

QUISTES DE LOS MAXILARES

Concepto

Cavidad patológica revestida por epitelio con un contenido en su interior que puede ser líquido o semisólido. Por fuera recubierto por una capa de tejido fibroso.

Características generales

Crece fácilmente por un aumento de contenido

Adoptan una forma esférica por la presencia de estructuras vecinas

En los quistes epiteliales el principal promotor del contenido quístico es el epitelio

La pared de los quistes epiteliales está formada por una capa de tejido epitelial y recubierta por una capa de tejido fibroso

Evolución de un quiste

Crece hasta un cierto límite

Tender a una reducción

Mantener su crecimiento y producir graves alteraciones

Originar a expensas de su pared nuevos islotes epiteliales

Clasificación (OMS 2017)

Quistes odontogénicos

- **Inflamatorios**

- **No inflamatorios**

Quistes no odontogénicos (fisurales)

Quistes odontogénicos Inflamatorios

Quiste radicular (apical o periapical)/ residual

Quiste colateral inflamatorio

1-Paradental

2-Mandibular bucal de la bifurcación (paradental juvenil)

Quistes odontogénicos no inflamatorios

Quiste dentígero (folicular)

Quiste gingival

Quiste periodontal lateral/ Q.botrioide

Queratoquiste odontogénico

Quiste glandular (sialodontogénico)

Quiste odontogénico calcificante (Gorlin)

Quiste odontogénico ortoqueratinizado

Quistes no odontogénicos

Quiste nasopalatino

Quiste radicular o apical o periapical

Etiología: granuloma apical (restos de Malassez)

Clínica: pulpa dental no vital, tamaño 0,5 a 1,5 cm de diámetro. Puede haber resorción radicular del diente. Edad 30 a 70 años, asintomáticos, hallazgo radiográfico.

Histopatología: cubierto por epitelio escamoso estratificado e hiperplásico, espongirosis, leucocitos polimorfos nucleares, linfocitos, células plasmáticas, depósitos de colesterol, vasos sanguíneos ingurgitados, células gigantes de cuerpo extraño, hemosiderina, cuerpos hialinos de Rushton

Rx: lesión radiolúcida rodeada de un halo radiopaco

Pronóstico: bueno

Tratamiento: exodoncia y curetaje o endodoncia y apicectomía

Quiste residual

El quiste se forma por la evolución de los restos epiteliales de un granuloma apical que ha quedado en el fondo del alveólo posextracción

Rx: zona radiolúcida que ocupa el lugar del alvéolo

Microscopía, macroscopía y evolución: es similar al quiste radicular

Quiste colateral inflamatorio

Su origen es incierto, relacionado con pericoronaritis recurrente en dientes parcialmente erupcionados, más frecuente a nivel de terceros molares

Quiste paradental: más frecuente a nivel a terceros molares

Quiste mandibular bucal bifurcado: por vestibular de molares temporarios, se origina en relación a segundos molares temporales con tratamientos parciales de endodoncia y que desarrollan un proceso inflamatorio periapical que se extiende hasta el saco folicular del premolar subyacente, en relación al cual se desarrolla la lesión quística.

Histopatología: cápsula de tejido fibroso con infiltrado inflamatorio severo, revestida por epitelio escamoso estratificado no queratinizado

Rx: lesión unilocular, radiolúcida, bien definida, similar a una lesión periapical

Quistes odontogénicos no inflamatorios

Quiste dentígero (folicular)

Debe relacionarse con la corona de un diente en desarrollo o sin erupcionar. El quiste está adherido en la región cervical del diente. Se produce acumulación de líquido entre el órgano del esmalte remanente y la corona subyacente.

Localización: 3º molar inferior y canino superior

Edad: 20 a 40 años

Clínica: asintomático, expansión de tablas, la erupción tardía llama la atención

Histopatología: el epitelio es de tipo malpighiano. El conectivo es denso con infiltraciones de tejido inflamatorio crónico

Rx: lesión radiolúcida unilocular que se relaciona con la corona de un diente que aún no erupciona, a veces resorción radicular de los dientes vecinos. La corona bien formada y la raíz abortiva

Tratamiento: extirpación quirúrgica

Pronóstico: Bueno. Control por posible transformación en ameloblastoma, tumor odontogénico adenomatoide, carcinoma epidermoide.

Quiste gingival

-Quiste gingival del adulto

Rara vez mide más de 1cm, pueden ser únicos o múltiples, se originan a partir de la lámina dental, no dan cambios radiográficos, recubiertos por epitelio que no tienen más de 3 capas de células y pueden tener queratinización.

-Quiste gingival del recién nacido

También llamado quiste de la lámina dental o nódulos de Bohn, múltiples nódulos en el reborde alveolar de los recién nacidos. Involucionan antes de los tres meses de vida.

Histología: contiene restos de queratina y está cubierto por epitelio delgado de 2 a 3 capas de células

Quiste periodontal lateral

Se ubica lateralmente o entre las raíces de piezas dentarias vitales y que se origina de remanentes epiteliales odontogénicos, pero no como resultado de un estímulo inflamatorio.

El quiste odontogénico botrioide es la variante multilocular del periodontal lateral

Localización: PM, C, I inferior y superior

Edad: después de los 30 años

Rx: zona radiolúcida bien delimitada, redonda en forma de gota, a lo largo de la superficie lateral de la raíz

Histología: revestimiento epitelial delgado no queratinizado. Racimos de células claras como engrosamientos nodulares dentro del revestimiento del quiste

Tratamiento y pronóstico:

Extirpación quirúrgica, poca recidiva

Queratoquiste odontogénico

Origen: restos epiteliales de la lámina dentaria. Crecimiento relacionado con factores desconocidos. Deriva de la transformación quística de todo un germen.

Edad: 20 a 30 años

Ubicación: mandíbula (cuerpo posterior, rama)

Clínica: Asintomático si es pequeño. Descartar síndrome del carcinoma nevoide de células basales, si se observa en niños queratoquistes odontogénicos múltiples.

Rx: radiolúcida, bien circunscripto, bordes radiopacos delgados, uni o multilocular, adyacentes a la corona de un diente sin erupcionar, producen expansión ósea.

Histología: el epitelio es malpighiano con queratinización y un tejido conectivo denso sin procesos inflamatorios. El estrato superficial es corrugado, uniforme, delgado. Gran cantidad de queratina

Quiste glandular o sialodontogénico

Clínica: lesión poco frecuente, puede afectar a todo el cuerpo de la mandíbula, es muy agresivo y recidivante

Etiología: deriva de la lámina dental

Rx: lesión radiolúcida uni o multilocular

Histología: epitelio plano estratificado con abundantes células secretoras de moco. Aspecto glandular o pseudoglandular, con conductos o microquistes intraepiteliales

Quiste odontogénico calcificante (Quiste de Gorlin)

Su revestimiento epitelial se asemeja a un ameloblastoma en algunas áreas

Clínica: más frecuente en menores de 40 años, ambos sexos. El 70% de los casos se presenta en región anterior del maxilar superior. Se origina de los restos de la lámina dental.

Histopatología: epitelio ameloblastomatoso con células fantasmas que pueden derivar en una mineralización anormal, produciendo calcificaciones distróficas basófilas.

Rx: lesión radiolúcida uni o multilocular, con márgenes bien delimitados, aunque puede en ocasiones presentar un patrón mixto con ciertas radiopacidades

Quiste odontogénico ortoqueratinizado

Clínica: se origina de restos de la lámina dental, es una variante del queratoquiste. No asociado a síndromes, entidad solitaria, se presenta con mayor frecuencia en hombres, edad entre 20 y 40 años. Localización más

frecuente en zona posterior del maxilar inferior. Asintomático en la mayoría de los pacientes, lesiones de 1 a 7 cm.

Rx: lesión radiolúcida, generalmente unilocular, diagnóstico diferencial con quiste dentífero

Histopatología: pared fibrosa revestida por epitelio escamoso estratificado ortoqueratinizado con prominentes capas de células granulares, la superficie no es corrugada

Quiste no odontogénico

Quiste nasopalatino

Etiología: por trastornos en la unión de los procesos palatinos del maxilar, cuando toman contacto con la premaxila

Clínica: tumoración simétrica (región anterior línea media del paladar). Asintomático, edad de 40 a 60 años.

Rx: radiolúcido con bordes definidos puede producir divergencia de las raíces de los IS, a veces resorción externa de las raíces. La espina nasal anterior se sobrepone y produce una lesión en forma de corazón.

Histología: por su localización encontramos una diversidad de epitelios recubriendo el quiste desde escamoso estratificado a cuboidal y columnar pseudoestratificado

Tratamiento: quirúrgico. Poca recidiva