Obsérvese la configuración de la imagen radiolúcida que rodea el diente en erupción producto del desplazamiento de la zona referente al tejido gingival.

Quiste periodontal lateral. También se puede definir como quiste embrionario no queratinizado y no inflamatorio que se localiza adyacente o lateral a la raíz de un diente. Se tenía pensado que este quiste se originaba en el epitelio reducido del esmalte o en los restos epiteliales ligamiento o en los restos epiteliales de Malassez, en el interior del ligamento periodontal. Aunque se refuta esta teoría porque sugieren la derivación de la proliferación de restos de la lámina dental que se encuentran en el hueso, separados del ligamento periodontal (Regezi, J en 2000).

Figura 8. Características histológicas del quiste periodontal lateral.



Fuente: Peter A, Atlas de Patología Oral, P. 50, 2000.

Corte A: Revestimiento epitelial constituido por células cuboideas con algunas células claras. El tratamiento de este quiste es la enucleación quirúrgica su recidiva es rara.

Corte B: Quiste periodontal lateral. Variante poliquística o “quiste odontógeno butrioide”.

Corte C: Quiste periodontal lateral:

Revestimiento que contiene espesamiento focales (placas).

Estos quistes del adulto se localizan en la región premolar y canina mandibular, algunos en la zona incisiva. Se presenta con mayor frecuencia en hombres. Este quiste radiográficamente se observa como una zona radiolúcida bien definida - delimitada, redonda o en forma de gota, con un margen opaco a lo largo de la superficie lateral de la raíz dental sin síntomas clínicos. El quiste lateral periodontal tiene mucha relación con el quiste gingival del adulto. El tratamiento ideal consiste en la extirpación del quiste, después de la cual hay poca tendencia a la recurrencia de la lesión, se debe tratar con precaución para evitar dañar las estructuras de las raíces adyacente (Regezi, J en 2000).

Figura 9. Características clínicas y radiográficas del quiste periodontal lateral.



Fuente: Peter A, Atlas de Patología Oral, P. 213, 2000.

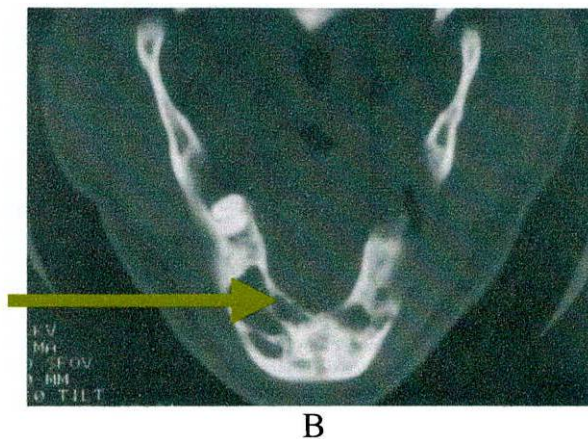
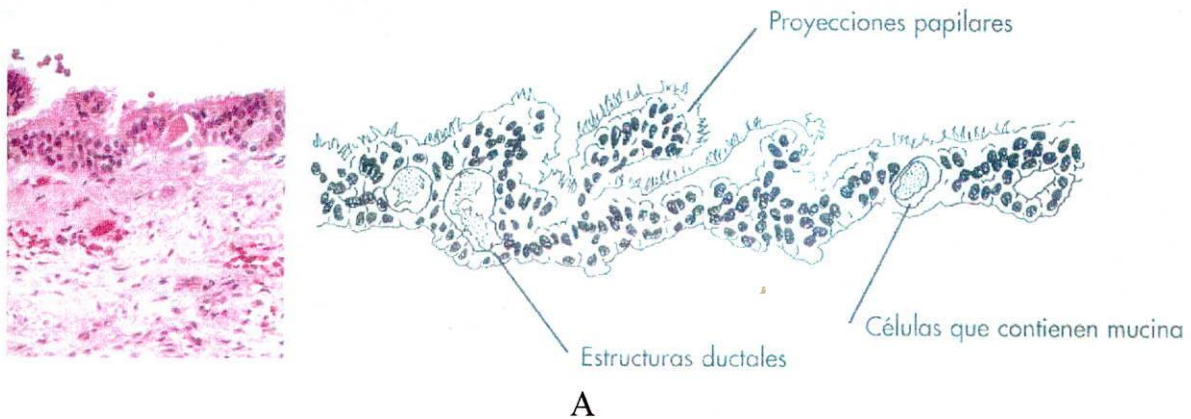
Imagen A: Frecuencia de localización el esquema muestra la localización anatómica de 78 casos según la biografía (Philipsen y Reichart, ineditos) el 75% de los casos se localiza en la mandíbula. La mitad de ellos en la región de los premolares.

Imagen B: La radiografía muestra una radiolucidez locular oval, bien delimitada entre el canino y el incisivo lateral inferior.

Imagen C: Después de la quistectomía queda una cavidad bien delimitada que corresponde con la imagen de la radiografía.

Quiste odontógeno glandular o sialodontógeno. En 1987 llamo la atención por sus características mixtas de quiste odontogénico botrioide y un tumor de glándulas salivales con producción de moco. En un estudio realizado un 80% se presentó en mandíbula, predominando en la región anterior, a menudo cruzan la línea media. Radiográficamente se observa que son multiloculados, presentan una variación amplia de tamaño, los márgenes son bien definidos y escleróticos, las lesiones más agresivas muestran un borde periférico no definido. Esta lesión se considera de forma local agresiva y por esto el tratamiento quirúrgico se dicta con la extensión clínica y radiográfica. Donde hay hueso sano que permanece más allá de la extensión de la lesión quística, es necesario realizar curetaje periférico o excisión marginal. Es importante tener un seguimiento a largo plazo dada la agresividad local y la posibilidad de recurrencia (Regezi, J en 2000).

Figura. 10. Características histológicas y TAC del quiste odontogenico glandular.



Fuente: Peter A, Atlas de Patología Oral, P. 51, 2000, Regezi J, Patología bucal, P. 347, 1999.

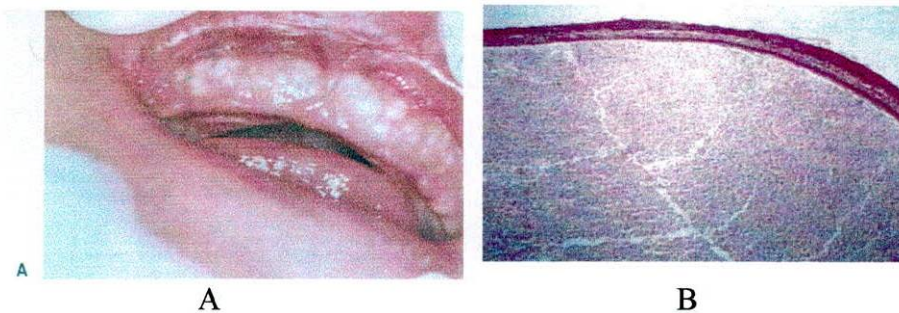
Corte A: Quiste odontogeno glandular: Revestimiento delgado que muestra células cuboidales y cilíndricas con microquistes intraepiteliales que contienen secreción mucoide.

Imagen B: Rastreo de tomografía computadorizada de un quiste odontógeno glandular.

Nótese la transparencia multilocular que cruza la línea media de la mandíbula.

Quiste gingival del recién nacido. Este quiste también es denominado quiste de lamina dental del recién nacido nódulos de Bhon. En neonatos, los quistes típicos se presentan como nódulos múltiples a lo largo del borde alveolar. Es importante observar que la extensión total de esta proliferación tiene potencial limitado. En la mayor parte de los casos, estos quistes degeneran e involucionan o se rompen en la cavidad oral. No se requiere tratamiento puesto que casi todos evolucionan de manera espontánea o se rompe antes de los tres meses de edad. Pueden presentarse en la línea media del paladar (quistes palatinos del recién nacido o perlas de epstein) de origen embrionario no se necesita tratamiento de estos quistes puesto que se fusionan con el epitelio bucal que los cubre y se resuelve de manera espontánea (Regezi, J en 2000).

Figura 11. Características clínicas e histológicas del quiste del recién nacido.



Fuente: Peter A, Atlas de Patología Oral, P. 52, 2000.

Imagen A: Múltiples lesiones blanquecinas de la cresta alveolar del maxilar superior de un lactante.

Corte B: Aspecto microscópico constituido por una gran luz rellena de queratina descamada y revestida por un epitelio plano estratificado adelgazado.

Queratoquiste. Se ha demostrado que los quistes primordiales son queratoquiste odontógenos desde el punto de vista microscópico. Sin embargo el queratoquiste odontógeno se considera una entidad distinta por su aspecto histológico, proliferación y evaluación característica. Etiología y patogenia: Residuos de lámina dental en la mandíbula y la maxilar y también por extensión de células basales del epitelio bucal superficial (Regezi, J en 2000).

Figura 12. Características histológicas del Queratoquiste.



A



B

Fuente: Peter A, Atlas de Patología Oral, P. 208, 2000.

Imagen A: Imagen por microscopia electrónica del barrido de la superficie de un queratoquiste, los límites epiteliales se reconocen claramente así como los micropliegues y los núcleos.

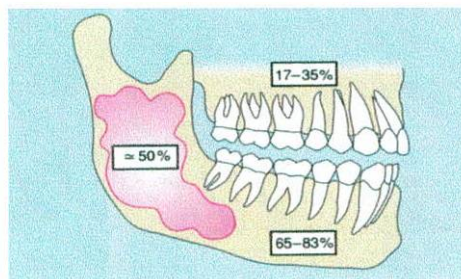
Corte B: Epitelio quístico con paraqueratosis. Las células basales muestran formación en empalizada; faltan las crestas. Las puntas de la flecha indican las zonas epiteliales que corresponden en la imagen derecha a la inspección sobre el epitelio. La flecha señala una mitosis (hematoxilina –eosina x 180).

Características clínicas: Los queratoquistes odontógenos muestran habitualmente una evaluación benigna pero agresiva, con una tasa de recurrencia significativa y pueden iniciar la presencia de síndrome de carcinoma de células basales nevoides. Se presenta en cualquier edad pero especialmente en personas adultas. Aparece en mandíbula casi en una porción de dos a uno la porción posterior del cuerpo y la región de la rama de ese hueso son afectada mas a menudo en la maxila, el área del tercer molar es la más dañada (Regezi, J en 2000).

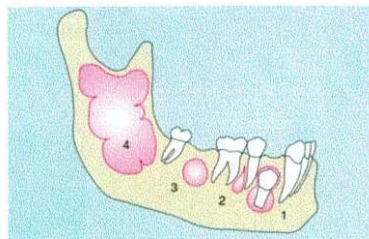
Figura 13. Características clínicas del queratoquiste.



A



B



C

Fuente: Peter A, Atlas de Patología Oral, P. 208, 2000.

Imagen A: Desplazamiento e inclinación de los dientes en la región anterior y del canino izquierdo.

Imagen B: Frecuencia de las diferentes localizaciones en el maxilar superior y en la mandíbula.

Imagen C: Formas del queratoquiste odontogénico según Voorsmt 1984

- * 1 = Rodeando un diente
- * 2 = Colateral
- * 3 = Primordial (en el germen dentario)
- * 4 = Fuera de la arcada dentaria

Radiográficamente se conoce como una radiotransparencia bien circunscrita con bordes radiopacos regulares. Muchas veces hay multilocularidad que suele ser más común en anomalías de mayor tamaño. No obstante, casi todas las anomalías son uniloculares y hasta 40% adyacentes a la corona de un diente no erupcionado. Cerca del 30% de las lesiones maxilares y el 50% de las mandibulares causan expansión bucal (Regezi, J en 2000).

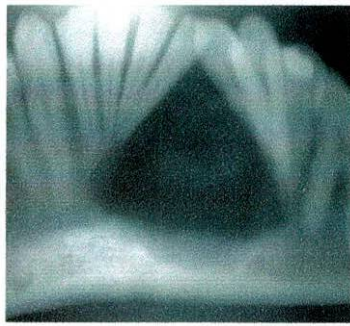
Figura 14. Características radiográficas del queratoquiste.



A



B



C

Fuente: Peter A, Atlas de Patología Oral, P. 207-208, 2000.

Imagen A: Ortopantomografía. Translucides multilocular en la parte derecha del cuerpo mandibular y en la rama ascendente. Resadiva de quistes después de 40 años.

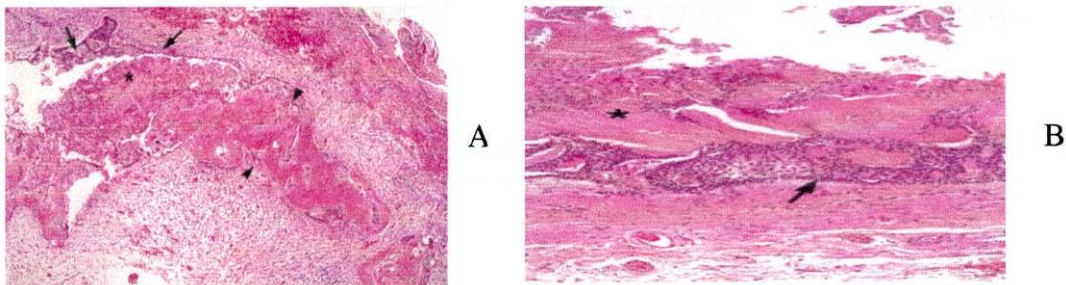
Imagen B: Tomografía computarizada de un paciente de 14 años con queratoquiste recidivantes. En el suelo del seno maxilar izquierdo (flecha) se encuentra una lesión quística que corresponde a la recidiva de un queratoquiste.

Imagen C: La radiolucides esta bien delimitada y la inclinación de los dientes es marcada. Apenas existen reabsorciones radiculares. Este tipo de queratoquistes odontogénicos se denomina colateral.

Diagnóstico diferencial cuando se presenta en estrecha relación con dientes se deben considerar varias entidades quiste dentígero, ameloblastoma, quiste odontógeno calcificante, tumor odontógeno adenomatoide, fibroma ameloblastico. Y no odontógenos como granuloma central de células gigantes, quiste óseo traumático y quiste óseo aneurismático. Tratamiento y pronóstico por elección en la excisión quirúrgica con raspaje óseo periférico u osteotomía (Regezi, J en 2000).

Quiste odontogénico calcificante. Se clasifica con acierto como una lesión originada en el desarrollo del epitelio odontogénico, la lesión no se asocia con ninguna edad ni sexo en particular y tampoco con algún sitio preferencial en los maxilares, pero es probable que su localización más común sea la parte anterior de la mandíbula a diferencia de la mayoría de los quistes algunos están en depresión, en bandeja en el hueso del maxilar o en los tejidos blandos adyacentes. Estos quistes están tapizados por un epitelio pavimentoso estratificado con células más altas y más tangibles, los núcleos de estas células están en el extremo opuesto a la membrana basal, a lo largo del revestimiento se acumulan unas masas irregulares de células epiteliales. Al principio estas células forman extremos celulares y después se transforman en una masa, la calcificación ocurre después de haber desaparecido el contorno de las células (Regezi, J en 2000).

Figura 15. Características histológicas del quiste calcificante.



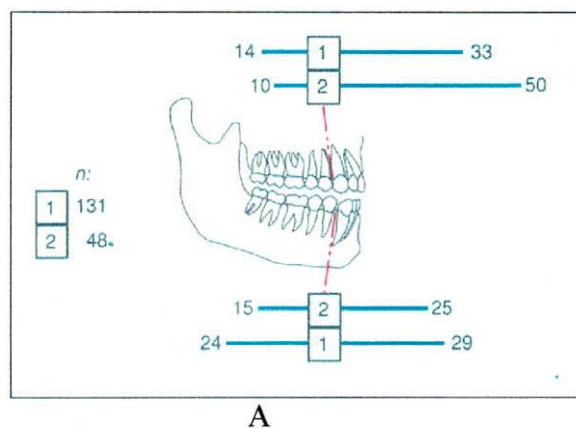
Fuente: Peter A, Atlas de Patología Oral, P. 240, 2000.

Corte A: La imagen del conjunto muestra parte del epitelio quístico (flechas), así no un gran conglomerado de células fantasma y dentinoide (puntas de flecha), que parecen ligeramente eosifilas (hematoxilina –eosina x 60).

Corte B: Imagen aumentado epitelio quístico (flecha) y de las células fantasma, que han perdido sus núcleos epiteliales (hematoxilina eosina x 80).

Rasgos clínicos. Indoloro si el quiste no se infecta, se ubica en cualquier región de los maxilares, cuando son pequeños están en las raíces de los dientes y a medida que se agranda reabsorbe o desplaza las raíces, si se forman cerca del periostio producen una depresión en bandeja (Regezi, J en 2000).

Figura 16. Características clínicas del quiste odontogénico calcificante.



Fuente: Peter A, Atlas de Patología Oral, P. 240, 2000.

Imagen A: Frecuencia de localización

El esquema muestra la localización los tipos intraoseos del quiste odontogénico calcificante

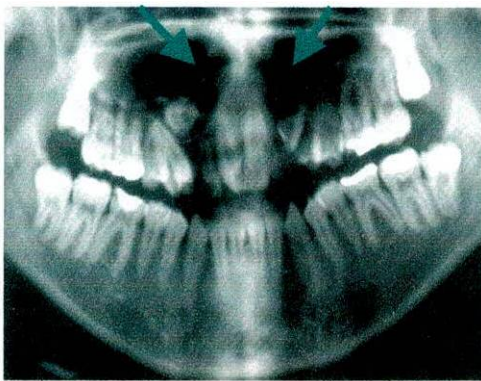
Tipo quístico

Tipo asociado a odontoma

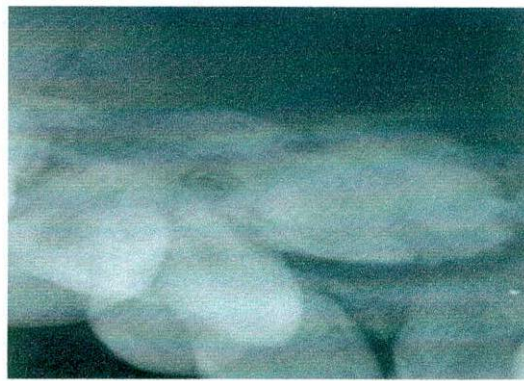
Aspecto radiográfico, se ven pequeñas motas radiopacas dentro de la cavidad ósea y a lo largo del contorno periférico, produce una imagen similar al adenoameloblastoma. La

periferia puede estar bien delimitada o ser irregular, algunas lesiones son uniloculares o multinucleares. En niños el quiste puede entorpecer la erupción de dientes adyacentes en vía de desarrollo. Tratamiento, la enucleación quirúrgica es suficiente en la mayoría de los casos, pero en casos de recurrencia se debe hacer resección del maxilar (Regezi, J en 2000).

Figura 17. Características radiográficas del quiste calcificante.



A



B

Fuente: Peter A, Atlas de Patología Oral, P. 240, 2000.

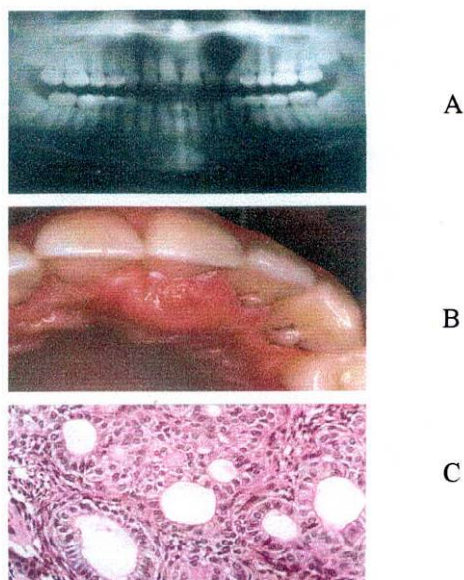
Imagen A: La ortopantomografía muestra una formación en la parte derecha maxilar superior con desplazamiento de dientes y una estructura opaca sobre la zona de canino y premolares.

Imagen B: La película radiográfica muestra el desplazamiento de dientes es especial del canino y de premolares. La radiopacidad tiene límites irregulares.

Los quistes no odontogénicos: Quiste glóbulomaxilar. Se consideró de tipo fisural cuyo origen esta relacionado con el secuestro de epitelio en una línea de función

embriología. Es más frecuente en el maxilar entre el incisivo lateral y el canino. En radiografías el quiste se presenta una lesión radiolúcida bien definida que causa divergencia de las raíces de los incisivos laterales y los caninos. Puede presentar o no sintomatología muy parecidos en las patologías periapicales. El tratamiento y pronóstico aconsejable es la enucleación del quiste y raspado del hueso circundante. Si los dientes contiguos no son vitales, es necesario el tratamiento endodóntico adecuado; para evitar complicaciones postoperatorias. Las tasas de recurrencia varían con relación a los trastornos específicos que se diagnostican por medio de estudios histológicos un ejemplo son los queratoquiste odontogénos, presentando una tasa de recurrencia mayor de los quistes radiculares. El pronóstico varía si se presenta un tumor odontógeno como Tumor Adenoide Odontógeno o mixoma odontógeno (Regezi, J en 2000).

Figura 18. Características histológicas, clínicas y radiográficas del quiste glóbulo maxilar.



Fuente: Peter A, Atlas de Patología Oral, P. 231, 2000.

Imagen A: La ortopantomografía muestra una radiolucidez en forma de pera entre los dientes 22 y 23.

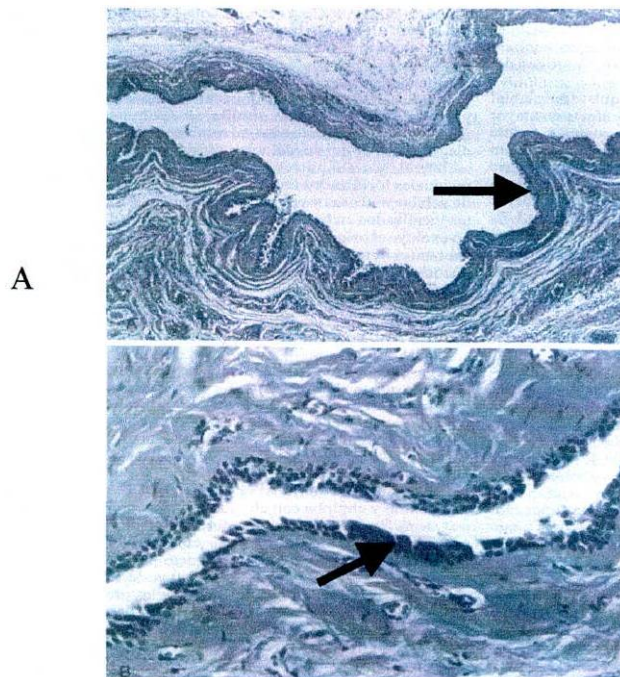
Imagen B: Por palatino del incisivo central izquierdo existe una tumoración tipo épulis , todos los dientes anteriores son sencibles.

Corte C: En la zona de estructuras tumorales son típicas las luces tubulares o tipo conducto, limitados por una fila de células epiteliales cúbicas planas.

Quiste nasolabial. Aunque el quiste nasolabial se suele incluir con los quistes fisurales formados dentro del hueso, en realidad se trata de un quiste fisural de tejido blando, su distribución por edades es amplia aunque la mayoría de los casos ocurren entre las décadas tercera y sexta. La patogenecidad de este quiste ha dado lugar a varias conjeturas, entre ellas que el origen era la unión de la apófisis globular, nasal lateral y maxilar. Rasgos clínicos, la mayoría de los casos se registran en edades de 30 a 60 años, la mayoría de quistes son unilaterales aunque se presentan lesiones de tipo bilateral. El quiste presenta una tumefacción externa visible en el labio, elevando el cartílago alar, distorsiona la forma de la raíz y las fosas nasales externas y oblitera el pliegue nasolabial, la prolongación ascendente en vestíbulo nasal puede llegar al cornete inferior y dificultar así la respiración, en esta situación el quiste solo está cubierto por la membrana de la mucosa nasal aunque a veces puede romperse espontáneamente dentro de la nariz con lo cual la tumefacción desaparece por un tiempo, la compresión de la masa fluctuante en el surco produce agrandamiento de la parte del quiste que se encuentra en el vestíbulo nasal. Si se introduce el dedo en la fosa nasal y otro en el surco vestibular es fácil verificar la extensión de la lesión, esta tumefacción suele ser indolora, a menos que se infecte secundariamente, en cuyo caso puede haber un aumento repentino de tamaño seguido por una descarga de pus

por la nariz o por la boca, a veces, hay un dolor irradiado al reborde infraorbitario (Regezi, J en 2000).

Figura 19. Característica histológicas del quiste nasolabial.

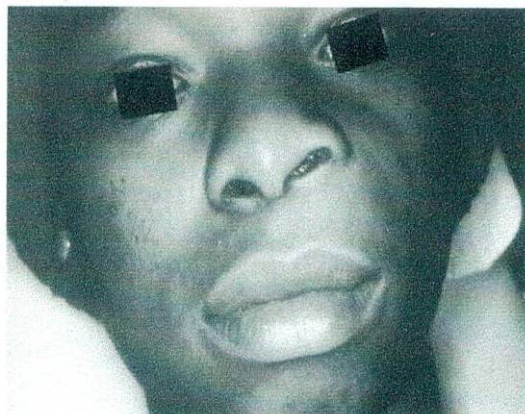


Fuente: Regezi, J. Patología bucal, P. 358, 1999.

Corte A: La imagen de conjunto de células epiteliales pseudoestratificadas en forma de columna que determinan la lesión.

Exámen radiográfico en el caso del quiste nasolabial a veces ocasiona reabsorción comprensiva del hueso subyacente, en pacientes normales el margen inferior de la abertura ósea anterior de la nariz junto con la masa de la espina nasal anterior, forma una imagen lineal en mensula (Regezi, J en 2000).

Figura 20. Características clínicas del quiste nasolabial.



Fuente: Waldron, C. Oral y maxillofacial pathology, P. 24, 1995.

Imagen A: Obsérvese el ensanchamiento de lado izquierdo del labio superior y de la de la nariz.

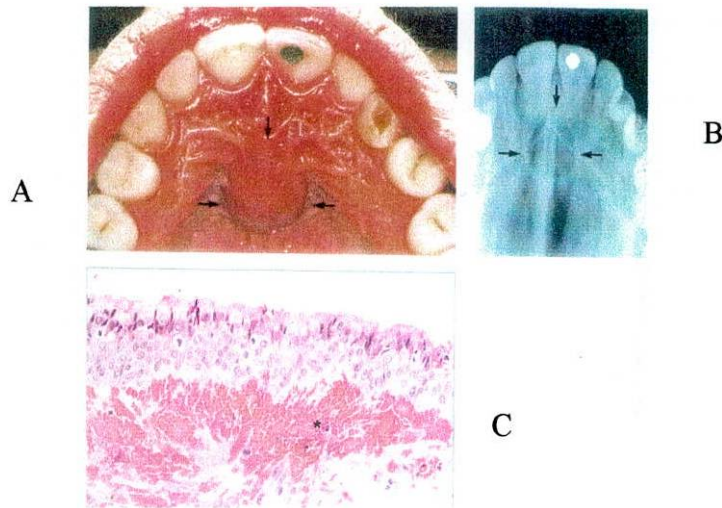
Diagnóstico diferencial el quiste nasolabial infectado puede confundirse con un absceso alveolar agudo originado en un diente anterior superior, para evitar este error se deben ensayar las pulpas de los incisivos y de los caninos superiores adyacentes, también se le debe diferenciar de un forúnculo nasal, un gran quiste de extravasación mucosa o un adenoma salival quístico originado en las glándulas salivales menores del labio superior. Tratamiento, se tratan con incisión bajo anestesia general o local, se hace una excisión a través de la mucosa debajo de la tumefacción en el surco labial superior. Se deben evitar las incisiones a través de todo el espesor del mucoperiostio de la cresta porque abren un plano de tejido incorrecto, pues el quiste es extraperióstico, se separan los tejidos blandos se les disecciona progresivamente de la pared quística, si se perfora la mucosa del piso de la nariz, se

la debe movilizar a corta distancia en torno de la abertura, para cerrarla después con unos pocos puntos de catgut fino, por último la incisión en el surco se cierra con puntos separados y se aplica apósito compresivo en la mejilla por 24 horas para evitar que se forme un hematoma en la herida (Regezi, J en 2000).

Quiste mandibular medio. Se localiza como su nombre lo indica en la línea mandibular, puede presentarse a cualquier edad. Existe evidencia embriológica de un tejido mesenquimatoso en el apéndice mandibular que desaparece gradualmente, clínicamente los dientes afectados son vitales y es asintomático, radiográficamente se observa una zona radiolúcida bien definida (Regezi, J en 2000).

Quiste del conducto nasopalatino. Está Localizado como su nombre lo indica en dicho conducto. Este tipo de quiste se desarrolla por la proliferación de residuos epiteliales de parejas de conductos, nasopalatinos embrionarios, no se sabe a ciencia cierta que estimula estos residuos o forman el quiste aunque se conoce que las infecciones bacterianas pueden intervenir. De manera adecuada se sugiere que las glándulas mucosas del revestimiento por su secreción de mucina, pueden participar en dichas formaciones. Clínicamente se observa una diferencia simétrica en la región anterior de la línea media palatina, los hombres son los más afectados con este tipo de quiste dándose una relación 3 a 1, generalmente es asintomático pero puede presentar fistulas en la papila palatina. Radiográficamente se observa una zona radiolúcida con bordes definidos que pueden causar divergencia en las raíces de los incisivos maxilares (Regezi, J en 2000).

Figura 21. Características clínicas, radiográficas y histológicas del quiste naso palatino.



Fuente: Peter A, Atlas de Patología Oral, P. 214, 2000.

Imagen A: Tumefacción palatino bien delimitada (flechas) por detrás de los incisivos centrales. Las pruebas de vitalidad fueron positivas, de modo que no se trataba de un quiste inflamatorio.

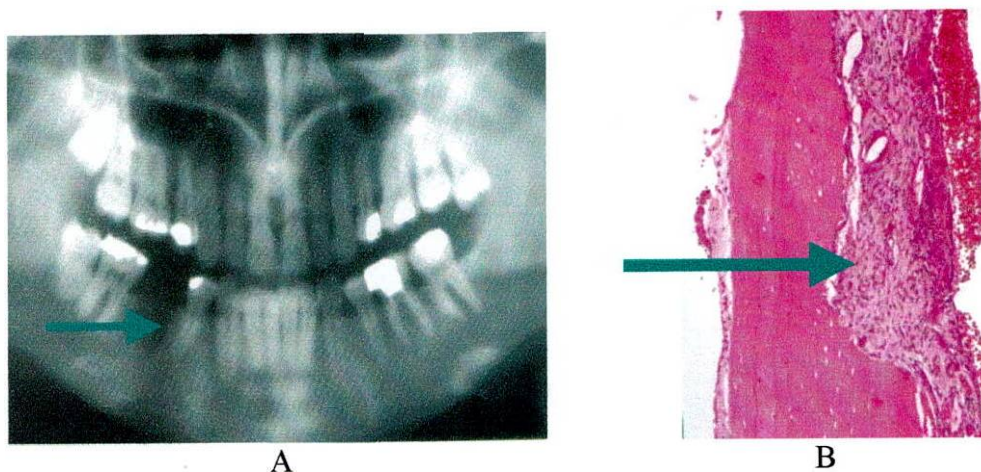
Imagen B: Radiografía oclusal muestra una radiolucides oval (flechas) por encima de los ápices radiculares de los incisivos centrales.

Corte C: Imagen histológica de la pared quística. Los revestimientos epiteliales son extraordinariamente variables en este caso se encuentra un epitelio prismático pseudoestratificado. Normativamente existe un epitelio plano(hematoxilina –eosina x 180).

Este quiste requiere enucleación quirúrgica, pero si el quiste es de un diámetro considerado se realiza marsupialización antes de la enucleación (Regezi, J en 2000).

Los pseudoquistes: Quiste oseoaneurismatico se caracteriza radiograficamente como una lesión de tipo quístico, pero microscópicamente no se encuentra revestimiento epitelial. Es una anomalía ósea benigna que puede originarse en la mandíbula maxila u otros huesos, clínicamente se presenta en personas menores de 30 años siendo más incidente en región posterior en áreas de molares. Presenta dolor y una tumefacción firme no pulsátil, a la palpación se puede identificar crepitación; radiograficamente presenta un proceso destructivo u osteolítico con bordes un poco irregulares; histopatológicamente se observa tejidos situados entre los elementos vasculares o sinusoidales, gran numero de células gigantes; su diagnostico diferencial se debe incluir queratoquistes odontogenicos, fibroma ameloblastico, ameloblastoma y mixoma odontogeno; su tratamiento se basa en raspado con excisión con crioterapia (Regezi, J en 2000).

Figura 22. Características histológicas y radiograficas del quiste aneurismatico.



Fuente: Peter A, Atlas de Patología Oral, P. 249, 2000.

Imagen A: La ortopantomografía muestra en la parte anterior de la mandíbula una radiolucidez difusa.

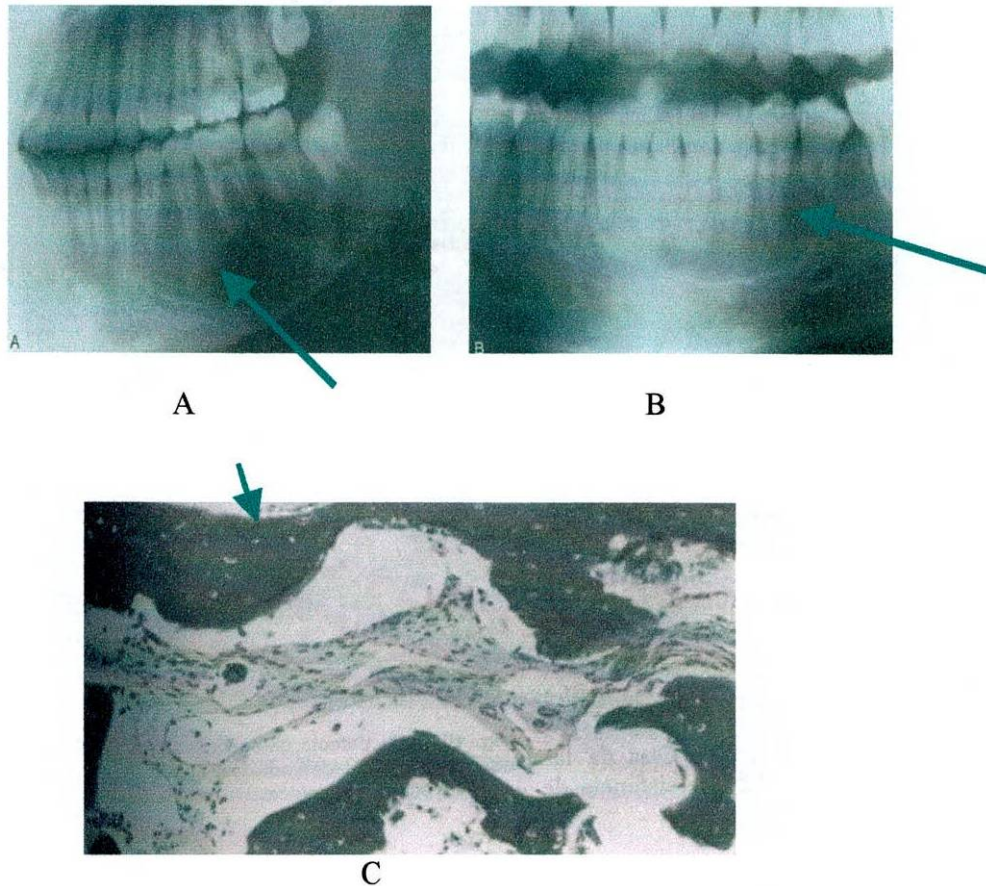
Corte B: Hueso de la zona con tejido conectivo celular, algunas células gigantes, multinucleadas y hemorragia reciente; existe parecido con el granuloma central de células gigantes (hemaxoxilina –eosina x 30).

Quiste óseo traumático. Es una interesante lesión ósea aislada, que se presenta en personas jóvenes menores de 20 años sin predilección del sexo; puede presentarse en adultos. Por lo general se obtiene información acerca de una lesión traumática que precede al desarrollo de la lesión. Se presenta con alguna frecuencia en maxilares aunque se confunde con otras lesiones, este se caracteriza por la sensibilidad al tacto, dolor particularmente al moverse, limitando el movimiento, inflamación del área lesionada, hay sangrado excesivo del tejido de la lesión. Es un espacio muerto dentro del hueso carece de revestimiento epitelial, se desconoce la patogenia de esta anomalía la mayoría piensa que se relaciona con un hecho traumático precedente. Los más afectados son los adolescentes (Regezi, J en 2000).

Radiográficamente el hueso está expandido con aspectos de panal o burbujas de jabón, el hueso cortical puede estar destruido, viendo que histológicamente está compuesto de un estroma de tejido conectivo fibroso, en muchos espacios cavernosos llenos de sangre, puede presentar o no trombosis numerosas, fibroblastos, hemosiderina, esta reacción puede estar sujeta a una alteración local en la hemodinámica (aumento de la presión venosa), desarrollo de un lecho vascular esgurgitado presentando la resorción ósea o a un intento de reparación

de un hematoma del hueso se puede tratar este quiste por medio del raspado quirúrgico o la excisión, el de elección. (Gardner, S. Levy, M en 1998) (Regezi, 2000 en 2000).

Figura 23. Características radiográficas y histológicas del quiste óseo traumático.



Fuente: Regezi J, Patología Bucal, P. 317-318, 2000.

Imagen A: Quiste óseo traumático ubicado en zona izquierda mandibular, lesión ósea grande, cortical adelgazada sin límites precisos

Imagen B: Quiste óseo traumático en el ámbito de los premolares inferiores. Zona radiodifusa con prolongaciones hacia zona de incisivos y reabsorción apical.

Corte C: Pared de un quiste óseo traumático. Obsérvese el revestimiento de tejido conectivo en la lesión (flecha).

Quiste óseo estático o depresión de la glándula salival submaxilar. Por lo general se descubre accidentalmente en las radiografías, ya que no se asocian síntomas con este proceso embrionario benigno. Esta lesión se ve a menudo solitaria aunque se describen defectos bilaterales excepcionales, el confinamiento en un sitio posterior de la mandíbula cerca del borde inferior (debajo del conducto mandibular). Puede describirse una depresión en la glándula salival similar en la zona anterior de la mandíbula, hacia apical del canino y premolares, ambas lesiones reflejan una depresión lingual de la lámina cortical en la que descansa tejido salival normal, este quiste se puede observar en los comienzos de la niñez y tiene predilección en el sexo femenino.

Examen radiográfico se observa una radiolucidez oval bien circunscrita, con cortical ubicada en la zona periapical del segundo o tercer molar inferior, el defecto no tiene continuidad con las puntas de las raíces, en cambio, está ubicado por debajo del conducto dentario inferior. Diagnóstico diferencial es característica la localización de las depresiones de la glándula submaxilar por debajo del conducto dentario inferior, en ausencia de expansión o dolor, esta depresión se podrá confundir con otras enfermedades que incluyen el quiste periodontal apical, displasia cemental periapical, quiste traumático, el queratoquiste, neoplasias mesenquimáticas o los tumores odontógenos. Tratamiento no requiere una vez hay un diagnóstico definitivo. (Regezi, J en 2000).

Figura 24. Características radiograficas del quiste óseo estatico.



A

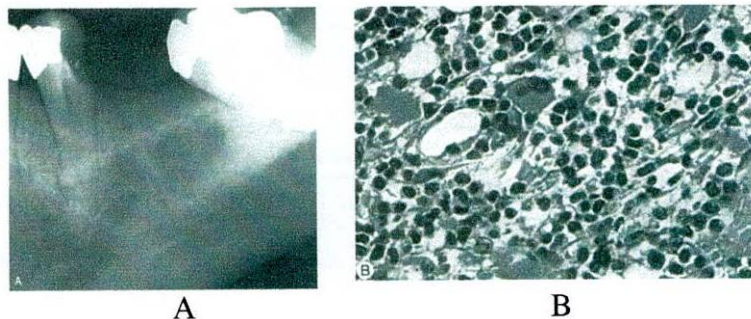
Fuente: Regezi, J. Patología Bucal, P. 366, 2000.

Imagen A: Quiste estatico de hueso en su localización característica en el conducto mandibular.

Defecto Focal osteoporótico de la médula ósea. Lesión poco frecuente que aparece como una radiolucidez en zonas lejanas a la médula ósea hematopoyética como el ángulo de la mandíbula y la tuberosidad del maxilar. Se desconoce la patogenia de la lesión, aunque existen 3 teorías al respecto: que se debe a una alteración de la cicatrización posterior a la extracción de un diente en la zona afectada, esta teoría de regeneración ósea aberrante se apoya en el hecho de que la mayor parte de las lesiones se observa en zonas de extracciones previas, que se debe a persistencia de restos residuales de médula ósea fetal en el adulto que se manifiesta como una lesión radiolúcida, estos defectos son focos de hiperplasia como respuesta medular. En la mayor parte de los casos las observaciones microscópicas

consisten en médula hematopoyética celular con una proporción de células y grasa. En la médula celular, puede observarse pequeños agregados linfoides y megacariocitos, las trabéculas óseas en las biopsias muestran ausencia de hendidura osteoblástica de actividad osteoclástica. El diagnóstico diferencial incluye osteomielitis, quiste óseo traumático y ameloblastoma (Regezi J, 2000).

Figura 25. Características radiográficas e histológico del defecto focal osteoporótico de la médula ósea.



Fuente: Regezi, J. Patología Bucal, P. 319, 2000.

Imagen A: Defecto osteoporótico focal en el hueso de la médula ósea en un área edentula de la mandíbula.

Corte B: Médula ósea hematopoyetica del defecto.

En cuanto el tratamiento en general de los quistes de los maxilares se basa en dos técnicas Parstch I y Parstch II; siendo la primera conocida con el nombre de Cistostomía parcial y la segunda como Cistectomía total. La regularidad del crecimiento y el comportamiento clínico de los quistes llevan, sin excepción, a la exigencia de someterlos a un tratamiento

quirúrgico. Con la operación se pretende eliminar completamente la lesión, lograr la mayor recuperación posible y descartar, con seguridad, la existencia de otros procedimientos patológicos maxilares o tumorales. (Horch H, 1992).

No hay contraindicaciones absolutas para el tratamiento de los quistes, pero si contraindicaciones temporales derivadas de enfermedades generales del paciente, otra contraindicación temporal depende de condiciones locales, si el quiste está inflamado y presenta signos de inflamación aguda, en este caso debe procederse, en primer lugar, al tratamiento de la infección piógena y puede estar indicado el desbridamiento del quiste, para facilitar la evacuación del pus. Con la operación se pretende eliminar completamente la lesión, lograr la mayor recuperación posible y descartar la posibilidad de existencia de otros procesos patológicos.

Respecto a la importancia de elegir el tratamiento más adecuado en cada caso, para lo que deberían observarse las siguientes reglas:

- * En principio todo quiste debe ser analizado histológicamente.
- * Cuando el tamaño y la localización del quiste lo permiten, se recomienda extirparlo íntegramente (cistectomía) a fin de practicar un examen histológico completo.
- * En caso de la cistotomía, con extirpación sólo parcial del saco o bolsa quísticos, se estudia histológicamente la parte del quiste extirpada.
- * Cuando, por el hallazgo clínico y radiológico, se sospecha la existencia de un queratoquiste, un ameloblastoma u otro tipo de tumor se recomienda en lo posible extirpar la totalidad del tejido quístico e investigarlo histológicamente.

* El tejido extirpado se sumerge en una solución de formalina al 10% y se remite al patólogo.

La cistotomía (método de partsh I), en la operación se abre quirúrgicamente el quiste y se lo transforma en un nicho de la cavidad bucal quedando una amplia comunicación con esta. Al diente causante puede hacerse simultáneamente la apicectomia y obturación radicular, el epitelio quístico que tapiza el interior del quiste vuelve a ser un epitelio de la cavidad oral. Terminada la cirugía queda solo en las zonas marginales del quiste un borde de herida las cuales se epitelizan en las siguientes semanas, estableciendo la unión del epitelio quístico con el de la mucosa bucal; las gasas que se colocan en la cavidad deben ser cambiadas cada dos días. Con este tratamiento la cavidad se disminuye su tamaño progresivamente y se aplana.

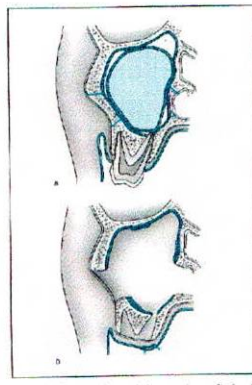
Sus ventajas. La cistostomía es un procedimiento quirúrgico rápido y poco traumático. Al conservarse la pared quística, la herida es muy pequeña por lo que las molestias y la tumefacción post- operatorias son, también poco importantes. Los tejidos próximos al quiste (dientes, nervio alveolar inferior, suelo de la cavidad nasal, piso del seno del maxilar) no resultan afectados. (Horch H, 1992).

Los inconvenientes más frecuentes, este procedimiento quirúrgico implica, casi siempre un procedimiento posterior largo molesto para el paciente. A partir de los 20 años, no se puede asegurar una regeneración ósea completa, regeneración ósea muy improbable a edades más avanzadas. En quistes de gran tamaño, la obturación prematura de la cavidad quística puede conducir a la recidiva y obligar a la práctica de una segunda intervención.

Indicaciones.

- * Quistes, cuya extirpación pueda comportar el riesgo de lesionar órganos vecinos.
- * Quistes localizados en el maxilar superior, cuyo tamaño y localización aconsejan transformarlos quirúrgicamente en un seno accesorio del seno maxilar o de la cavidad nasal.
- * Quistes cuya extirpación no sea posible, debido a su difícil acceso.
- * Quistes con infección aguda en los que el primer paso consiste, únicamente en desbridar el quiste, y más tarde se procede al tratamiento más adecuado.
- * En quistes de gran tamaño en los que se realiza el tratamiento en dos fases: la primera para practicar una cistostomía y la segunda después de la reducción del tamaño del quiste, para llevar a cabo una cistectomía.
- * Casos de diagnóstico poco claro o dudoso; después de extirpar el tejido quístico, se mantiene y trata la cavidad ósea en régimen de apertura, hasta que se confirme el diagnóstico. (Horch H, 1992).

Figura 26. Cistostomía nasal de un quiste radicular de gran tamaño.



Fuente: Horch H, Cirugía Odontoestomatológica, P. 314, 1992.

A: Figura superior. Señales que marcan, en la pared facial, la extensión que hay que reseca de la pared del seno maxilar, así como la ventana hacia el canal nasal inferior.

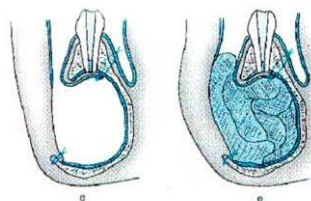
B: Figura inferior. Muestra el estado tras la extirpación amplia del quiste; con el seno maxilar residual, y apertura de una ventana hacia el canal nasal inferior. Extracción del diente causal y cierre plástico del alvéolo.

Las técnicas quirúrgicas de la cistostomía oral se encuentran a continuación.

Cistostomía de un quiste radicular, con conservación del diente causal mediante una apicectomía.

La incisión preferida en la mucosa es la dispuesta en forma de arco, según Partsch, se practica en la mucosa móvil, ligeramente por debajo (mandíbula), o algo por encima (maxilar superior). La incisión debería prolongarse aproximadamente 0,5 cm más allá de ambos lados del quiste, a continuación se desplaza el colgajo mucoperióstico, con ayuda del raspador, para la ablación del hueso que recubre el quiste se utiliza una fresa esférica. En quistes de gran tamaño se retira hueso con la pinza de Luer, después de abrir una pequeña ventana con la fresa. (Horch H, 1992).

Figura 27. Cistectomía de un quiste radicular en la mandíbula con conservación del diente.



Fuente: Horch H, Cirugía Odontoestomatológica, P. 308, 1992.

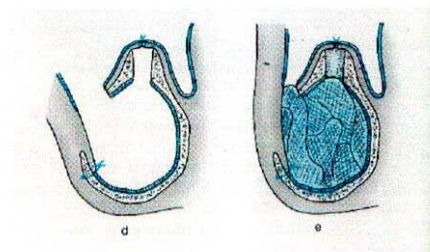
Imagen A: Recubrimiento del raigón con el colgajo gingival introducido en la cavidad quística y su fijación a la pared ósea del quiste.

Imagen B: Taponamiento de la cavidad del quiste, con conservación de la mayor parte de la membrana o saco quístico.

Cistostomía con extracción del diente causal.

En este caso no es necesario plegar el colgajo mucoperióstico hacia el quiste, esta técnica no puede estar indicada en quistes radiculares y quistes foliculares en una dentadura decidua, con dientes que no se pueden conservar. Si puede extraerse el diente causal mediante exodoncia simple, se debe aplicar la incisión mucoperióstica de manera que el borde gingival de la herida en la apófisis alveolar se encuentre, más tarde, a la altura del borde óseo del quiste abierto. Si la extracción del diente causal requiere osteotomía, se debe practicar una incisión en el borde gingival, que pase por los alveolos de las piezas dentarias que deben extraerse. (Horch H, 1992).

Figura 28. Cistectomía con extracción del diente causal.



Fuente: Horch H, Cirugía Odontoestomatológica, P. 308, 1992.

Imagen A: Fijación del colgajo geniano (de la mejilla) en el borde óseo inferior del quiste.

Imagen B: Taponamiento de la cavidad quística, con la conservación de la mayor parte de la membrana quística.

Cistostomía de quistes no odontógenos.

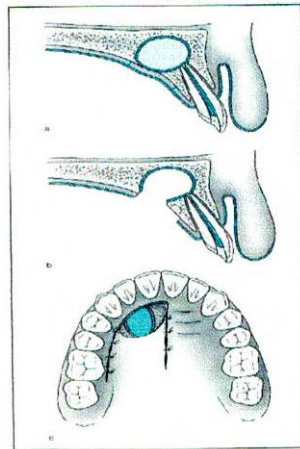
Puede estar indicada en quistes residuales y quistes maxilares no odontogénos. La incisión mucoperióstica discurre, de forma similar a la incisión de Partsch, a lo largo del límite de la encía adherida y debe prolongarse aproximadamente 0,5 cm más a ambos lados de la extensión del quiste.

Cistostomía palatina

Con frecuencia, quistes nasopalatinos, quistes palatinos, quistes de la línea media y, más rara vez, quistes foliculares o quistes radiculares que parten en las raíces palatinas no son accesibles desde el vestíbulo o sólo poniendo en peligro piezas dentarias. Por esta razón, y siempre que este indicada la intervención quirúrgica con conservación de la membrana quística se operan estos quistes desde el paladar. En general no es necesario seguir esta vía de acceso (excepto en quistes de línea media) en pacientes con maxilar desdentado, porque en estos casos, pueden intervenirse los quistes, sin ninguna dificultad desde el vestíbulo.

Mientras que los quistes pequeños completamente rodeados de hueso, se tratan mediante cistectomía palatina, en los de gran tamaño se recomienda la cistostomía palatina, sobre todo si han provocado atrofia del suelo óseo de la cavidad nasal. En estos casos, la cistostomía palatina esta indicada.

Figura 29. Cistostomía palatina.



Fuente: Horch H, Cirugía Odontoestomatológica, P. 311, 1992.

Imagen A: Insición en el paladar.

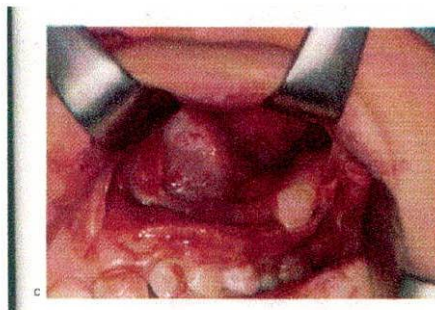
Imagen B: Estado tras la receción de la pared palatina del quiste y el tratamiento endodóntico del diente causal.

Imagen C: Estado tras extirpación de la mucosa palatina y el tratamiento abierto de la cavidad quística, con conservación de la mayor parte de la membrana quística.

La Cistectomía (método Partsch II) en donde se desprende la bolsa quística completamente del hueso y se la enuclea. Se cierra cuidadosamente la herida hacia la cavidad bucal el diente desvitalizado causante recibe tratamiento radicular y se hace apicectomía. El espacio del quiste queda libre de epitelio y se llena con un coágulo de sangre por la hemorragia postoperatoria.

Las ventajas de este método comporta, para el paciente unas ventajas inequívocas, cuando, después de la cistectomía, se cierra la herida con unos puntos de sutura y éste cura sin problemas, de forma primaria. El tratamiento postoperatorio concluye al cabo de 10 días con la retirada de los puntos de sutura. La regeneración ósea, que se produce mediante el coágulo sanguíneo organizado, pasa inadvertida para el paciente y no afecta su bienestar. El hueso se regenera total o casi totalmente, incluso en pacientes con una capacidad disminuida de regeneración de los tejidos. El riesgo de recidivas es escaso; la posibilidad de someter todo el tejido quístico a un examen histológico anula, prácticamente, el riesgo de pasar inadvertido una alteración más grave. (Horch H, 1992).

Figura 30. Antrocistectomía de un quiste folicular de gran tamaño en el seno maxilar izquierdo.



Fuente: Horch H, Cirugía Odontoestomatológica, P. 315, 1992.

Imagen A: Hallazgo peroperatorio: Se ha abierto el quiste y se aprecia la corona del canino 23 que emerge lateralmente en la luz del quiste y del seno maxilar residual ya abierto.

Los inconvenientes de este método consisten en las expectativas de curación ya que son dudosas en quistes con diámetro mayor de 2 cm. Por este motivo, las complicaciones

superan las de la cistostomía. La infección postoperatoria del coágulo sanguíneo no es, siempre, evitable. En relación con la localización y el tamaño del quiste, la extirpación del quiste comporta el riesgo de lesiones en los órganos y tejidos vecinos .(Horch H, 1992).

El tratamiento de elección es la cistectomía que está indicada en:

- * Todos los quistes pequeños, con un diámetro hasta de 2 cm, cuando la cavidad quística está completamente circundada por hueso sólido y no existe la posibilidad de dañar piezas dentarias adyacentes etc.
- * Todos los quistes de tamaño mediano y grande, cuando no hay riesgo de lesiones en los órganos vecinos, el quiste está íntegramente rodeado por hueso y se puede garantizar el relleno completo con un coágulo estabilizado.
- * Queratoquistes con revisión de la pared ósea, en quistes óseos solitarios y en aneurismáticos, y en este último caso, cuando la resección en continuidad no esté indicada o no se pueda hacer. (Horch H, 1992).

Figura 31. Relleno de la cavidad ósea con granulado de cerámica.



Fuente: Horch H, Cirugía Odontoestomatológica, P. 318, 1992.

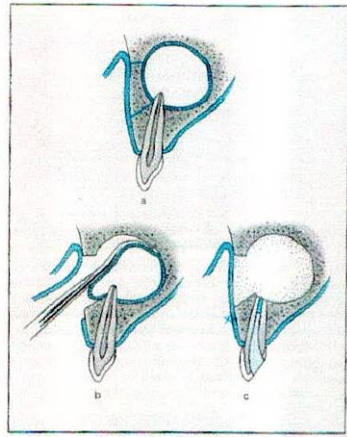
Imagen A: Relleno de la cavidad ósea con relleno de granulado ceramico.

Las técnicas quirúrgicas en la cistectomía. Mediante este se extirpa el quiste junto con su contenido y, en principio, no cabe esperar recidivas que, sin embargo, no son excluibles de forma absoluta (Por ejemplo, en los queratoquistes). El saco quístico se extirpa, si es posible, en bloque y no mediante legrado, porque podrían quedar restos en la membrana quística que puedan dar lugar a recidivas. Quistes pequeños son eliminados, a veces al proceder a la exodoncia del diente causal y la herida producida cura, pero pueden quedar restos de un granuloma quístico o de un quiste pequeño, solo que esto suceda queda indicado el legrado con una cucharilla (Horch H, 1992).

Cistectomía con conservación del diente causal.

En los quistes radicales, esta intervención quirúrgica solo difiere de una apicetomía por su mayor importancia y en los quistes pequeños, son idénticas. Se puede seguir cualquier incisión habitual en este tipo de intervención quirúrgica y sólo ha de tenerse en cuenta que la línea de incisión discurra por fuera de los límites supuestos del quiste a fin de que ninguna sutura quede encima de la cavidad del quiste. Por tanto, el colgajo mucoperióstico tiene que ser más amplio que en la cistostomía. Si se ha planeado una cistectomía, se extirpará la menor cantidad posible de hueso que cubre el quiste, para no entorpecer la regeneración posterior. Por este motivo, se recomienda descubrir y abrir los quistes de gran tamaño sólo en la zona con el menor radio de curvatura. Tras el cuidadoso despegamiento mucoperióstico, se procede a la ablación de la cubierta ósea del quiste con la fresa, el escoplo o bisturí. (Horch H, 1992)

Figura 32. Cistectomía vestibular en la región de los incisivos superiores, con tratamiento del diente causal y sutura primaria de la mucosa.



Fuente: Horch H, Cirugía Odontoestomatológica, P. 316, 1992.

Imagen A: Incisión en el vestibulo y señales a la extensión de la pared vestibular del quiste que hay que resekar.

Imagen B: Enucleación del quiste.

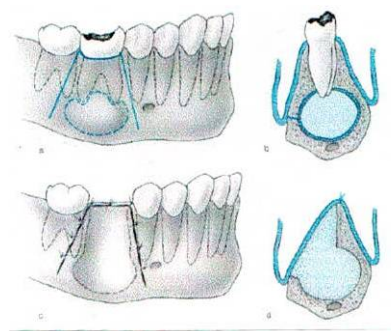
Imagen C: Estado tras la cistectomía con apicectomia del diente causal y obturación primaria de la cavidad osea mediante una sutura impermeable.

Cistectomía con extracción del diente causal.

Únicamente se diferencia de la cistectomía con conservación del diente causal por la incisión que, en el primer caso incluye la herida de la extracción, para permitir también aquí, una sutura primaria. Para ello se recomienda formar un colgajo mucoperióstico trapezoidal, con base en el surco o pliegue del vestibulo, que incluya el margen gingival del diente. Este colgajo puede ampliarse, a fin de realizar una sutura sin tensión de la herida a nivel de la exodoncia. También aquí la frontera lateral de este colgajo trapezoidal debe

llegar siempre fuera de los límites del quiste. Tras la exodoncia y la cistectomía se alisan los bordes óseos y debe intentarse conservar la pared alveolar lateral del diente extraído como soporte para el colgajo mucoperióstico. La sutura que sigue ha de ser lo más fija posible; sin embargo también se puede tratar la cavidad abierta, en este caso se tapona la cavidad ósea con el colgajo mucoperióstico y se continúa del mismo modo que en la cistostomía. (Horch H, 1992).

Figura 33. Cistectomía con extracción del diente causal.



Fuente: Horch H, Cirugía Odontoestomatológica, P. 317, 1992.

Imagen A: Incisión trapezoidal por fuera de los límites del quiste.

Imagen B: Señales que marcan la extensión de la pared vestibular ósea alveolar y quística que hay que resear.

Imagen C: Estado tras la cistectomía , con extracción del diente causal 46 y cierre primario de la cavidad ósea.

Imagen D: Estado de la cistectomia, extracción del diente causal sutura periostio mucosa primaria, sin ningún tratamiento especial de la cavidad ósea.

Según Brian Schmidt en 2001, en su estudio del uso de la enucleación y crioterapia de nitrógeno líquido en el manejo de quistes odontogénicos, concluyó que la combinación de enucleación y crioterapia de nitrógeno líquido puede ofrecer al paciente una terapia mejorada en el manejo de quistes odontogénicos. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery Online.

Juan Galidez A, Aguirre J Martínez R, Zorrilla A, Rivera J, en 1998, en su estudio características clínico-patológicas de los quistes dentígeros inflamados, demuestran que para obtener un correcto diagnóstico de los quistes de los maxilares es necesario realizar un cuidadoso análisis clínico, radiográfico e histológico y ven la posibilidad de una etiología nueva para el quiste dentígero inflamado, que consiste en su estudio histopatogénico, Revista Secom.

El estudio J. Romero Pérez, S. Méndez Trujillo, en 1999. En su estudio elección preoperatoria de la técnica quirúrgica a realizar en un quiste odontógeno en función de su diagnóstico histopatológico y de su área se concluyó que los resultados del tratamiento dependen del tipo histopatológico, tamaño y técnica quirúrgica empleada. La hospitalización bajo anestesia general es conveniente en quistes mayores en 6 cm de área Resista Secom.

William G, Faquin M, María Troulis y Leonard B, Kaban M, en 2000 en su estudio diferenciación de queratoquistes odontogénicos y quistes queratogénicos utilizando biopsia por aspiración y coloración de citoqueratina 10 concluyen que la Biopsia por aspiración y coloración de citoqueratina 10 (FNAB), comparado con una demostración inmunocitoquímica de citoqueratina 10 para el diagnóstico preciso de queratiquistes odontogénicos. Coloraciones mononucleares en contraste con la citoqueratina 10. Una marca diferente es consistentemente notable en el FNAB de queratoquistes odontogénicos, no se notan coloraciones significantes en quistes dentígeros y radiculares. J. Oral Maxillofacial Surgery Online.

Julie A. Chaves, Kennetb J. Ricbter, en 1999, en su estudio quistes odontogénico granular (QOG) en la mandíbula concluyen que la similitud histológica entre el quiste odontogénico glandular y el carcinoma mucoepidermoide de bajo grado es significativa, y es altamente posible que casos previamente diagnosticados del carcinoma hubieran sido QOG . al analizar 24 casos reportados de QOG con seguimiento de 1 año o más sugieren que la tasa de recurrencia después del curetaje o enuncleación es tan alto como un 25% . J. Oral Macillofacial Surgery .

Joseph P. Lusitg, Devorah Schwartz – Arad and Anmon Shapira, en 1999, en su estudio quistes odontogénicos relacionados con molares primarios que han recibido pulpotomía. Recomendán que los pacientes deberían investigar casos de retardo de exfoliación y expansión de la cortical ósea de molares primarios y en el fracaso de terapia pulpar: como rarefacción periradicular, reabsorción radicular, agrandamiento del folículo, deberían ser tratados con extracción y hacer seguimiento hasta la erupción normal del permanente. Los

padres deberían recibir más información respecto de efectos adversos de pultomía y ser instruidos en como reconocer signos y síntomas significativos. Oral Surgery Oral Med Oral Pathol Oral Radio Endod.

María de Lourdes de Andrade Massara, Carlos de Oliveira Gómez, Rafaella Cristina Araújo Magalhaes, Monica de Moura Goncalves Faria, en 2000, en su estudio reportes: quistes odontogénicos un acceso conservador, concluyen que fundamentalmente el tratamiento no ocasione mayores daños físicos y emocionales que la misma lesión. El acceso general de pacientes invita al profesional a sugerir una terapéutica menos agresiva y procedimientos menos invasivos. La terapéutica reportada en este artículo evita la temprana remoción del diente y la migración del molar primario el cual requeriría posteriormente tratamiento ortodontico imposible para familias de bajos recursos. La enucleación de la lesión y el diente comprometido pueden ocasionar un indispensable daño al hueso alveolar. La terapia conservadora elimino la necesidad de tratamientos complejos y costosos como la marsupialización o enucleación, a menudo traumático en niños y evito el uso de antibióticos. El seguimiento periódico es fundamental en los casos de dientes primarios tratados endodonticamente por la posibilidad en el fracaso terapéutico. El caso aquí reportado enfatizó la importancia de crear condiciones favorables para el proceso de cicatrización.

1.5. OBJETIVO

1.5.1 GENERAL

Describir el manejo quirúrgico de los quistes odontogénicos y no odontogénicos presentes en la región maxilar y mandíbula. Reporte de casos.

1.5.2 ESPECIFICOS.

- Identificar las características demográficas según edad, género y raza.
- Establecer el motivo de consulta y la anamnesis de los pacientes.
- Establecer el examen clínico y radiografías de los pacientes.
- Identificar los diagnósticos de los diferentes quistes odontogénicos y no odontogénicos que presentaron los pacientes.
- Describir la técnica quirúrgica para el manejo de los quistes odontogénicos y no odontogénicos según cada caso.
- Realizar el seguimiento postquirúrgicos a los 7 y 15 días.

2. METODO

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Reporte de Casos

2.2. POBLACION

Población blanca: Pacientes que asistieron a la clínica del Colegio Odontológico Colombiano Sede Centro que presentaban como diagnóstico presuntivo quistes odontogénicos y/o quistes no odontogénicos y/o pseudoquistes.

Población elegible: Se tuvieron en cuenta como criterios de inclusión los siguientes:

Pacientes

Quistes odontogénicos y no odontogénicos y pseudoquistes.

2.3. UNIDADES TEMATICAS

2.3.1 Diagnóstico de quistes odontogénicos y no odontogénicos

2.3.2 Ventajas y desventajas del manejo clínico

2.3.3 Indicaciones y contraindicaciones del manejo clínico

2.3.4 Procedimientos quirúrgicos adecuados a cada caso

2.3.5 Técnica quirúrgica para el manejo de los quistes odontogénicos y no odontogénicos

2.4. FUENTES DE INFORMACIÓN

Para efectos de este estudio se visitaron las siguientes bibliotecas: Luis Angel Arango, Pontificia Universidad Javeriana, El Bosque, Federación Odontológica Colombiana y se investigó en 5 libros, 7 artículos científicos.

2.5. INSTRUMENTOS

Para efecto de este estudio se utilizaron los siguientes instrumentos de recolección de datos:

Instrumento 1. Matriz bibliográfica

Instrumento 2. Aceptación voluntaria de los pacientes

Instrumento 3. Historias clínicas

3. RESULTADOS

CASO CLINICO I.

Paciente de genero femenino de 15 años de edad, soltera, que consulta a la clínica del colegio odontológico por preocupación al sentir una masa en la encía superior.

A cerca de los antecedentes familiares refiere información sobre la madre fallecida por presentar cáncer de matriz.

Refiere antecedente personal por trauma en el pie izquierdo hace dos meses.

Al examen clínico extraoral.



Figura 34. Foto de frente.

De vista frontal se valoran tercios proporcionados.



Figura 35. Foto de perfil.

Se observa abombamiento en el surco nasogeniano en el tercio medio, a la vista de perfil.

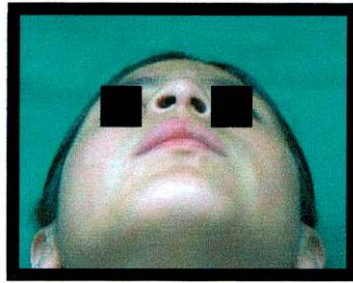


Figura 36. Foto inferosuperior.

Se compara zona malar, y se observa asimetría derecha.

Examen intraoral al realizar el cuadro de C.O.P, la paciente presenta amalgamas el índice de placa bacteriana se encuentra en un nivel moderado. Se observa apariencia de abultamiento en el fondo de el surco vestibular izquierdo, caracterizado en la mucosa un color rosado pálido en la proximidad directa de los dientes afectados en áreas vitales, al realizar la inspección y palpación se percibe sonido crepitante.



Figura 37. Foto intraoral.

Se observa abombamiento del surco nasogeniano con sensación de fluctuación y presión.

Se solicita como medio diagnostico radiografía panorámica y su respectiva Tomografía Axial Computarizada, realizando su análisis se puede observar zona radiopaca compatible con diente incluido con una amplia zona radiolucida de gran tamaño que compromete tejido óseo de zona malar y seno maxilar hasta espina nasal anterior.

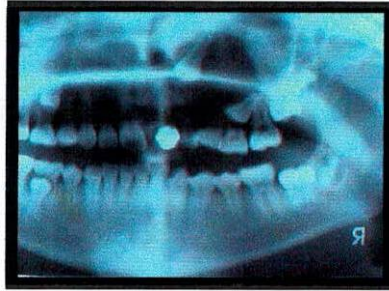


Figura 38. Panorex.

Obsérvese diente incluido con amplia zona radiolucida anivel del maxilar derecho.

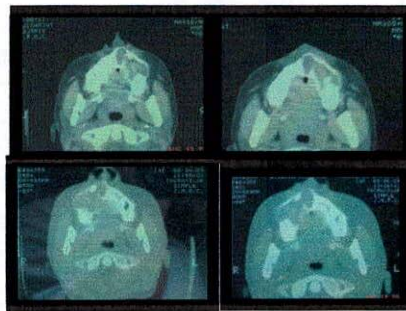


Figura 39. T.A.C

Obsérvese zona quística a nivel del maxilar superior.

Logrando así como diagnostico presuntivo un quiste Dentigero Queratoquiste; se realizo biopsia por punción y se decidió que el diagnostico definitivo correspondía a quiste dentigero queratoquiste.

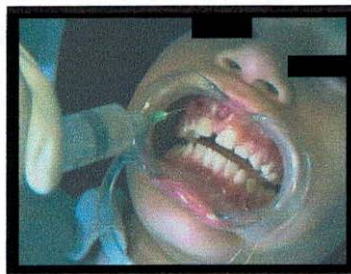


Figura 40. Biopsia.

Biopsia por punción del área afectada.

Una vez definido el diagnostico se programa a cirugía, en la que se decide realizar como técnica partsch I, con la preparación y colocación de un obturador para que no se produzca descompensación de la zona prosiguiendo a la etapa quirúrgica:

Asepsia general (remoción total de prendas y colocación de prendas quirurgicas).

Previa desinfección con isodine espuma y bucofaringeo manteniendo la antisepsia.

Aislamiento del campo operatorio, anestesia , lidocaina al 2% tres carpules, agujas largas y cortas, demarcación del área quirúrgica, insición gingivomarginal.

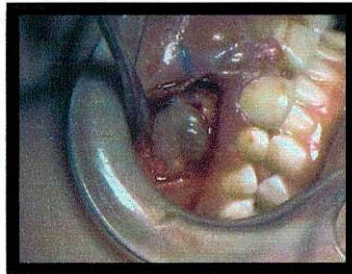


Figura 41. Colgajo mucoperiostico.

Obsérvese colgajo mucoperiostico con el que se hace exposición de la membrana quística.

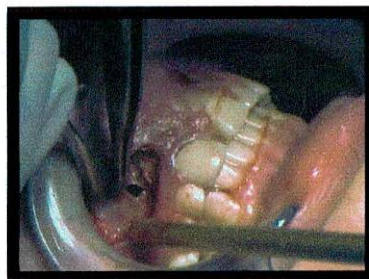


Figura 42. Retracción de membrana.

Se retrae la membrana con una pinza axón para facilitar la succión de la sustancia.

Adaptación aposito quirúrgico para evitar contaminación que será de dos a tres días, sutura de la membrana quística a la membrana oral con sutura tipo seda tres ceros.

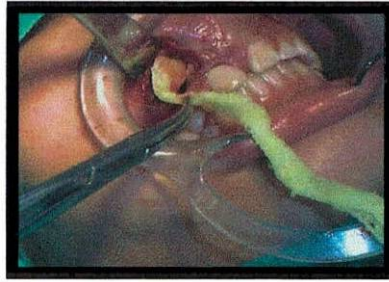


Figura 43. Adaptación de aposito.

Obsérvese la introducción del aposito a la cavidad.

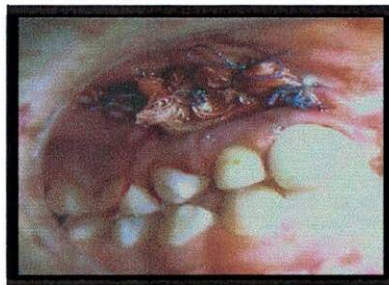


Figura 44. Sutura de cavidad quística.

Sutura postadaptación de aposito quirúrgico.

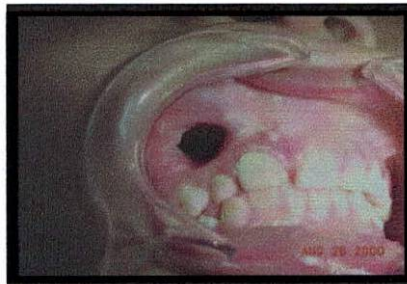


Figura 45. Cavidad quística.

Obsérvese la cicatrización del tejido al tercer día de la remoción del aposito quirúrgico.



Figura 46. Obturador.

Confección de obturador en acrílico de autopolimerización.

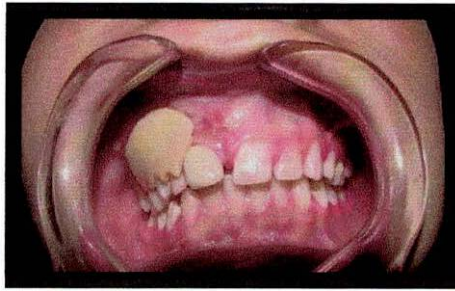


Figura 47. Adaptación.

Adaptación del obturador a cavidad quística.

Etapa de recuperación, se hace debidos recomendaciones al paciente y acudiente, prescripción medica con analgésico Diclofenac Na (Voltarem) ampollas de 75 mg No 3 cada 12 horas, antibiotico amoxicilina cápsula de 500 mg No 21 tomar cada 8 horas durante 7 días ; se realiza control al tercer día, para observar proceso de cicatrización en la que se hace irrigación con agua destilada colocando nuevamente el obturador.

CASO CLINICO II

Paciente de genero masculino de 4 años de edad, soltero; que consulta a la clínica del colegio odontológico colombiano para control general.

A cerca de los antecedentes familiares refiere información sobre la madre cefaleas y hepatitis A.

Refiere antecedente personal por trauma (a nivel general del cuerpo) a los 18 meses de edad

Al examen clínico Extraoral.



Figura 48. Foto de frente.

Tercio proporcionados sin alteraciones evidentes.



Figura 49. Foto de perfil.

Tercio proporcionados sin alteraciones evidentes.

Examen Intraoral.



Figura 50. Foto intraoral.

Se observan presencia de focos sépticos cariosos múltiples, leve abombamiento en la tabla vestibular del surco en la zona del 73 al 41.

Se solicita como medio diagnóstico radiografía panorámica, examen de laboratorio tipo cuadro hemático, TP, TPT y orina.



Figura 51. Panorex.

Al examen radiográfico se observa zona radiolúcida bien definida a lado izquierdo en relación con los dientes con erupción con compromiso de los dientes central y canino de la misma zona, gérmenes en formación.

Logrando así como diagnostico presuntivo un quiste Dentigero Queratoquiste; se realizo biopsia por punción y se decidió que el diagnostico definitivo correspondía a quiste dentigero queratoquiste.

Una vez definido el diagnostico se programa a cirugía, en la que se decide realizar como técnica partsch II, prosiguiendo a la etapa quirúrgica:

Asepsia general (remoción total de prendas y colocación de prendas quirurgicas)

Previa desinfección con isodine espuma y bucofaringeo manteniendo la antisepcia.

Aislamiento del campo operatorio, anestesia general, anestesia local, lidocaina al 2% tres carpules, agujas largas y cortas.



Figura 52. Demarcación.

Obsérvese demarcación del área quirúrgica.

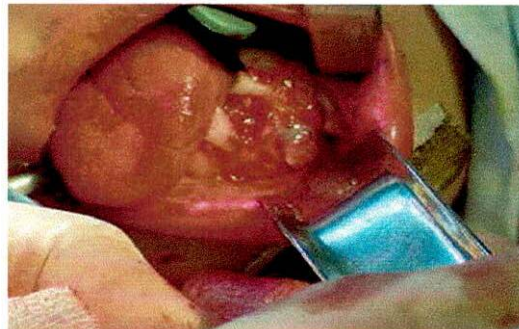


Figura 53. Incisión y colgajo.

Obsérvese la incisión gingivo marginal, y levantamiento de colgajo mucoperiostico del diente 41 al 74 donde se expone la masa que produjo perforación de la cortical vestibular. osteotomia, donde se expone la cavidad quística, sustancia líquida de aspecto lechoso, cutaje y extracción del germen dentario del 31, se curetea ampliamente, se irriga con suero fisiológico.



Figura 54. Técnica quirúrgica.

Técnica Parsh II (enucleación) de la masa con exodoncia de germen dentario.



Figura 55. Tejido quístico.

Obsérvese la remoción de saco quístico con diente temporal permanente.

Se sutura tipo seda tres ceros, etapa de recuperación, se hace debidos recomendaciones al paciente y acudiente, prescripción medica con analgésico Dolex y antibiótico amoxicilina suspensión en frasco durante cinco días; se realiza control al octavo día, para observar proceso de cicatrización.

CASO CLINICO III

Paciente de genero femenino 17 años de edad, soltera; que consulta a la clínica del colegio odontológico colombiano por dolor en el diente 12.

No refiere antecedentes familiares alguno.

Refiere antecedente personal trauma a nivel dental zona anterosuperior hace cuatro años.

Al examen clínico extraoral.



Figura 56. Foto de frente, perfil.

Se observa tercios proporcionados sin alteraciones evidentes tanto perfil como de frente.



Figura 57. Foto infrasuperior.

Obsérvese la simetría facial

Examen intraoral.



Figura 58. Intraoral

Se observan multiples tratamientos de operatoria (amalgamas, resinas), apariencia de abultamiento en paladar duro zona anterior derecha en proximidad directa con el diente afectado, zona izquemica y cambio de color de la corona del diente 12.

Se solicita como medio diagnóstico radiografía periapical, examen de laboratorio tipo cuadro hemático, TP, TPT. Al examen radiográfico se observa zona radiolucida bien definida a lado derecho con relación al diente afectado.

Logrando así como diagnostico presuntivo un quiste Odontogeno Periapical; se realizo biopsia exicional y se decidió que el diagnostico definitivo correspondía a quiste Odontogeno Periapical.

Una vez definido el diagnostico se programa a cirugía, en la que se decide realizar como técnica partsch II, prosiguiendo a la etapa quirúrgica:

Asepcia general (remosión total de prendas y colocación de prendas quirurgicas)

Previa desinfección con isodine espuma y bucofaringeo manteniendo la antisepcia.

Aislamiento del campo operatorio.



Figura 59. Asepcia antiseptica.

Operador, auxiliar y paciente portan trajes quirurgicos, aislameiento del campo para mantener la debida asepcía y anticepcia posible.



Figura 60. Técnica de anestesia.

Se realiza técnica infiltrativa en zona de paladar adjunta al diente afectado.

Anestesia local, lidocaina al 2% siete carpules, agujas cortas, demarcación del área quirúrgica, insición palatina gingivomarginal, colgajo mucoperiostico, osteotomia, donde se expone la cavidad quística.



Figura 61. Colgajo.

Se realiza mediante incisión gingivomarginal, desincerción logrando colgajo mucoperiostico obteniendo la cavidad quística.



Figura 62. Curetaje.

Se realiza curetaje de la cavidad quística para remover completamente la masa y extracción de tejido necrotico localizado en el área de la lesión.



Figura 63. Cavity quística.

Obsérvese la cavidad quística posterior al curetaje.

Se irriga con suero fisiológico; se prosigue el tratamiento quirurgico por vestibular, anestesia lidocaina al 2% tres carpules, agujas cortas.



Figura 64 Técnica de anestesia.

Se realiza anestesia infiltrativa por vestibular.



Figura 65. Incisión.

Incisión lineal a nivel del ápice del diente, con descinserción de mucosa con periostotomo.



Figura 66. Colgajo.

Retracción del colgajo en forma de bolsillo, en zona vestibular.

Se prosige a realizar osteotomía a nivel del ápice del diente con fresa redonda Numero 3, zecria, localización del ápice dental, apicectomia con fresas de fisura, selle apical, irrigación con suero fisiológico.



Figura 67. Sutura.

Obsérvese técnica de sutura puntos simples tipo seda tres ceros, zona de insición palatina y vestibular.



Figura 68. Tejido quistico.

Obsérvese masa amorfa extraida de la cavidad quística.

Etapas de recuperación, radiografías de control postquirúrgico, se hace debidos recomendaciones al paciente, prescripción medica con analgésico Ketorolac cápsula de 10

mg No 9 cada ocho horas durante tres días; antibiótico amoxicilina 500 mg No 21 cada ocho horas durante siete días; se realiza control al octavo día, para observar proceso de cicatrización.

4. RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar más reportes de casos y realizar un seguimiento acerca de pacientes con quistes odontogénicos, no odontogénicos y pseudoquistes que lleguen a la clínica del Colegio Odontológico Colombiano.

BIBLIOGRAFIA

RASPALL, Guillermo. Cirugía Maxilofacial: Patología quirúrgica de la cara, boca, cabeza y cuello. Primera edición. Madrid España: Editorial Médica Panamericana, S.A, 1997 515 p.

REGEZI, Joseph. Patología Bucal. Tercera edición. México: Mc Graw-Hill Interamericana editores, S.A, 2000 641 p.

PETER A, Reichar, HANS, Peter Philipsen. Atlas de Patología Oral. Segunda edición. Barcelona España: MASSON S. A, 2000 297 p.

NEVILLE Brad, DAMM Douglas, ALLEN Carl, BOUQUOT Jerry. Oral Maxillofacial Pathology. Primera edición. Philadelphia, Tokyo: SAUNDERS COMPANY, 1995 711 p.

HORCH, J. Lentrodt. Cirugía odontoestomatológica. Cuarta edición. Barcelona España: Ediciones Científicas y Técnicas, S. A, 1992 367 p.

SCHMIDT, Brian. El uso de enucleación y crioterapia de nitrógeno líquido en el manejo de queratoquistes odontogénicos. Missipi, 2001 1 p.

GALIDEZ A, Juan AGUIRRE MARTINEZ, R. J. ZORRILLA, RIVERA J. Características clinicopatológicas de los quistes dentigeros. San Francisco, Revista Secom, 1998 6 p.

ROMERO PEREZ, J, MENDEZ TRUJILLO, S. Elección preoperatoria de la técnica quirúrgica a realizar en un quiste odontogénico en función de su diagnóstico histopatológico y su área. Arrixaca (Murcia). 1999 1 p.

G, William, TROULIS, María, B, Leonard. Diferenciación de queratoquistes odontogénicos y quistes no odontogénicos utilizando biopsia por aspiración y coloración de citoquetatina 10 Boston 2000 4 p.

CHAVEZ, Julie, A, RICBTER, Kenneth, J. Quiste odontogénico glandular de la mandíbula. Minneapolis 1999 4 p.

P, Joseph, LUSTIG, SCHWARTZ, ARAD, Devorah, SHAPIRA, Amnon. Quiste odontogénicos relacionados con molares primarios que han recibido pulpotomía. Tel Aviv University, Barzilai Medical Center 1999 5 p.

LOURDES DE ANDRADE MASSARA, María, OLIVEIRA, GOMEZ, Carlos, ARAUJO, MAGALHAES, Rafaella Cristina, MOURA, GONCALVES, FARIA, Monica. Reportes: Quistes odontogénicos un acceso conservador. Minas Gerais University 2000 5 p.

ANEXOS

INSTRUMENTO 1

MATRIZ BIBLIOGRAFICA

AUTORES Y AÑO	DIAGNOSTICO DE QUISTE ODONTOGENICO Y NO ODONTOGENICO	VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL MANEJO CLINICO	INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL MANEJO QUIRURGICO	TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	GENERALIDADES
REGEZI 2000	X	X		X	
JOCK 1996			X	X	
RASPALL 1997	X			X	
SCHMIDT 2001				X	
RIVERA 1998					X
PEREZ 1999				X	
LESTON 1997					X
GARDNER 1988					X
HORCH 1992		X	X	X	

INSTRUMENTO 2

Que, el (la) suscrito (a) _____

Con C.C. N°. _____ de _____ paciente

del COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO, manifiesta haber sido informado de la enfermedad que padece, así como también de los riesgos que conlleva el tratamiento quirúrgico, anestésico y al tipo de cirugía a que será sometido.

De acuerdo con este conocimiento declara esta conforme con el tratamiento propuesto y acepta los riesgos inherentes a la intervención bajo su propia responsabilidad.

Atentamente.

C.C N°. _____ de _____

Santafé de Bogotá D.C, _____

INSTRUMENTO 3

HISTORIA CLINICA

I. INFORMACIÓN GENERAL

APELLIDOS Y NOMBRE DEL PACIENTE			INSTITUTO DE ATENCIÓN		DIA	MES	AÑO	CASO N
EDAD	SEXO	EST. CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	ESTRATO S.E			CIUDAD

II. MOTIVO DE CONSULTA

--

III. ANAMNESIS

ANTECEDENTES FAMILIARES
ANTECEDENTES PERSONALES
QUISTES
TOXICOS
ALÉRGICOS
INFECCIOSOS
TRAUMÁTICOS
GINECOBSTETRICIOS ----- M----- AÑOS----- C----- UR ----- G ----- P ----- A -----
OTROS

IV EXAMEN CLÍNICO

EXAMEN EXTRAORAL	S	A	1/3 SUB	1/3 MED	1/3 INF	OBSERVACIONES
FRONTAL						
PERFIL						
EXAMEN INTRAORAL						

V EXAMEN COMPLEMENTARIO

EXAMEN LABORATORIO					
EXAMEN HISTOPATOLÓGICO		BIOPSIA INCISIONAL		BIOPSIA EXCISIONAL	
EXAMEN RADIOGRÁFICO		PERFIL	FRONTAL	PANORÁMICO	OCLUSAL PERIAPICAL
LATERAL DE MANDIBULA					
Descripción					

VI

DIAGNOSTICO _____

VII PLAN DE TRATAMIENTO

VIII TRATAMIENTO QUIRÚRGICO (Descripción procedimientos)

IX CONTROL POST QUIRÚRGICO

**DIFERENCIACIÓN DE QUERATOQUISTES ODONTOGENICOS Y QUISTES
NO QUERATOGENICOS UTILIZANDO BIOPSIA POR ASPIRACIÓN Y
COLORACIÓN DE CITOQUERATINA 10**

Esta técnica Biopsia por aspiración y coloración de citoqueratina 10 (FNAB) es frecuentemente usada en la cabeza y cuello para el diagnóstico de suaves lesiones de tejido, además esta técnica ha encontrado otras aplicaciones en centro de ortopedia para la evaluación de patologías intro-óseas. Animados por reportes de la habilidad de esta fina aguja con o sin operador para penetrar hueso cortical y lesiones de hueso simples intraóseas en la mandíbula en este grupo heterogéneo la más alta precisión fue encontrado en los casos de malignidad entre el FNAB y la histología final. En particular encontrar diferencias entre los varios tipos de quistes odontogénicos fue difícil del material citológico solo por la ausencia de arquitectura quística en cultivos de células dispersas. Modificaciones de la técnica del FNAB estableciendo contacto entre el bisel de la aguja y la pared del hueso de una lesión quística en forma tangencial y aspirando para conseguir una muestra de células lineales, su presencia fue confirmada al momento de la aspiración utilizando el método de coloración Diff-Quick.

Varios marcadores epiteliales fueron identificados en el lineamiento de quistes odontogénicos, incluyendo citoqueratina de varios pesos moleculares, antígenos de

membrana epitelial, antígenos carcinogénicos y antígenos de células nucleares proliferativas (ACNP).

Muchos autores han descrito específicos tipos de contorno de la queratina Matthews mostró por métodos de inmunoperoxidasa indirecta que el epitelio lineal de los queratoquistes odontogénicos (QO) producían bajo peso molecular de la queratina (Queratina 10/11) comparado bastante con quistes dentígeros. Expresiones de peso molecular intermedio de la citoqueratina usando el anticuerpo monoclonal LP34 en la capa basal de los quistes dentígeros pero no los queratoquistes odontogénicos fue mostrado por Mac Donald y Fletcher. Estos distintos patrones de expresiones de queratina usualmente refleja el estado de diferenciación de las células lineales de dos entidades quísticas y proviene una oportunidad para usar marcadores específicos inmuno-histoquímicos para distinguir uno del otro. Técnicas de inmunoperoxidasa puedan ser aplicadas en material citológico y también a muestras histológicas aspirando para establecer un contorno queratinico, mostraron que las células epiteliales están presentes en la muestra.

En este prospectivo estudio evaluamos los resultados de 18 casos en los cuales se uso el método de inmunoperoxidasa indirecta para citoqueratina 10, fue usado en quistes odontogénicos la FNAB. La exactitud de esta técnica para distinguir queratoquistes odontogénicos fue evaluada.

DISCUSIÓN

Este estudio reporta la eficacia de la FNAB comparado con una demostración inmunocitoquímica de citoqueratina 10 para el diagnóstico preciso de quistes

odontogénicos. Coloraciones monoclonales en contraste con la citoqueratina 10, una marca diferente consistentemente notable en el FNAB de queratoquistes odontogenicos, no se notan coloraciones significativas en quistes dentígeros y radiculares.

Estamos de acuerdo con los autores, que esta técnica es simple, bien tolerada por el paciente y efectiva para establecer el diagnóstico de queratoquistes odontogenicos con el uso de inmunohistoquímicos. Como sea esto es importante para reconocer que la eficacia del FNAB es dependiente de la experiencia clínica con el uso de esta técnica.

QUISTE ODONTOGENICO GLANDULAR DE LA MANDIBULA

El quiste odontogénico glandular (QOG), es una rara lesión de hueso descrita primero por GARDNER en 1988, 39 casos han sido reportados en la literatura. Una revisión excelente y comprensiva de la literatura fue publicada.

Esta lesión es también conocida como quiste sialodontogénico y fue primero diagnosticado como carcinoma central mucoepidermoide y esto fue por el parecido histológico.

La similitud histológica de estas entidades fueron bien documentadas por Waldron y Koh. Análisis de casos reportados de quistes de odontogénicos glandulares muestran una predilección por la zona anterior de la mandíbula. Un promedio de edad de 50 años y una incidencia levemente incrementada en hombres. A pesar de mucha controversia de los 5 años fue generalmente aceptado que el GOC es una entidad única.

DISCUSION

Como esta anteriormente anotado la similitud histológicas entre el quiste odontogénico glandular y el carcinoma mucoepidermoide de bajo grado es significativa, y es altamente posible que casos previamente diagnosticados del carcacinoma hubieran sido GOC. El GOC recordemos que es una rara lesión pero debe ser considerado en el diagnóstico

diferencial de radiolúcidez unilocular y multilocular de la mandíbula. El tratamiento para el GOC ha sido controversial por el pequeño número de casos reportados. La lesión varía considerablemente en tamaño y severidad y el tratamiento varía entre simple curetaje y recesión marginal. Análisis de 24 casos reportados de GOC con seguimiento de un año o más sugiere que la tasa de recurrencia después del curetaje o enucleación es tan alto como un 25 %. De los 18 casos sin recurrencia, 12 (66%) fueron tratados también con curetaje o enucleación. Revisión de la información disponible también indicó que una lesión grande (5*7 cm) fue satisfactoriamente cureteada sin recurrencia , y una pequeña lesión (0-5*0.5cm) recurrió después de la enucleación. El número de casos reportados con recurrencia es pequeño, no se pueden definir patrones de estos.

Determinar opciones de tratamiento en este caso incluye en el tamaño de la lesión y considerar el tamaño de los bordes corticales. Por la carencia de un margen cortical intacto la decisión fue seccionar la lesión en vez de hacer un curetaje. La mandibulectomía incluyó un centímetro de hueso y tejido suave marginal. El paciente fue inmediatamente reconstruido con un injerto de peroné y un plato de reconstrucción. Después de un seguimiento de tres meses el paciente fue dado de alta. Después de tratar la lesión los implantes de oseointegración debe ser considerado. Como documentación anterior no está disponible y el número de casos reportados de GOC es pequeño, es importante que nuevos casos sean documentados y seguidos cuidadosamente para que puedan ser tomadas conclusiones más precisas y llegar a tratamientos óptimos.

QUISTES ODONTOGENICOS RELACIOBNADOS CON MOLARES PRIMARIOS QUE HAN RECIBIDO PULPOTOMIA

La pulpotomía es un tratamiento seguro y así lo consideran muchos operadores pero también se ha reportado como efectos adversos daños al diente permanente, Mal posición, retardo en la erupción, defectos del esmalte, decoloración y formación de quistes son los más reportados. La literatura se enfoca en la patogénesis y clasificación histológica de estos quistes es de particular interés los quistes formados en la región perirradicular luego de una pulpotomía y particularmente son quiste dentígero inflamatorio y quiste radicular.

En quiste dentígero es causado por la alteración del epitelio reducido del esmalte (luego de completar la amelogenesis) lo que resulta en acumulación de fluidos detrás el epitelio y la corona del diente. Azar y Shteyer sugirieron que la inflamación prolongada y persistente puede causar irritación crónica al saco dental de un diente sin erupcionar lo que permite el desarrollo de un quiste dentigero. Benn y Altini hallaron evidencia histológica y clínica en este proceso y concluyeron que el exudado inflamatorio está inducido por la infección que se disemina al folículo dental, causando separación del epitelio reducido del esmalte, esto podría ser cierto para dientes permanentes inmaduros que están neuróticos o dientes primarios tratados endodónticamente,

Los quistes radiculares en dentición primaria, están localizados alrededor de las raíces en el área interradicular en contraste en la localización periapical vista en dientes permanentes,

raíces reabsorbidas, cortas y divergentes y presencia de conductos accesorios podrían explicar estos hallazgos, así el termino quiste perirradicular parecía ser más apropiado la inflamación y prolongada irritación son causas parentes desencadenantes de restos epiteliales esto explica porque los quistes son hallados en unión a dientes primarios necróticos o tratados pulparmente.

Los quistes periradicularles han sido descritos en asocio con molares primarios con pulpotomías mostrando importancia clínica: gran tamaño, rápido crecimiento, expansión vestibular y desplazamiento del sucedáneo.

Aunque los quistes relacionados a dientes primarios son frecuentes tienden a ser omitidos porque se tratan removiendo o exfoliando el diente por la misma razón, las biopsias son raramente tomadas. Los únicos casos reportados han sido estos en los cuales los quistes crecieron mucho, con síntomas severos y los efectos adversos aún estaban presentes.

El fin de este estudio fue analizar las implicaciones clínicas y resultados de tratamientos de quistes formados en unión con molares primarios con pulpotomías.

MATERIALES Y METODOS

Este estudio retrospectivo se basó en los registros de 18 pacientes remitidos a 2 departamentos de cirugía entre 1986 y 1996 uno de los criterios de inclusión fue el tamaño de la lesión quística (mayor de 1cm de diámetro) y que se desarrollaron con dientes deciduos con pulpotomías para ser incluidos cada caso tuvo buena documentación clínica,

histológica y radiográfica, los siguientes parámetros fueron tabulados y analizados: síntomas. Características histológicas y radiográficas. Modalidades de tratamiento, enfermedad y resultados que son reportados descriptivamente.

RESULTADOS

Todos los pacientes eran caucásicos y se distribuyeron igualmente por géneros (9 mujeres y 9 hombres) sus edades oscilaban entre 5y 13 años las mujeres eran más jóvenes (9+-2) que los hombres (11+-2)

La mandíbula estaba comprendida en 15 pacientes y el maxilar superior en 3, todos los quistes excepto uno estaba asociado con segundos molares, los síntomas se resumen en la siguiente tabla:

TABLA 1 Signos y Síntomas

	MAX	No d e Casos	TOTAL	%
Aumento Facial	2	2	4	22
Expansión Vestibular	2	11	13	72
Exfoliación retardada	1	3	4	22
Tracto Sinuoso	2	2	4	22
Infección Local Aguda	2	6	8	44

Fiebre	2	4	6	33
Asintomatología	1	3	4	22

TABLA II CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Reabsorción de la pared del dentario inferior	3	15	20
Desplazamiento del dentario inferior	9	15	60
Dilaceración	1	18	6
Reabsorción del permanente	3	18	17
Expansión Cortical Vestibular	4	11	

El tiempo entre la pulpotomía y la presentación de síntomas clínicos fue anotado en 109 pacientes y estaba entre 1,5 a 6 años (promedio de 3.5 años). El número de dientes permanentes por pie afectado de los dientes permanentes involucrados fue registrado en 15 pues y se comparó con Rx panorámica con patrones normales sólo 10 estaban normales, 5 tenían desarrollo retardado, particularmente en la mandíbula.

Los quistes se midieron en la radiografía panorámica reduciendo el 20% de distorsión: Eje vertical 21+-8 horizontal 21+-9 las muestras histológicas fueron tomadas de 16 lesiones, 13 de las cuales eran quistes dentigeros, 3=quistes radiculares sus características histológicas: Epitelio estratificado escamoso no queratinizado, tejido conectivo fibrovascular con infiltrado d células inflamatorias de pendiendo la fase clínica (aguda o crónica)

La tabla III muestra los tipos de procedimientos quirúrgicos, modalidades de tratamiento y terapia utilizada.

TABLA III TRATAMIENTO QUIRURGICO

TIPO DE CIRUGÍA	MAX	MANDIB.	TOTAL	%
Extracción de tres con dentigeros	3	15	18	100
Extracción del permanente	2	1	3	17
Enucleación	2	10	12	66
Marsuprialización	1	5	6	33
Caldwell-Luct (procedimiento)				
más el cierre de la comunicación oroantral	1	-	1	6

Se hizo seguimiento en 15 pacientes sólo 6 pacientes tuvieron erupción normal del permanente, 9 necesitaron ortodoncia, 3 pacientes perdieron el diente permanente, (2 caninos e premolares), 3 pacientes presentaron excesiva pérdida ósea (en el maxilar superior 1 parte en la mandíbula 2) quedó un leve defecto vestibular luego de la cirugía en los pacientes que involucraron el maxilar superior.

DISCUSION

La distribución géneros fue igual y coincidió con los hallazgos demás y colaboradores quienes reunieron 32 casos publicados en al tabla 4.

TABLA IV PUBLICACION DE CASOS RELACIONADOS CON DIENTES
PRIMARIOS TRATADOS CON PULPOTOMIAS

AUTOR	AÑO	No. CASOS PUBLICADOS	No. Casos de dientes tratados pulparmente
Shaw et al	1990	13	11
Mass et al	1995	36	4
Wood et al	1988	3	1
Grundy et al	1984	17	17
Hill	1978	16	5
Lustig et al	(Estudio Actual)	18	18

Como se esperaba las edades de laos pacientes estaba entre los 5 y 13 años tiempo en el que predomina la dentición decidua. En nuestro estudio las mujeres eran más jóvenes que los hombres porque las primeras tienden a tener una alta incidencia de caries a temprana edad. En un estudio hubo diferencia estadística entre genero, edad e incidencia de caries.

La prevalencia en la mandíbula y su relación con el desarrollo de quistes en el segundo molar deciduo ha sido resaltado. Dos posibles explicaciones: los molares mandibulares, están asociados con susceptibilidad a caries y este segundo molar está muy asociado con el folículo del permanente por lo tanto facilita la diseminación de la inflamación en comparación con otro diente deciduo.

Los síntomas para el quiste periradicular y dentígeno son iguales, pero difieren con el estudio de la inflamación (agudo- crónico), algunas características de cronicidad son: expansión de la cortical vestibular, aumento facial y formación del tracto sinuoso. En nuestro estudio, el 55% de pacientes tuvo expansión ósea similar en otros estudios, el aumento facial fue experimentado por 4 pacientes y formación del tracto sinuoso en 3 pacientes.

El pequeño número del tracto sinuoso presentado podría ser porque sea zona la cortical ósea es densa.

Algunos quistes fueron detectados durante exámenes de rutina (el 22% de nuestro estudio, el cual es similar de BENN y Altini que reportaron el 20%). Muchos quistes son detectados en afección aguda cuando halla aumento facial, enrojecimiento, dolor, pirexia, presencia de pus.

Hay distintas diferencias radiográficas entre un periradicular y un dentígeno, los periradicales son por lo general uniloculares aunque pueden ser multiloculares, zona radiolúcida bien definida puede estar periradicular o interradicular, el espacio pericoronar del permanente se ve normal con su cortical bien definida .

El dentigero no está bien definido entre la raíz del primario la corona del sucedáneo, es unicar, bien definida radiolúcida en una radiografía oclusal no hay diferencias entre los tipos de quiste con respecto al tamaño y la expansión ósea vestibular.

El área radiolúcida que abarca el permanente tiene bordes más definidos y el retardo del desarrollo de las raíces es un signo patognomónico del daño del germen. En casos severos, la anucleación es el tratamiento ideal. El caso de la dilaceración de un sector ha sido precisamente reportado, un segundo caso está presentando en nuestro estudio la alteración en el patrón de erupción del permanente sobre un diente primario con pulpotomía, también ha sido reportado. En nuestro estudio el retardo en el desarrollo de las raíces se encontró que en el 35.5 de los casos y el germen estaba desplazado apicalmente. Otras características radiográficas que no se reportaron fueron. Desplazamiento del conducto dentario, reabsorción de la pared o cortical de el dentario y reabsorción radicular.

Shaw et al mostró la diferencia entre quiste y dentigero y radicular a nivel histológico analizando la fase aguda o crónica. Los hallazgos de nuestro estudio apoyan este concepto y demuestran que el dx final se debe basar en hallazgos clínicos y radiográficos.

Grundy y colaboradores: registraron el tiempo entre la terapia pulpar y la defeción de la expansión vestibular y este iba de 5 meses a 3 años (promedio 20 meses) en nuestro estudio, los pacientes estaban entre 1.5 y 6 años (un promedio de 3.5 años) que se consideraba amplio.

En el estudio Grundy los pacientes fueron llamados sistemáticamente mientras en el nuestro los pacientes fueron remitidos para dx y tratamiento durante un largo período hasta estar sintomáticos.

Con respecto a las opciones de tratamiento y sus resultados, la literatura es muy rara e inespecífica las opciones de tratamiento incluyen: Extracción del diente primario y preservación del permanente algunos prefieren sólo marsupialización y mientras otros hacen marsupialización y llenan el espacio con gasa para prevenir el temprano cierre de la herida.

En el quiste paradicular donde hay amenaza de daño al germen del permanente, se hace un completo curetaje del alvéolo. En casos donde el permanente está severamente dañado se hace en la enucleación completa del quiste que incluye el germen del permanente. En nuestro estudio el mismo abordaje fue adoptado: extracción del diente primario y preservación del permanente siempre que fuere posible.

La enucleación era la solución si no se comprometía el germen del permanente. Por otra parte la marsupialización también se utilizó pero no fue necesario rellenar la cavidad. En un caso del maxilar superior el tratamiento incluyó la extracción del permanente involucrado y neumatización del quiste del seno.

La comunicación oroantral fue cerrada con colgajo vestibular con antrostomía.

Los pacientes con compromiso sistémico agudo fueron hospitalizados en cinco pacientes se administró antimicrobianos parenterales. Es de aclarar que la severidad sistémica había sido reportada previamente y es posible que otros casos severos requieren hospitalización y tratamiento que por agresivo pero no fueron reportados.

La información respecto del resultado de tratamientos es muy escasa. Algunos investigadores han reportado que la erupción del permanente es muy común, pero nuestros

hallazgos difieren mucho porque de 15 que se hicieron seguimiento, que necesitaron ortodoncia

En casos severos los resultados incluyeron: pérdida del diente permanente y defectos de tejidos blandos y óseos.

De nuevo se sospecha daños a los permanente pero no son comúnmente reportados.

Basados en nuestros resultados, hacemos las siguientes recomendaciones:

1. Los practicantes deberían investigar casos de retardo de exfoliación y expansión de la cortical ósea de molares primarios.
2. Fracazos en terapia pulpar: como rarefacción periradicular, reabsorción radicular, agrandamiento del folículo, deberían ser tratados con extracción y hacer seguimiento hasta la erupción normal del sucedáneo.
3. Los padres deberían recibir más información respecto de efectos adversos de pulpotomía y ser instruidos en cómo reconocer signos y síntomas significativos.

REPORTES

Quistes Odontogénicos

Un acceso Conservador

Los quistes odontogénicos originados del epitelio, están asociados con el órgano del esmalte, de acuerdo con Shear, Hourshed y Cranin, estos quistes pueden crecer a un considerable tamaño, afectando el alineamiento dentario.

La excisión quirúrgica del diente y la lesión quística es aparentemente la forma más racional de tratamiento, cuando el quiste odontogénico está asociado con dientes primarios, permanentes, supernumerarios o terceros molares sin erupcionar.

Desde un punto de vista global por parte del paciente, no sería mejor utilizar una terapéutica capaz de estimular el potencial reparativo de los niños e intentar un acceso conservativo cuando las lesiones comprometen componentes dentales?.

Este artículo propone un tratamiento conservador eficiente y simple de un quiste dentigero que involucra dientes que son importantes para lograr la oclusión balanceada.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Mientras se observa la radiografía un objeto bien delineado, unilocular y radiolucido en el max sup o mandíbula asociada con un diente sin erupcionar. Se puede considerar muchas

posibilidades de diagnóstico incluyendo quistes dentígeros, quiste odontogénicos, calcificado, queratoquiste, tumor odontogénico adamantinoide y el ameloplastoma unilocular. Es importante recordar que el quiste radicular involucra dientes primarios en áreas muy contiguas a premolares llegando a ser una posibilidad más para ser considerada en el diagnóstico diferencial.

Un quiste dentígeno encierra la corona de los dientes sin erupcionar y está ligada al diente hasta la unión cemento esmalte. Esta es la forma más común de un quiste odontogénico y ocurre más frecuentemente asociado con dientes sin erupcionar, la enucleación de la lesión y la remoción del diente involucrado es el tratamiento más comúnmente aceptado, Samir y colaboradores propusieron una técnica de marsupialización teniendo en cuenta el tamaño de la lesión y la condición del diente involucrado. O'NEIL propuso la posibilidad de un dren para liberar la presión del quiste, haciendo más pequeño el tamaño de la lesión por depósitos óseos. Clauser y colaboradores confirmaron la hipótesis, cuando verificaron la proposición de O'NEIL y el diente involucrado en la lesión erupcionó en 6 meses.

Otro quiste odontogénico, el Queratoquiste, resulta de la degeneración del retículo estrellado del órgano del esmalte antes de la mineralización del tejido, y se desarrolla en un diente normal o supernumerario. El queratoquiste en niños menores de 10 años es raro pero cuando aparece, está frecuentemente asociado con el síndrome de Gorlin, caracterizado por múltiples carcinomas de células basales en piel y huesos produciendo anomalías como prognatismo y polidactilia. El líquido del quiste contiene cantidades de queratina y un fluido transparente similar a un suero.

En relación a los tratamientos de los queratoquistes, la literatura ha reportado accesos conservadores cómo la colocación de un dren y la marsupalización de la lesión junto con el germen involucrado.

El quiste odontogénico calcificado se deriva de los restos epiteliales odontogénicos localizados en la encía de la mandíbula o del maxilar superior en un examen radiográfico el dx de este quiste es facilitado por la presencia de cuerpos calcificados o irregulares que ocupan la mayor parte de la lesión, el tratamiento de elección es la excisión quirúrgica de acuerdo con Shear este es un tipo de quiste sumamente raro y generalmente aparece en la segunda década de la vida y por lo general en la región de la premaxila.

El quiste radicular es el más común del maxilar inferior y ha sido clasificado como un quiste inflamatorio, que se origina de los restos epiteliales de Mallases y posterior a un diente necrótico se presenta como resultado de una pulpa no vital y puede llegar a ser necesario hacer la extracción del diente o tratamiento endodóntico este quiste puede ser tratado por marsupialización, descompresión o enucleación. Lustmann y Shear notificaron que después del primer reporte de Turner en 1898 se han reportado 28 casos más de quistes radiculares originados de dientes primarios infectados se han publicado casos adicionales reportando el posible rol de las raíces retenidas de los dientes primarios en la etiología de los quistes en la mandíbula.

Desde los años 20,. Los estudios han rebatido la hipótesis de que los quistes dentigeros que involucran dientes permanentes se han originado de pulpas enfermas de dientes primarios. Bloc – Jorgensen, Azar, Shaw y Bedi creyeron que la constante y persistente inflamación, causa irritación crónica del saco del diente permanente y puede acelerar la formación de un quiste dentígero.

Shear, Lustmann y Shear y Bernick no apoyaron la teoría en donde la inflamación causada por la infección de una pulpa de un diente primario pueda causar la formación de un quiste dentigero. A Bernick le llamó la atención el hecho de que los quistes dentigeros se puedan desarrollar en áreas donde los dientes primarios no están presentes, cómo en los terceros molares.

De acuerdo con Wood y colaboradores se similitud histológica de la cubierta de estos quistes dificulta la diferenciación entre un quiste radicular.

Skinner y colaboradores reportaron en un estudio de 269 lesiones quísticas que el 48% fueron diagnosticados como quistes dentigeros 27.9% quiste radicular.

6% queratoquiste odontogénico.

El quiste dentígero fue el que más prevaleció en los grupos de edades de 1 a 19 años.

De acuerdo con Regezi, el tumor odontogenico adenomatoide (TDA) es otra lesión a tener en cuenta en el dx diferencial de una imagen bien definida, radiolúcida, unilocular asociado a dientes sin erupcionar el TDA aparece más frecuentemente en pacientes entre 5 y 13 años

y muchos casos ocurren en la segunda década de la vida hay una marcada tendencia a involucrar el área de la premaxila radiográficamente observamos: radiolucidez con puntos pequeños y dispersos reflejando también islas de esmalte de tejido tumoral.

El ameloblastoma unilocular muestra un área radiolúcida, circunscrita por lo general se presenta en la segunda y tercera década de la vida, en la mandíbula y está asociado con un tercer molar incluido.

REPORTE DE UN CASO

Un saludable niño de 8 años de edad fue referido a la clínica pediátrica de la Escuela de odontología de la Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil.

El examen clínico mostró pobre higiene oral y aumento de la cortical vestibular del área del diente 75 y no presentaba asimetría facial. El examen radiográfico reveló un área radiolúcida unilocular de 20 mm a nivel apical del diente el cual había sido tratado endodónticamente por otro profesional 2 años antes, el área radiolúcida involucraba el germe del segundo premolar.

El tratamiento se inició con la extracción del 175 usando anestesia local, seguido por la aspiración del quiste el cual era de color citrino, hasta este punto los hallazgos revelaban un quiste dentígero.

Luego de la extracción se colocó un dren en el alvéolo fijado con alambre de ortodoncia y composite en la superficie vestibular del diente adyacente.

El niño y sus padres fueron entrenados para hacer irrigación diaria de solución salina a través del dren por medio de una jeringa y se les explicó la importancia de las visitas continuas para evaluar y observar la disminución de la lesión, no se medicó el niño, solo se prescribió analgésico por la extracción.

Se hizo seguimiento por 2 años, incluyendo exámenes clínicos y radiográficos, prevención con terapias de Flúor, buena higiene oral enseñanza en dieta encaminado a motivar al paciente a cuidar su salud oral.

En un intento por no interferir con el patrón normal de erupción del premolar, el tamaño del dren fue reducido a los 4 meses. Luego de 8 meses de tratamiento, el dren fue removido porque el premolar estaba en una posición satisfactoria.

El alambre de ortodoncia se mantuvo para guardar el espacio del premolar. Debido a la fuerza masticatorias directamente en el tejido gingival donde se suponía erupcionaba el premolar se formó un tejido fibroso denso, dificultando la erupción del premolar, se realizó una incisión en la cicatriz exponiendo la corona del diente, el caso concluyó al año siguiente.

DISCUSIÓN

Es fundamental que el tratamiento no ocasione daños físicos y emocionales que la misma lesión. El acceso general de pacientes invita al profesional a sugerir una terapéutica menos agresiva y procedimientos menos invasivos

La modalidad del tratamiento motivó el cuidado y la buena salud oral del paciente. El niño pareció más motivado después de cada cita.

Un examen histopatológico para confirmar el diagnóstico no fue necesario y se evitó el procedimiento invasivo en el área de la lesión con el soporte de la revisión de la literatura, las características de la lesión, la recidiva de la lesión en los primeros meses. Certifican el diagnóstico histopatológico: quiste dentigero inflamatorio o quiste periopical, el cual no alteraría el plan de tratamiento, si no se hubiera observado ninguna respuesta positiva por la colocación del dren en 40 o 60 días, se reconsideraba el diagnóstico y se haría biopsia.

El seguimiento periódico es fundamental en los casos de dientes primarios tratados endodónticamente por la posibilidad de fracaso terapéutico.

El caso aquí reportado enfatizó la importancia de crear condiciones favorables para el proceso de cicatrización.