

*Universidad Michoacana de  
San Nicolás de Hidalgo*



**CASOS MAS FRECUENTES DE TUMORES  
OSEOS DE LOS MAXILARES**

*Ma. de la Luz Vargas Pineda*

Morelia, Mich., 1975

*Universidad Michoacana de  
San Nicolás de Hidalgo*

**Facultad de Odontología**



**CASOS MAS FRECUENTES DE TUMORES  
OSEOS DE LOS MAXILARES**

**TESIS**

Que para obtener el Título de  
**Cirujano Dentista**

Presenta:

*Ma. de la Luz Vargas Paredes*

**Director: Dr. Eduardo Plaza Pérez**

**Morelia, Mich., 1975**

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

a mis queridos padres:

señor fraylán vargas artiz

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

4

maría del carmen purecka de vargas

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

a la Universidad michoacana de san nicolás  
de Hidalgo

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

a la facultad de Odontología

al doctor eduardo plaza perez

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

*al doctor j. guillermo regalada arauja*

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

*a carla arredanda morena*  
Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

*a mis maestras*

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

*a mis compañeras y amigos*

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

**CONTENIDO :**

<b>CAPITULO I.-</b>	<b>INTRODUCCION</b>
<b>CAPITULO II.-</b>	<b>CLASIFICACION DE LOS TUMORES OSEOS EN GENERAL</b>
<b>CAPITULO III .</b>	<b>OSTEOMA</b>
<b>CAPITULO IV.-</b>	<b>SARCOMA OSTEOGENICO</b>
<b>CAPITULO V.</b>	<b>QUISTE DENTIGERO</b>
<b>CAPITULO VI.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>
<b>CAPITULO VII.-</b>	<b>BLIBLIOGRAFIA</b>

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## **CAPITULO I**

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## INTRODUCCION

No he tenido necesidad de tocar las puertas de esta Facultad para entrar en ella, por una sola y fundamental razón, porque yo nunca he salido de aquí. Me he alejado pero no me he desprendido; mis raíces intelectuales, cívicas, morales, todas se han formado en esta Universidad

No creo ser tampoco el hijo que se ausenta y que regresa tiempo después añorando su primitivo hogar.

Yo caminé también por estos corredores en los años que duraron mis estudios, aquí me inicié, y aquí ahora me encuentro nuevamente para poner a la consideración de ustedes este trabajo plagado de múltiples errores invocando en ello a la benevolencia que caracteriza al maestro que ha de juzgar a su discípulo.

Ved en este trabajo el principio de una obra que promete desarrollar notablemente, durante el ejercicio de mi vida profesional, para llevar dignamente el título al que hoy aspiro.

LA SUSTENTANTE

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## **CAPITULO II**

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

# Clasificación de los Tumores Oseos en General

## TUMORES PRIMITIVOS DEL HUESO MAXILAR

a) — Tumores derivados del tejido óseo	Osteoma Osteoma-osteóide	Osteosarcoma
b) — Tumores derivados del tejido cartilaginoso	Condroma Econdroma Encondroma	Condrosarcoma
c) — Tumores derivados de tejido fibroso	Fibroma Tumor gigante celular y periféricos (épuhis) Granuloma gigante celular	Fibrosarcoma Sarcoma gigante celular Centrales Periféricos
d) — Tumores derivados de tejido adiposo	Lipoma	Liposarcoma
e) — Tumores derivados de Tejido vascular	Angioma Quiste aneurismático	Angiosarcoma
f) — Tumores derivados de tejido mesenquimal indiferenciado	Mixoma y sus variantes histológicas	Mixosarcoma
g) — Tumores derivados de tejido nervioso	Schwanoma Neurofibroma	Neurosarcoma
h) — Tumores derivados de reticuloendotelial		Reticulosarcoma Tumor de Ewing Plasmocitoma
I) — Tumores derivados de inclusión epitelial		Epiteliomas Linfosarcomas
II) — Displasias osteofibrosas del hueso maxilar, según Jaffe y Lichtenstein		
III) — Neoformaciones quísticas de origen dentario		Solitario Fistural Dermoides Epidermoides

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## **CAPITULO III**

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## O S T E O M A

Los tumores benignos de la cavidad oral, se encuentran con relativa frecuencia y pueden estar situados en los tejidos duros como en los blandos.

Los que se localizan en los tejidos duros, pueden originarse lo mismo en el hueso que en las estructuras odontogénicas.

Los tumores benignos tienen un interés especial por muchas razones, entre las cuales se incluye la posibilidad de que se vuelvan malignos, también tiene importancia la afección de los tejidos normales que se encuentran alrededor del tumor y que pueden resultar destruidos, así podemos observar la destrucción que tiene lugar en los huesos en casos de lesiones benignas de mandíbulas o maxilar y que por el adelgazamiento que producen, pueden ser causa de una fractura patológica.

Por esta razón, la masticación y la respiración pueden verse comprometidas con el tamaño y localización del tumor.

## **GENERALIDADES:**

Los huesos maxilares son considerados como asiento de neoplásias de muy distinta categoría, unos son los mismos tumores que se desarrollan en cualquier hueso, otros son tumores específicos de los maxilares.

Dos son, pues, las clases de tumores de los maxilares: los que no están en relación con los dientes y los que tienen íntima relación con este órgano, es decir, Tumores comunes de los huesos y tumores de origen dentario.

Estos neoplasmas pueden tener su punto de partida en el mismo tejido óseo de los maxilares o tienen origen en las partes blandas que los rodean y los recubren, adquiriendo de esta manera las características y las modalidades propias de los tejidos que los originan, pudiendo adquirir dos formas clínicas: Benignos o Malignos, según el tipo tisular del cual dependen.

Se denominan Osteomas a los tumores formados por tejido óseo, estos tumores asientan en ambos maxilares; pueden ubicarse en la cara externa del maxilar superior o en la interna y externa del inferior, en el ángulo de la mandíbula, seno maxilar, suelo de la órbita y en la bóveda palatina donde forman una entidad llamada Torus Palatinus.

En general los osteomas de los maxilares adquieren dos tipos: Centrales (enostosis) y Periféricos (exostosis), que frecuentemente están unidos a la arcada mediante un pedículo, aunque pueden también ser sésil, es de lento crecimiento y puede alcanzar gran tamaño, pudiendo aparecer en cualquier lugar de los huesos faciales y causar deformidades.

Los osteomas de la cabeza del cóndilo, pueden causar considerables dificultades. Se han descrito también osteomas múltiples de los huesos faciales del cráneo.

## **HISTOLOGICAMENTE:**

Existe un nido central de hueso calcificado, muy denso, rodeado de hueso compacto, que es el llamado Osteoma duro. Algunos osteomas están rodeados de una cápsula densa de tejido conectivo fibroso.

## **SINTOMATOLOGIA:**

Estos tumores crecen con suma lentitud, pudiendo adquirir tamaños diversos. Se caracterizan por un aumento de volumen de la región donde asientan, es una tumoración indolora, que no presenta signo clínico aparente pero que sí produce las molestias consiguientes a la fonación y a la masticación. El pronóstico de los osteomas es benigno, siempre y cuando no esté comprometiendo elementos vitales.

Si el hueso en su totalidad se encuentra aumentando de volumen la afección resultante se denomina hiperostosis.

## TRATAMIENTO:

El adecuado tratamiento de ellos es la extirpación quirúrgica. Los que están unidos al maxilar, cigoma y mandíbula pueden ser extirpados por vía intraoral.

La anestesia es la base de toda buena intervención quirúrgica, en el caso particular del osteoma, operación larga y laboriosa la mayor parte de las veces exige una anestesia perfecta para poder lograr los tiempos operatorios con el máximo de comodidad para el paciente y el cirujano.

Puede emplearse local o exclusivamente o bien anestesia general.

Se incide la mucosa y se refleja el colgajo mucoperióstico y se exterioriza el tumor. Si la lesión es pedunculada la intervención es sencilla, seccionando el tallo con martillo y cincel.

El tipo sésil se elimina mediante la técnica del afeitado empleando el martillo o fresa quirúrgica.

La zona de intervención se alisa con limas de hueso y el mucoperiostio se sutura con seda negra del número 3.

La eliminación de un osteoma situado en la cabeza del cóndilo ofrece gran dificultad. Según el tamaño de la lesión se intervendrá a través de una incisión submandibular (incisión de Ridson), a través de una incisión preauricular.

Los tumores más grandes se intervienen más adecuadamente por vía submandibular. Ahora bien, si se elige la vía pre-auricular se practicará una incisión de tres cms. junto a la oreja, diseccionando a través del tejido subcutáneo hasta localizar el osteoma. Se separan todos los tejidos superficiales para dejar el tumor a la vista del cuello de cóndilo, se separa por debajo del cuello de la lesión, con una fresa quirúrgica, para facilitar la separación. Debido a la proximidad del oído se ha de evitar la lesión del nervio facial, por lo que se ha de evitar que este nervio quede incluido con los tejidos reflejados.

A consecuencia de ello cabe que se produzca un debilitamiento temporal del VIII par. Para asegurar la hemostasia se practicarán pinzamientos y ligaduras realizando la sutura por capas.

Si empleamos la vía submandibular haremos una incisión de 4 a 5 cms. a partir de un punto situado a 2 cms. por delante del ángulo de la mandíbula, rodeando este ángulo hasta otro punto situado aproximadamente 2 cms. por detrás del borde posterior de la rama ascendente de la mandíbula. La incisión debe transcurrir por lo menos a 2 cms. por debajo del borde inferior del cuerpo y rama ascendente mandibular con el fin de evitar el VII par craneal.

Se hace la disección a través de la piel, tejido celular subcutáneo y fibras musculares hasta alcanzar el borde de la arcada. Se incide el periostio y se separa el músculo masetero reflejándolo lateralmente, de modo que la rama ascendente quede libre y el osteoma claramente visible. Se secciona el cuello del cóndilo con una fresa quirúrgica y el osteoma se libera con un periostótomo. El tumor puede entonces ser eliminado directamente a través de la incisión practicada. La hemostasia se practicará de la forma usual. El masetero se coloca en su posición primitiva y se sutura.

El cierre y sutura se realizarán por capas, suturándose finalmente la piel con finas ligaduras.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

**CAPITULO IV**

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## SARCOMA OSTEOGENICO

En general, un Sarcoma Osteogénico puede ser definido como un Sarcoma de tejido conjuntivo especializado que forma osteoide neoplásico y tejido óseo, en el curso de su evolución. El osteoide y el tejido óseo provienen directamente de tejido conjuntivo sarcomatoso, pero en áreas tumorales de crecimiento rápido también puede ser formado por medio de un estado intermedio condroide o cartilaginoso, y que si se originan en las células óseas embrinarias o hueso primario, las cuales cuando están completamente diferenciadas, se conocen como osteoblastos.

PHEMISTER opina que los Sarcomas óseos que consisten en gran parte de cartilago deben considerarse como condrosarcomas, ya que éste se desarrolla directamente en cartilago y es esencialmente tumor maligno de cartilago. Mientras que JAFFE opina que en áreas tumorales de crecimiento rápido sí puede ser formado por medio de un estado condroide o cartilaginoso.

La variación en la osificación de los sarcomas osteogénicos es variable, ya que algunos muestran relativamente poca y otros gran cantidad de osteogénesis.

Un sarcoma osteogénico de hueso puede iniciar su desarrollo:

- 1.—En el interior de un hueso afectado.
- 2.—En la superficie ósea en relación con el periostio y tejido paraóseo vecino.

Sin embargo, cuando se habla de sarcoma osteogénico de hueso generalmente es en la primera forma en la que se piensa y que es la más común, o sea, "en el interior de un hueso afectado".

En la delimitación del sarcoma osteogénico de hueso, es conveniente observar que un sarcoma maligno de tejido conjuntivo, que ocurre en un hueso y no da signo de osteogénesis debe ser interpretado como un fibrosarcoma de hueso más que un sarcoma osteogénico.

### CONSIDERACIONES CLINICAS:

**FRECUENCIA:** El sarcoma osteogénico es el más frecuente de los tumores malignos

primarios de hueso, en lo que se refiere al sexo de los pacientes, los hombres parecen ser más afectados que las mujeres en proporción de dos a uno y en cuanto a la edad, aproximadamente tres cuartas partes de los pacientes, se encuentran entre 10 y 25 años, algunos abajo de 10, pocos de 5, ocasionalmente en personas entre 50 y 60 años.

## LOCALIZACION:

Los sarcomas osteogénicos se desarrollan en todos los huesos. CODMAN (1926) da cifras respecto a estos tumores: la mitad de ellos tienen lugar en el fémur, un cuarto en la tibia y el resto en los demás huesos.

En lo que respecta a los maxilares, estos tumores se desarrollan en ambos, siendo mayor el porcentaje en el superior. Y el porcentaje del lugar donde asientan es el siguiente: bode alveolar, 50%, paladar, 25%, seno maxilar, 25%.

SEBILEAU: Clasifica los tumores del maxilar superior en tumores de la mesosuperestructura y tumores de la infraestructura. Los primeros se desarrollan profundamente y sólo son diagnosticados en los últimos períodos de

su evaluación, en cambio los sarcomas de la infraestructura se exteriorizan prontamente y su diagnóstico puede ser precoz.

## SINTOMAS CLINICOS Y HALLAZGOS:

El sarcoma es un tumor que se desarrolla insidiosamente, pocas veces presenta signos clínicos precoces que permitan su diagnóstico.

El síntoma más importante y casi siempre el inicial en casos de sarcoma osteogénico, es el dolor local que muchas veces se disfraza de procesos dentarios, y el cual está siempre presente. Entre los sarcomas de maxilar superior, el dolor se extiende hacia el ojo, la arcada dentaria, el ala de la nariz. El dolor se exagera por las noches y llega a ser de una intensidad extraordinaria. El paciente atribuye a los dientes la causa de este dolor y en procura de alivio son extraídas las piezas dentarias.

En los sarcomas de maxilar inferior el dolor existe siempre; cuando el proceso invade el conducto dentario, suele hacerse insoportable.

El dolor puede ser causado por tensión del periostio sobre el tumor que crece o por presión directa sobre los troncos nerviosos.

Otros de los síntomas admitidos son:

La fiebre es un síntoma común en el caso de sarcomas, pero en algunos casos como lo sostiene EWING, la fiebre se debe a intoxicación específica y no por infección. La masa tumoral local, visible o palpable, puede ser grande o pequeña. Su firmeza varía de acuerdo con la intensidad de la osificación. En cualquier caso se encuentra muy sensible a la presión. La piel subyacente algunas veces se siente anormalmente caliente, en especial cuando la masa tumoral es grande y relativamente blanda.

La zona donde asienta el proceso aumenta de volumen con suma rapidez. Las facies del paciente adquieren así aspectos grotescos; el ojo se proyecta hacia afuera de la órbita, la nariz, el labio y las partes vecinas se desvían hacia lugares insospechados, mientras tanto el síntoma dolor domina el cuadro. Los dientes se aflojan por destrucción del proceso óseo; en los alvéolos deshabitados aparece un tejido de nueva formación y de color gris rosáceo, sangrante y maloliente. Los tejidos vecinos y la misma masa tumoral por insuficiente irrigación, se necrosan y se inicia una supuración interminable que fluye por los alvéolos y por las fosas nasales. El seno maxilar es prontamente invadido por la tumoración; hemorragias de distinta intensidad y gravedad variable, tienen lugar por vía nasal o por los mismos alvéolos.

Esta hemorragia puede deberse a vasos sanguíneos importantes destruidos por el proceso; en tal caso es de gravedad inusitada y puede terminar con la vida del paciente.

Los ganglios linfáticos no son invadidos sino en los últimos períodos del sarcoma o son asiento de adenitis, debida a la infección del proceso. La extensión y generalización del sarcoma se hace por vía sanguínea, en tal caso la metástasis en otros órganos es frecuente. El estado general se encuentra seriamente perturbado y la caquexia termina con la vida del paciente.

Es muy importante el diagnóstico precoz de estos procesos, cuya gravedad ya ha sido señalada, por iniciarse, como ya fue dicho, como procesos dentarios, con dolores pulpares y periodónticos en los dientes de la arcada donde asientan, es necesario dilucidar el factor dentario y darle la importancia que merece el síntoma dolor.

#### **HALLAZGOS:**

#### **FOSFATASA ALCALINA SERICA:**

El único hallazgo anormal en la química sanguínea es un aumento en la cifra de fosfatasa alcalina, y tal aumento puede o no estar presente en el inicio de los síntomas. Por lo común aun cuando se encuentren valores aumentados, no son muy altos, generalmente no más del doble de lo normal. En los casos en que los valores iniciales de la fosfatasa sérica son significativamente altos, caen bruscamente después de la intervención. Y si aparecen metástasis tiende a ser elevado también. Finalmente, en los casos en que la fosfatasa es muy alta al inicio, el curso clínico tiende a ser rápidamente fatal.

## **EL ANTECEDENTE TRAUMATICO:**

El traumatismo ha sido invocado por todos los autores como la causa que origina estas afecciones. En los sarcomas de otras regiones parece que tal factor es dudoso. Aun cuando algunos autores afirman que en los sarcomas de los huesos largos el traumatismo es seguido en plazos diferentes por el tumor, parece obvio que si el trauma (de cualquier hueso) fuera un factor importante en la génesis del sarcoma osteogénico, debiera ser común en presencia de fracturas. Aunque hay informes ocasionales de tal hecho, estos no se sostienen bajo un análisis crítico, porque nunca se ha visto un caso inequívoco en el que se halla desarrollado un sarcoma osteogénico en el sitio de fractura de un hueso normal.

Por otra parte, otros autores afirman que en los maxilares el factor irritación puede estar dado por procesos dentarios crónicos, focos osteomielíticos y traumatismos (Sarcoma a continuación de una fractura, sarcoma desarrollado en el lugar de un aplastamiento en el maxilar superior).

## **EVOLUCION:**

En los casos de recidivancia, ésta es local en la mayoría de los casos.

Las metástasis linfáticas regionales y pulmonares o metástasis a distancia no son frecuentes y sin embargo cuando ocurren, es principalmente, si no en forma exclusiva, por vía hematogéna.

Los sarcomas de maxilar inferior tienen mejor pronóstico que los de maxilar superior. Tiene gran importancia para el tratamiento de estos tumores una exéresis local amplia y radical. Aunque estas neoplasias son menos favorables para la exéresis que las localizadas en las extremidades, su grado histológico suele ser menor. Las metástasis linfáticas son raras y no está indicada una disección profiláctica de los ganglios. La irradiación influye poco o nada en su crecimiento.

## **EXAMEN RADIOGRAFICO:**

El examen radiográfico de la lesión, permite hacer, en forma prácticamente inequívoca, el diagnóstico preoperatorio de sarcoma osteogénico. En tales casos, generalmente hay calcificación extensa y pronunciada y osificación de tejido tumoral. En estos pacientes, las sombras producidas por el área ósea afectada y por cualquier tejido tumoral que hubiera rebasado los límites propios de hueso, son densamente radioopacas.

Ocasionalmente el área de radioopacidad no atraviesa la corteza, aunque la sombra de ésta puede superponerse en algunos sitios, con la sombra del tumor en el interior del hueso.

A menudo, sin embargo, la radiografía muestra que la corteza ha sido rebasada cuando menos en una extensión limitada. En esta región la sombra de la corteza se difumina, aunque su límite original casi siempre puede ser dilucidado. Sobre este límite, la sombra dada por el tejido tumoral calcificante y osificante que se ha extendido por debajo y a través del periostio o la dada por cualquier hueso neoforado (no tumoral) que irrite al periostio, se sobrepone al límite cortical normal. Y la sombra que rebasa los límites de la corteza en la zona afectada varía ampliamente en cuanto a tamaño, extensión y densidad. En general mientras mayor es el tumor intraseo la sombra extracortical es más notable. Esta sombra ocasionalmente puede mostrar estrías transversales o radiadas bajo el aspecto de "salidas en sol" o en "abanico", esta imagen se debe a la disposición radiada de hueso neoforado.

En resumen, el sarcoma osteogénico en la mayor parte de los casos es relativamente fácil de diagnosticar sobre bases radiológicas.

#### **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:**

Los problemas de diagnóstico diferencial son fundamentalmente los de distinguir entre:

- 1).—Fibrosarcoma
- 2).—Condrosarcoma
- 3).—Displasia Fibrosa
- 4).—Granuloma de células gigantes.

- 1).—El fibrosarcoma es un tumor fibroblástico maligno primariamente.
- 2).—El condrosarcoma es un tumor compuesto enteramente de cartilago maligno.

En ninguno de los dos hay osteoide maligno.

- 3).—La displasia puede ser celular y superficialmente semejar al sarcoma osteogénico, pero hay ausencia de anaplasia nuclear.

#### **PRONOSTICO Y TRATAMIENTO:**

Estos tumores requieren la resección del hemimaxilar donde asientan. Aún así, los éxitos operatorios son relativos. La recidiva y la metástasis, atributos esenciales de estos tumores, se presentan en tiempo variable, pero nunca largo.

La radio y la radiumterapia no tienen éxito en los sarcomas de maxilar.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## **CAPITULO V**

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## QUISTE DENTIGERO:

### CLASIFICACION:

De origen dental:

Periodontales:

Dentoperiostal  
Dentorradicular  
Periapical  
Lateral  
Residual

Dentigeros o Foliculares:

Odontoma  
De erupcion

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Y, con esta revisión de las clasificaciones, que parece ser de las más aceptables dentro de las múltiples variantes que existen, según los diversos autores, se puede iniciar el estudio de los Quistes Foliculares de la siguiente manera:

Quistes foliculares, Dentígeros, Dentíferos, Coronarios, Embrionarios, etc., cuya sinonimia es variada, se pueden definir diciendo:

ES UN TUMOR LIQUIDO DE LOS MAXILARES, EN RELACION SIEMPRE CON UN DIENTE RETENIDO, EN CUYO INTERIOR SE ENCUENTRA LA CORONA DE DICHO DIENTE, QUE SE SUELE ORIGINAR EN EPOCA DE EVOLUCION DENTARIA Y PRIMEROS ESTADIOS DE LA VIDA.

Es un tumor de consistencia más o menos blanda, de un espesor variable con una pared conjuntivo-epitelial, muy análoga a la de los Quistes Paradentarios; de tal forma esto es así, que para los histopatólogos es difícil a veces realizar un diagnóstico diferencial, si no se acompaña con la pieza operatoria, algunos antecedentes clínicos.

Sus características primordiales son iguales en todos ellos: es, pues, una bolsa o receptáculo sin abertura al exterior que tiende a crecer poco a poco, con aumento de volumen, aumento que resulta de interés, por los motivos que le justifiquen.

¿A qué se debe el aumento de volumen? Autores diversos lo plantean de la siguiente forma, pero los más aceptados, parece ser se deben a las propiedades de sus elementos celulares, pues hay quienes atribuyan a los tejidos quísticos actividades de crecimiento y a la colessterina presente en muchos de ellos, le consideran de un poder cancerígeno, lleva a su epitelio un desarrollo proliferativo.

Estas opiniones no lo parecen justificar de tal manera, aunque existan quistes en los cuales existan proliferaciones epiteliales. Pues sabemos que el quiste crece cuando se encuentra cerrada su membrana, sin solución de continuidad con el exterior, y que involuciona cuando se abre, recidivando cuando se vuelve a cerrar. Esto de por sí nos habla en contra de los procesos autónomos de crecimiento, puesto que entonces, debería crecer después de su apertura.

De todas formas, conceptos posteriores señalan el crecimiento en relación con el contenido, lo que parece muy lógico.

Los quistes en su evolución, destruyen su epitelio, el cual envejece, y son estos elementos de su propia pared, los que caen en su interior, dando un aumento progresivo del contenido quístico, en sustancias con actividad osmótica, que estimulan al restablecimiento de un estado de equilibrio, el cual se produce porque continuamente pasan a la región del concentrado contenido quístico, líquidos trasusados de los tejidos vecinos, sumándose la colessterina como agente del crecimiento.

Desde el punto de vista patogénico el quiste folicular es de origen variado y discutido. Al respecto existen algunas teorías, de las cuales la más sobresaliente es:

### **BROCA Y MAGNIGOT:**

Según éstos, el quiste folicular sería el resultado de una dismorfogénesis del germen del diente, comprendiendo que su imagen varíe en dependencia con el momento en que se produjo el trastorno, con un período del quiste adentado cuando han sido interesados los estados precoces del desarrollo del diente (período embrioplástico), a trastornos más tardíos, donde se encuentran masas de dentina y cemento (período odontoplástico) hasta encontrarse en el período coronal, como contenido del quiste, la corona en desarrollo y totalmente desarrollada.

Existen por lo menos 5 teorías diferentes para llegar al descubrimiento cierto del origen del quiste, y dentro de la literatura que se conoce al respecto, parece ser que la más real es la que hemos mencionado.

Es decir que se trata de un tumor formado por una bolsa o receptáculo, con tejido conjuntivo-epitelial, en cuyo interior se encuentra la corona de un diente normal o supernumerario.

### **HISTOPATOLOGIA:**

Se parece a la de todos los quistes paradentarios, aunque estos se diferencian porque en su cápsula se encuentran siempre focos de infiltración abundantes y pequeños.

Los foliculares contienen en su interior un líquido, con variación de color, bacteriología y consistencia, líquido que puede ser cetrino, lechoso o hemático, conteniendo a veces cristales de colesterolina.

Estos quistes foliculares son más raros de encontrar que los paradentarios y suelen manifestarse en edades que oscilan de los 12 a los 16 años y después de los 20 en relación con los molares de juicio.

### **LOCALIZACION:**

La estadística correcta depende los hallazgos clínicos, y éstos parecen ser más frecuentes en el maxilar superior que en la mandíbula, ya que su porcentaje está en relación íntima y directa con los dientes que presentan mayor retención.

## CLINICA Y EVOLUCION:

Son tumores que en ambos maxilares se desarrollan con semejantes características, evolucionando hacia la tabla externa los superiores, excepción de los caninos en liberación palatina que producen abombamiento de éste.

En la mandíbula se desarrollan a expensas de las dos tablas y en el 3er. molar se suelen expandir hacia la rama ascendente, llegando a veces al cóndilo y apófisis coronoides produciendo cuadros secundarios a veces graves, sobre todo cuando afecta la articulación.

En su desarrollo y evolución dan origen a una serie de manifestaciones, acción mecánica de los dientes vecinos, con desviación de ellos, mortificaciones pulpares, teniendo en cuenta órganos y cavidades vecinas, afectan igualmente al seno maxilar con invasión total de éste, para seguir progresando hasta llegar al suelo orbitario con el consiguiente exoftalmos, en la mandíbula llegan a la comprensión o afección del paquete vasculonervioso, con su consiguiente sintomatología de neuralgias y fenómenos atróficos.

Como una consecuencia de estudios realizados anteriormente, y en la revisión de numerosos trabajos, surge la interrogante de un fenómeno ¿puede existir o existen modificaciones estructurales con la consiguiente malignización de estos quistes? La mayoría de los autores lo confirma o lo hace comprender; se habla de metaplasia malpighiana de tipo canceroso frecuente, y aunque su modificación es rara, sí puede un quiste dar lugar a cáncer de boca, se citan casos no solo de quiste sino de piezas retenidas o impactadas, que con la presencia del saco dentario ha desarrollado un cáncer en cara.

## SINTOMATOLOGIA:

En estos quistes existen varios períodos englobados, en uno intramaxilar y otro extramaxilar. El primero suele ser asintomático, aunque a veces produce dolores irradiados, desviaciones y deformidades, con desaparición de surcos faciales, abombamiento palatino, defectos de conformación, disfagias, pero por lo general es un período silencioso, indoloro, asintomático, pero a medida que crece y se expande, este período cambia bruscamente cuando existen causas infecciosas donde los dolores se intensifican, irradian en diferentes direcciones, el estado general se afecta, con todos los síntomas de un proceso infeccioso agudo (fiebre, mal estado general, etc.) adelgazamiento de la pared ósea, crepitación, fluctuación, hasta llegar a la supuración con fistulización, a veces en número variable de donde emana pus fétido, la fistulización no siempre va acompañada de fenómenos dolorosos, suele ser vestibular generalmente, lo cual debe ser aprovechado para ser explorado con sondas, procedimiento diagnóstico de valor, porque se puede a través de ella tocar un cuerpo duro, liso, con caracteres dentarios, esto unido a otros signos clínicos da derecho a afirmar

"QUE NO EXISTE UN QUISTE DENTIGERO SIN DIENTE RETENIDO".

## DIAGNOSTICO:

Este se hace por los signos clínicos de crepitación, fluctuación, renitencia o deformidad local o facial, persistencia de un diente temporario, ausencia del retenido.

Todo esto ayudado por la radiografía, la cual es esencial e indispensable, ya que en ella podemos conocer la situación, volumen, relación con órganos vecinos, todo esto no valiéndose sólo de una radiografía, sino las necesarias, como confirmación de un diagnóstico y sobre todo si se sospecha en determinada zona de la cavidad bucal proceso patológico anormal, es conveniente de rutina hacer estudio radiográfico de todas las piezas dentarias.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## TRATAMIENTO:

Como en todo caso clínico de cualquier especialidad médico-quirúrgica, se debe empezar como primera medida las indicaciones operatorias, y aquí en particular va en función del carácter evolutivo, al aumento de volumen, a la deformidad y relaciones estructurales, ya que se pueden arriesgar cavidades naturales, con formaciones fistulares, que pueden avocar a comunicaciones patológicas y aunque no frecuente a fracturas espontáneas, en el período infeccioso puede originar osteítis, osteomielitis y supuraciones de partes blandas y aunque muy excepcional de infecciones a distancia.

Se conoce una observación hecha por DECHAUME Y WIDERKER concerniente a un estado septicémico creado por un quiste dentífero que se puede considerar como patógeno no sólo local sino producir campos de perturbación focal.

Con esto se justifica plenamente el tratamiento adecuado, para solucionar cuanto antes el problema clínico planteado.

Vamos a hacer referencia a un tratamiento que ha sido historia, postergado por ese impulso maravilloso que los científicos van alcanzando para ir simplificando los hechos y conducir a éxitos rotundos que años atrás parecían una quimera.

Las técnicas son muchas y variadas, pero la más aceptable, como ya dijimos, es el Tratamiento Quirúrgico Radical, por ser más práctico y seguro, llevados por una buena preparación preoperatoria del enfermo, siguiendo esta pauta:

Historia clínica, estudio del estado general del enfermo, análisis de sangre lo más completo posible, recuento, fórmula, tiempo de coagulación y hemorragia, protrombinas, valor globular, retracción del coágulo, glucemia y el estudio radiológico.

En el orden local: ver el diente causal, relaciones con los dientes vecinos, si éstos están o no afectados, relaciones con elementos anatómicos cercanos (fosas nasales, senos maxilares), etc., nervio dentario inferior, tablas óseas, adherencias más o menos grandes del quiste con las partes blandas. Se debe hacer siempre supresión de los focos infecciosos, y algunas veces se considera necesario tartrectomía, extracción de ápices, medicación antibiótica previa al acto quirúrgico.

## **ANESTESIA:**

Puede emplearse local o troncular dependiendo del tamaño y tipo de la intervención y psiquis del enfermo, no obstante al emplear la anestesia general con intubación, es obvio decir las grandes ventajas actuales de este proceder, donde se evitan molestias al paciente y se trabaja con mayor seguridad y comodidad.

Una vez estudiado el caso se procede a elegir la técnica: en el maxilar y posición palatina abordamos por dicha vía con un colgajo amplio, para obtener buena visibilidad, se despega mucosa con cuidado hasta llegar a la zona deseada, osteotomía que se practica con escoplo y martillo o fresas hasta visualizar la zona afectada, enucleación de la bolsa y extracción del diente causante limpiando bien la cavidad con suero y agua oxigenada, dejando dentro antibióticos o sulfas con posterior sutura.

Uno de los conceptos más actuales a este respecto es la utilización de un placa de acrílico, previa impresión al acto operatorio (en vez de sutura), porque esto proporciona una serie de ventajas, hace mejor hemostasia, mejor asepsia, protección de los alimentos y daño que pueden originar en la herida, la cavidad puede ser rellenada con esponjas hemostáticas reabsorbentes.

Si es vestibular usamos siempre la incisión de Newman, amplia y lejos del proceso para que nos dé un buen asentamiento para la posterior sutura, y si es posible que los puntos de sutura no queden en la zona operada sin base ósea. Aparte de que cuanto mayor es el colgajo tendrá mejor irrigación básica para una buena cicatrización.

En la mandíbula, se efectúan igualmente incisiones amplias y a distancia, todo ello dependiendo de la forma y volumen de la tumoración, osteotomía si es necesaria, enucleación de la bolsa quística y extracción del diente, lavado de la cavidad y sutura posterior.

Esto es lo más indicado en los casos en que los quistes no sean voluminosos, ni infectados, ya que dependiendo de estos dos factores se actúa en consecuencia. Si en el maxilar superior se afecta el seno maxilar o éste está infectado, se practica y es además, obligado un Cadwel-Luc, u otras técnicas similares, ventilando el seno. Si se encuentra infectado dejamos siempre drenaje con tubo de goma.

Es primordial un buen curetaje de la bolsa, no dejar ningún resto ya que puede recidivar, y en casos peores malignización.

## COMPLICACIONES:

Hay que tenerlas en cuenta y posiblemente sea la mejor forma de evitarlas, indudablemente existan y ellas las podríamos dividir en inmediatas y tardías.

Inmediatas. — Hemorragias intraquísticas, por regla general óseas, aunque exista una buena hemostasia local, por un fallo general (alcohólicos). El coágulo puede ser disuelto por la saliva. Edemas, infección del hematoma intracavitario que nos puede destruir la sutura y posterior supuración.

Creemos que operando en el momento adecuado, gran asepsia, antibióticos locales y generales, buena técnica y buen postoperatorio, nos da generalmente un buen coágulo sanguíneo, aséptico y de buena calidad.

Tardías. — Comunicaciones buco-sinuales por estafelo de la mucosa sinusal, osteitis corticales, disminución de la altura de la cresta alveolar, falta de surco vestibular inferior, que puede originar un posterior problema protético.

## POSTOPERATORIO:

Antibióticos, antiinflamatorios, buscando siempre buena higiene bucal, procurar que no se traumatice los tejidos bucales, por lo que se aconseja dieta líquida los dos o tres primeros días, para seguir con la semilíquida, blanda, hasta normalizarse a los seis u ocho días, para posteriormente quitar las suturas.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## **CAPITULO VI**

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## CONCLUSIONES:

- 1 - Existen numerosas clasificaciones y nomenclaturas de TUMORES OSEOS, pero no se ha logrado un acuerdo para hacer una clasificación Universal.
- 2 - No son lesiones que se observen frecuentemente en la práctica privada.
- 3 - Los Quistes Dentígeros solo pueden ser considerados como Tumores en el sentido más amplio de la palabra.
- 4 - El Quiste Dentígero es uno de los más frecuentes de los quistes bucales.
- 5 - Los quistes son estériles no importa su origen, siempre y cuando no estén fistulizados.
- 6 - El tratamiento de todos los Tumores Oseos es quirúrgico, su marsupialización, enucleación total debe ser hecho por un especialista.
- 7 - El Cirujano Dentista de práctica general debe tener la capacidad suficiente no solo para diagnosticar acertadamente Caries. Y no debe olvidar la obligación que tiene de saber cada vez más para ofrecer a sus semejantes, lo mejor de la ciencia y lo mejor de sí mismo.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## **CAPITULO VII**

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

# BIBLIOGRAFIA:

- 1\_ CIRUGIA BUCAL CON  
PATOLOGIA, CLINICA  
Y TERAPEUTICA  
Guillermo A. Ries Centeno  
Editorial El Ateneo  
Buenos Aires, Argentina.
- 2\_ PATOLOGIA ORAL  
Kurt H. Thoma  
Salvat Editores
- 3\_ ENFERMEDADES  
DE LA BOCA  
David Grinspan  
Editorial Mundi  
S. A. O. I. F.
- 4\_ TUMORES OSEOS  
Y ARTICULARES  
Henry L. Jaffe  
La Prensa Médica Mexicana  
México
- 5\_ TRATADO DE CIRUGIA ORAL  
Walter C. Gurlanic
- 6\_ CIRUGIA ESTOMATOLOGICA  
Y MAXILOFACIAL  
C. Ginestet
- 7\_ TUMORES OSEOS MALIGNOS  
López Areal Fernando  
UNAM  
Tesis
- 8\_ TUMORES DE LOS MAXILARES  
Rossi Ernesto  
UNAM  
Tesis
- 9\_ TUMORES MALIGNOS DEL  
MAXILAR SUPERIOR  
Orsi José L.  
UNAM  
Tesis
- 10\_ A TEXTBOOK OF ORAL  
PATHOLOGY  
SHAFFER  
HINE  
LEVY  
Octubre 1973
- 11\_ THE AMERICAN ORAL of  
SURGERY
- 12\_ Journal of Surgery  
Junio 1974  
Journal of Surgery  
Julio  
Journal of Surgery  
Agosto  
Journal of Surgery  
Septiembre  
Journal of Surgery  
Octubre  
Journal of Surgery  
Noviembre  
Journal of Surgery  
Diciembre
- 13\_ Revista Hispanoamericana  
de Odontología  
Marzo 1969  
Abril  
Revista Española de  
Estomatología  
Barcelona, España