

Queratoquiste odontogénico. Quiste primordial

- **Tratamiento:**

- En los casos de gran crecimiento puede ser aconsejable la marsupialización de forma previa a la quistectomía radical.
- Quistectomía radical con curetaje del continente óseo del quiste.
- Quistectomía radical y en la pared ósea quística aplicación de solución de Carnoy.
- Crioterapia con nitrógeno líquido en el continente óseo es decir en la pared ósea quística.
- Solución de Carnoy: solución esclerosante compuesta por alcohol absoluto (6ml), cloroformo (3ml), ácido acético 98% (1 ml) y cloruro férrico (1gr), se aplica con gasa en el continente óseo. Limita las recidivas.
- Exéresis ampliada con ostectomía marginal que contiene al quiste en su interior.



Queratoquistes

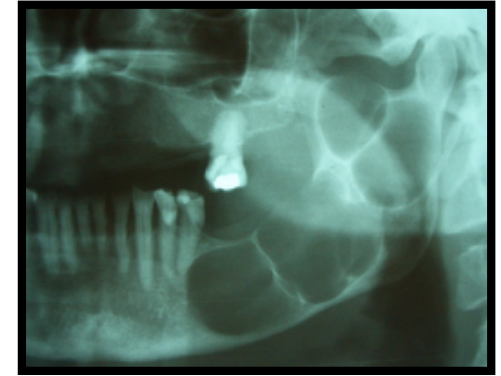


Del queratoquiste odontogénico al Tumor queratoquistico Odontogénico

En 2005 la OMS clasificó al Queratoquiste Odontogénico, no entre los quistes maxilares, sino, dentro de los tumores odontogénicos y lo definió como: *“una neoplasia intraósea de origen odontogénico, benigno, uni o multiquístico con potencial agresivo y comportamiento clínico infiltrativo.”*

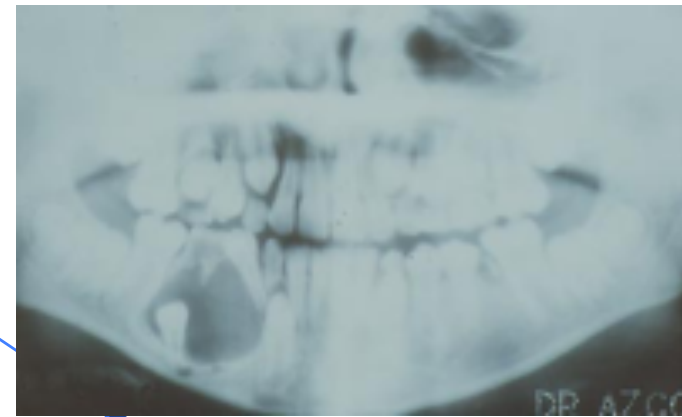
- No difiere del queratoquiste, es agresivo localmente provocando destrucción local e infiltra en partes blandas y tiene tendencia a multiplicarse, sobre todo cuando está asociado al síndrome de Gorlin. Tiene gran potencial de crecimiento y transformador.
- Pueden o no presentar: inflamación, dolor y sintomatología neurológica. Las técnicas de imagen y las imágenes no difieren del QO. La RM con contraste puede ayudar al diagnóstico diferencial con los quistes odontogénicos
- Gran tendencia a recidiva por: crecimiento de nuevos tumores keratoquisticos a partir de quiste satélites y/o por remoción incompleta de restos epiteliales y formación de nuevos tumores.

Tratamiento: no difiere del descrito para el queratoquiste.



Quiste dentígero

- **Epidemiología**
 - Entre el 12%-17% de los quistes odontogénicos.
 - Aparece en el 2% de los dientes no erupcionados.
 - La capsula conectivo/epitelial contiene de forma parcial o total un diente.
 - Más frecuente en maxilar inferior, en terceros molares, caninos y segundos bicúspides, en 2ª-3ª década de la vida.
- **Patogenia:**
 - Tras la formación de la corona por degeneración hidrópica del epitelio reducido del esmalte. El proceso no impide que se pueda seguir formando la raíz a partir de la vaina de Hertwig.



Quiste dentígero

- **Anatomía patológica**
 - Epitelio escamoso estratificado con cápsula conectiva delgada.
 - Queratinización en un porcentaje amplio de casos, displasia, degeneración.
- **Clínica:**
 - Ausencia de un diente como único signo con persistencia o no de un temporal.
 - Ausencia de un diente, con desplazamientos de dientes contiguos, movilidad dentaria, tumoración indolora, si no hay infección sobreañadida.



Quiste dentígero



Diagnostico diferencial con tumor odontogénico



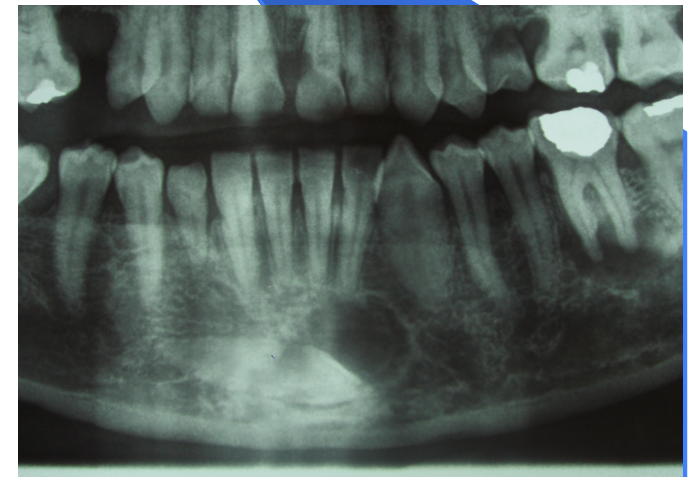
Quiste dentígero

- **Diagnóstico:**

- **Clínico:** ausencia de diente, persistencia diente temporal, desplazamientos, tumoración ...
- **Radiológico:** imagen quística unilocular, regular, más o menos redondeada asociada pericoronariamente a un diente no erupcionado. Dientes desplazados. Alejado de la zona de erupción.
- **Diferencial:**
 - Con el folículo hiperplásico
 - Con ameloblastoma: mediante TC por densidad del contenido y por estudio anatomopatológico
 - Con tumor odontogénico adenomatoide.



Quiste dentígero con desplazamiento de 4.7



Quiste dentígero con canino incluido

Quiste dentígero

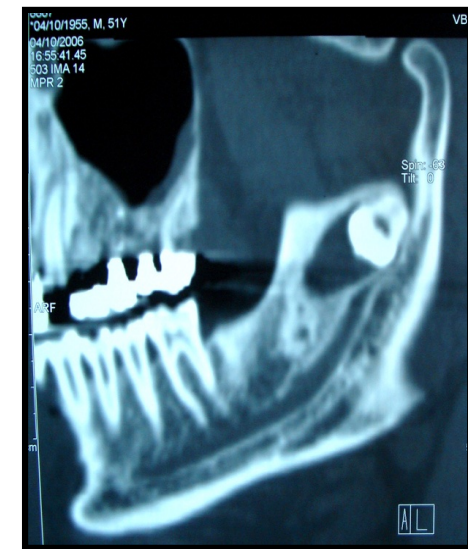
- **Tratamiento:**

- **Quistectomía radical y extracción del diente causal.**

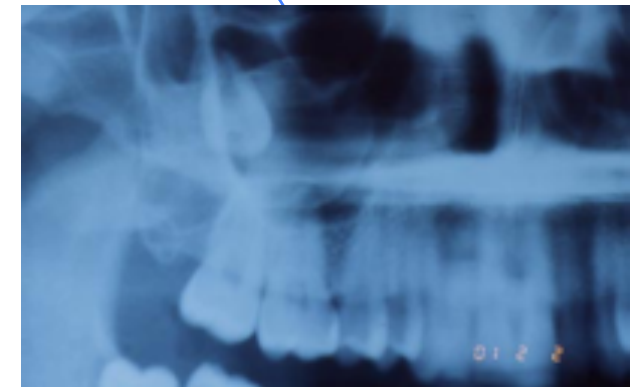
Indicado en terceros molares superiores e inferiores y en dientes en situación muy ectópica.

- **Quistectomía y reposición del diente en el maxilar, mediante fenestración y tracción ortodóncica.**

Indicado en dientes próximos a la zona de erupción con desarrollo casi completo y de importancia funcional.



TC. Quiste dentígero con tercer molar incluido



Quiste dentígero con tercer molar incluido en situación ectópica



Quiste de erupción

- **Epidemiología:**
 - Se producen por restos de epitelio odontogénico.
 - Tanto en dientes temporales como permanentes. Más en niñas, en erupción temporal de incisivos y caninos: prevalencia 11%.
- **Clínica:**
 - Remeda a un quiste dentígero de partes blandas. Se produce un pequeño acúmulo de serosidad hemática o directamente hematoma en el folículo.
 - Área gingival limitada tumefacta translúcida o azulada. No imagen radiológica.
- **Anatomía patológica:**
 - Revestimiento de epitelio escamoso estratificado.
- **Tratamiento:**
 - Expectante, ya que normalmente desaparece con la erupción del diente.



Quiste de erupción en incisivo central superior

Quiste periodontal Lateral

Etiopatogenia:

- Por restos de epitelio odontogénico entre las raíces de dientes vitales permanentes. Algunos autores señalan tanto a restos de Serrez y Malassez como a los procedentes del epitelio reducido del esmalte.
- **Clínica:**
 - Asiento predominante entre premolares inferiores. Localmente molestia y ligero aumento de volumen. Dientes con vitalidad pulpar que es importante para el diagnóstico diferencial con el quiste radicular. Imagen clínica similar a quiste gingival del adulto.
 - Hallazgo radiológico casual de una imagen regular de pequeño tamaño entre la raíces de dientes vitales, transparente.

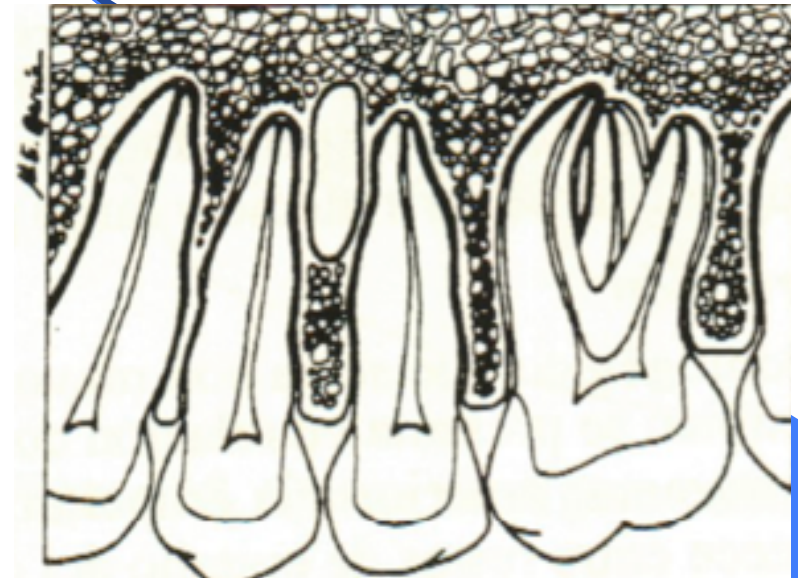


Esquema de quiste periodontal



Quiste periodontal Lateral

- **Anatomía patológica:**
 - Revestimiento de epitelio escamoso no queratinizado o cuboidal con núcleos pequeños y picnóticos.
- **Tratamiento:**
 - Extirpación del quiste respetando dientes afectados.



Quiste glandular odontogénico

Etiopatogenia:

- Adoptado por la OMS en 1992 por su componente glandular.
- La edad media de presentación está en torno a los 45 años. Más en hombre, en sectores anteriores de la mandíbula.

• Clínica:

- En más del 50% alcanza gran tamaño, afectando a 5 o 6 dientes. Es uni o multilocular. Cursa con inflamación, dolor o parestesia.
- Radiológicamente: imagen uni o multilocular, radiopacidad definida con calcificación de la cápsula no constante.

• Anatomía patológica:

- Crecimiento de un patrón sólido mucepidermoide hacia el hueso en forma de remolino.

• Tratamiento:

- Enucleación y curetaje. Alto índice de recurrencias. Puede plantearse la resección ampliada.



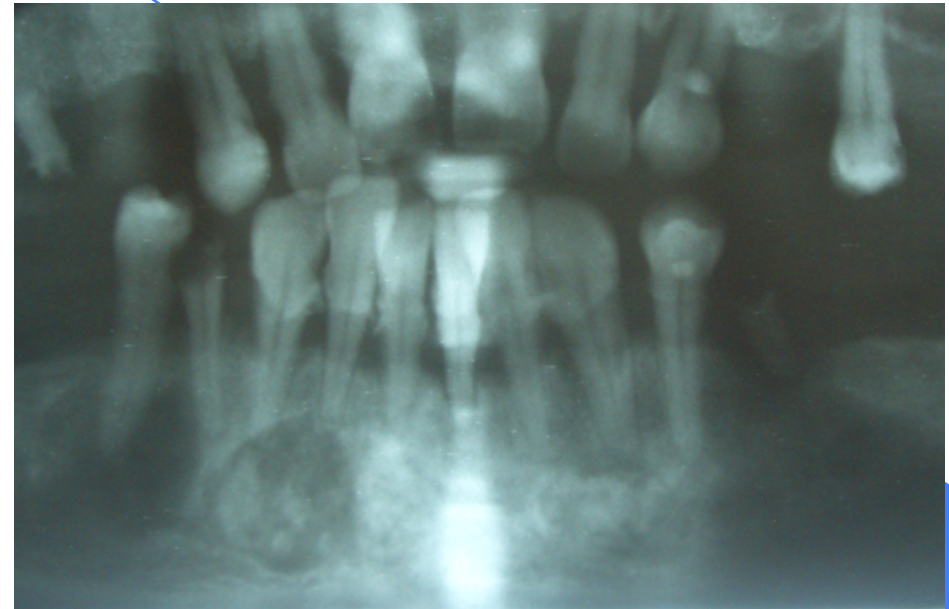
Quiste odontogénico calcificante

Etiopatogenia:

- Descrito por Gorlin es un cuadro con diferentes patrones histológicos que lo ha hecho incluirse entre los quistes y también entre los tumores odontogénicos, aunque el 85% no tiene comportamiento neoplásico. Representa menos del 1% de todos los quistes y tumores odontogénicos.

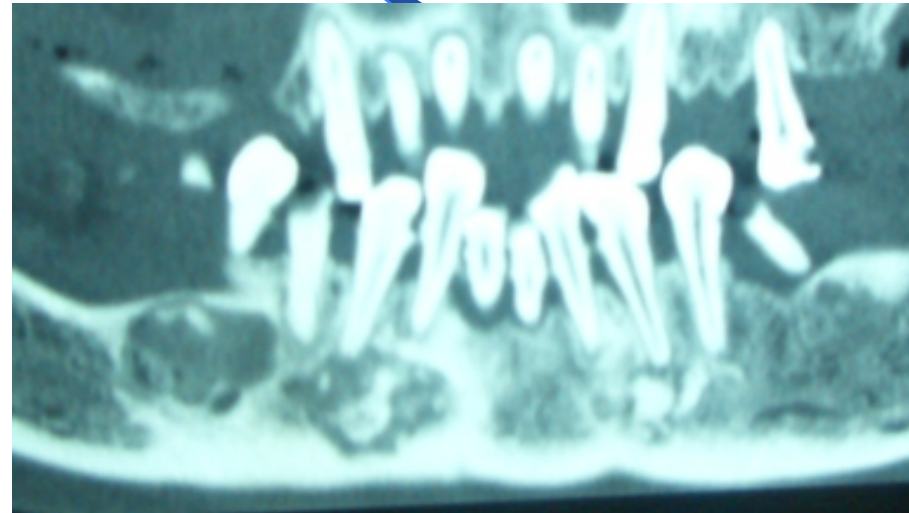
• Clínica:

- Tumefacción de crecimiento lento, indolora, sin predilección ni de sexo ni de maxilar, que afecta por igual a hombre/mujer, más en sectores anteriores (incisivos/caniños) y en la 3ª-4ª década de la vida.
- Imagen radiológica mixta, uni o multilocular transparente con calcificaciones en su interior. A veces asociada a dientes no erupcionados. En ocasiones reabsorción radicular y en otras erosión de la cortical vestibular o palatino/lingual.



Quiste odontogénico calcificante

- **Anatomía patológica:**
 - Epitelio poliestratificado con celularidad columnar o cuboidal. Internamente células fantasma, células eosinofílicas pálidas.
- **Tratamiento:**
 - Extirpación radical de quiste. Si se realiza osteotomía ampliada que incluya el quiste, se reduce la posibilidad de recidiva.
 - Tendencia a la recidiva sobre todo si son multiloculares.



TC de quiste odontogénico calcificante multilocular

Quiste no odontogénico

Quiste nasopalatino

. Epidemiología:

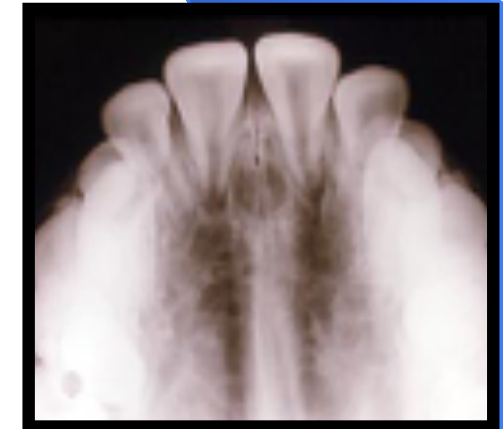
- Son quistes presentes en los maxilares que no tienen relación con el epitelio odontogénico y sí con la persistencia de restos epiteliales que dan origen al conducto nasopalatino. Es el más frecuente de los no odontogénicos. No predilección por sexos.

• Clínica:

- Si es asintomático, suele ser un hallazgo radiológico casual. En ocasiones se descubre cuando un oftalmólogo solicita descartar patología dentaria por una patología oftálmica. Si el quiste está en la proximidad de la papila retroincisiva, ésta presenta inflamación, aumento de volumen y coloración azulada translúcida. Molestias con la masticación del alimento. Vitalidad dentaria conservada.
- Radiográficamente imagen de corazón de naipe u ovalada en línea media del maxilar superior, simétrica más o menos amplia, dependiendo de la existencia de incisivos centrales.



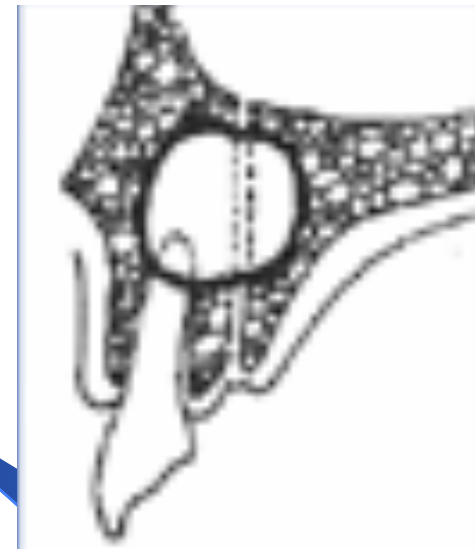
Esquema que sitúa el quiste nasopalatino



Quiste no odontogénico

Quiste nasopalatino

- Anatomía patológica:
 - El epitelio del quiste del conducto nasopalatino varía dependiendo de la altura en la que se produce, cuanto más craneal más hacia nasal, epitelio de tipo respiratorio incluso ciliar y cuanto más caudal, más cerca de la papila, el epitelio es escamoso estratificado.
- Tratamiento:
 - Escisión radical y cierre directo. El acceso quirúrgico indistintamente por palatino o vestibular. Los dientes no precisan tratamiento.
 - Recientemente se ha recomendado la fenestración nasal endoscópica para la marsupialización de este quiste como un procedimiento seguro y poco invasivo.



Esquema de q nasopalatino en la parte más craneal del conducto.

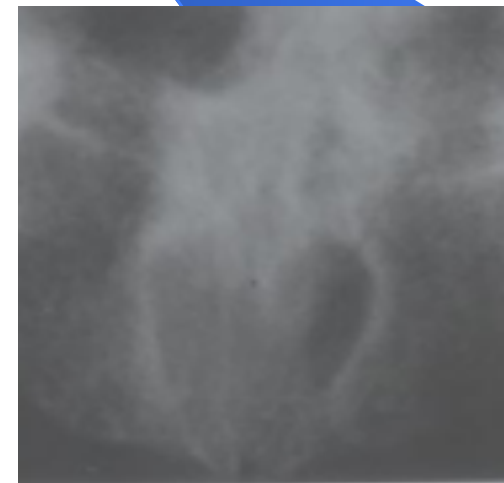


Imagen típica de quiste nasopalatino.

Quiste no odontogénico

Quiste nasoalveolar

Epidemiología:

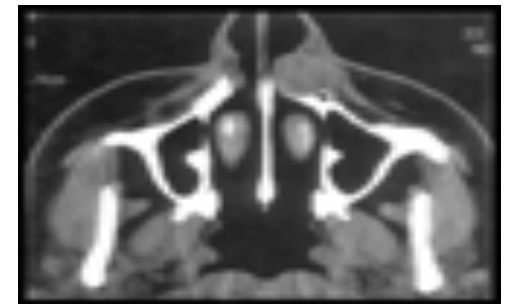
- Quiste extraóseo a partir de restos epiteliales que dieron origen al conducto nasolacrimal. Otros autores lo consideran un quiste de fusión. Afecta más a la mujer (80%), entre 4ª-6ª década de la vida. Un 15% son bilaterales.

Clínica:

- Inflamación circunscrita en fondo del vestíbulo a nivel del ápice de incisivo central con borramiento del surco nasogeniano de lado afecto. De contenido líquido, está a tensión. La sintomatología es más de tipo rinológico. La lesión puede abultar en el suelo nasal. Eleva el ala nasal afectada. Dolor intermitente. La lesión es extraósea pero la tensión del quiste puede deformar la cortical vestibular provocando una concavidad, por la presión, en la cortical vestibular.
- Radiológicamente no hay imagen ósea y mediante TC o técnica de contraste se aprecia una imagen circunscrita, redondeada, regular, de contenido homogéneo, extraósea que se apoya en la cortical vestibular y puede provocar su concavidad.

Tratamiento:

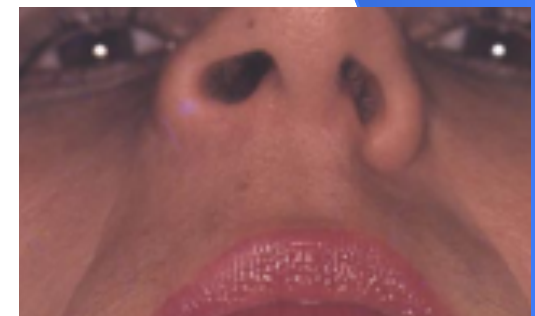
- Escisión por vía vestibular con despegamiento cuidadoso de la cosa nasal.



TC de quiste nasoalveolar



Imágenes clínicas características del q nasoalveolar



Quiste odontogénico

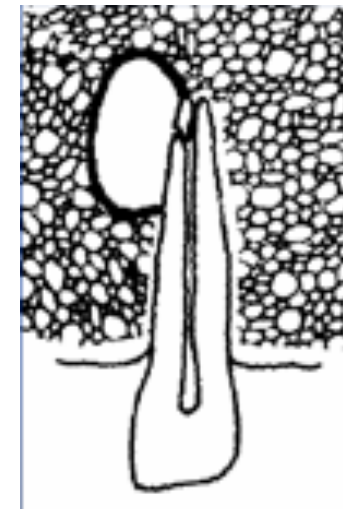
Quiste radicular

• Epidemiología:

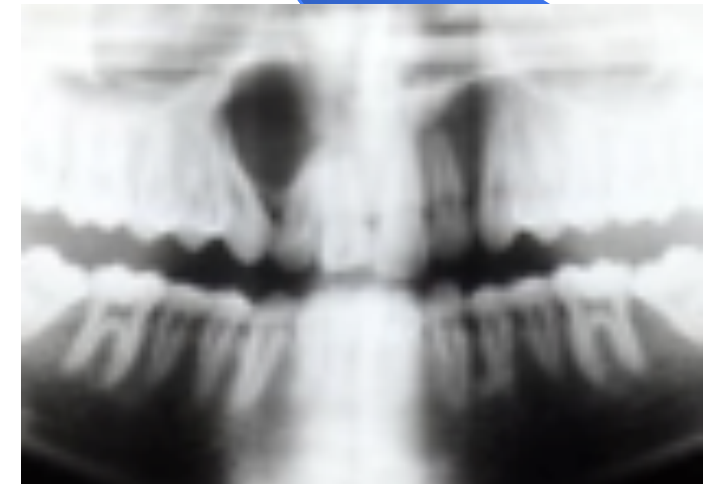
- El más frecuente de los quistes odontogénicos y de todos los quistes maxilares (60%). Se puede desarrollar a cualquier edad, en dientes permanentes y excepcionalmente en temporales. Es de origen inflamatorio a partir de una necrosis pulpar. Más frecuente en el maxilar superior.

• Patogenia:

- Su fase inicial se produce a partir de una necrosis pulpar que da origen a metabolitos, toxinas y bacterias que traspasan el ápice dentario radicular provocando, una reacción inflamatoria de tipo granulomatosa periapical. A partir de ahí y por mecanismos poco conocidos, los restos epiteliales de Malassez, provocan una proliferación epitelial formando el granuloma epitelial que por mecanismos de crecimiento ya descritos previamente, continúa con la formación y crecimiento del quiste.



Esquema de quiste radicular



Quiste radicular con desplazamientos radiculares



Quiste odontogénico

Quiste radicular

Clínica:

- Periodo asintomático:

El quiste es de pequeño tamaño. Suele ser un hallazgo radiológico casual. El periodo asintomático es más amplio en el maxilar inferior, ya que por sus corticales son más resistentes. El diente responsable presenta vitalidad negativa, con cambios de coloración que persistirán todo el proceso.

- Periodo de exteriorización:

Es cuando el paciente consulta o por crecimiento o por infección. Progresivo abombamiento y adelgazamiento de las corticales que puede provocar una palpación apergaminada de la cortical. Se puede en ese caso palpar la cavidad quística a tensión por el contenido líquido. Puede existir desplazamientos dentarios y movilidad del diente causal y de los dientes contiguos.

- Periodo de fistulización.

Dejado a su libre evolución, el quiste provoca abombamiento de la mucosa y apertura al exterior, bien intraoral o directamente a la piel dependiendo de la evolución a través de la estructuras anatómicas



Tumoración de quiste radicular por vestibular



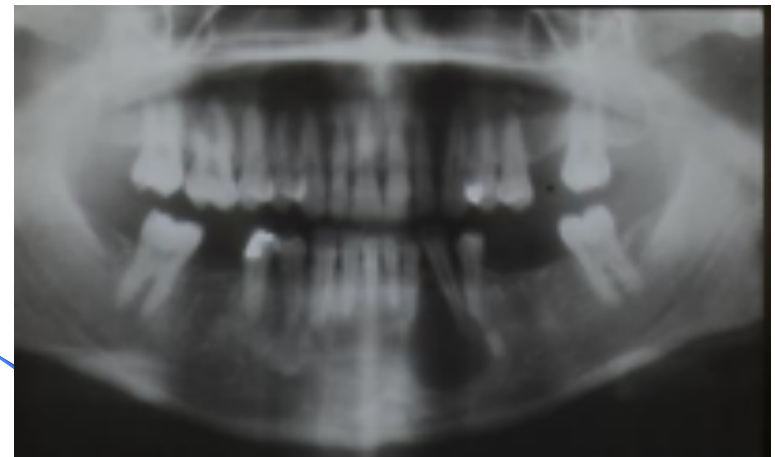
Fistulización a piel de un quiste radicular sobreinfectado



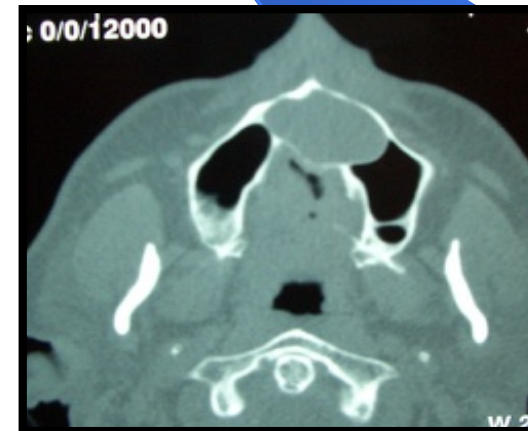
Quiste odontogénico
Quiste radicular

Radiología:

- La radiología panorámica es la técnica más coste-efectiva. La imagen es radiotransparente, bien delimitada, regular, más o menos redondeada u ovalada y muchas veces con halo radiopaco periférico.
- Desplazamientos dentarios. El ápice del diente causal/es, está involucrado en el quiste.



Quiste radicular con desplazamientos radicales

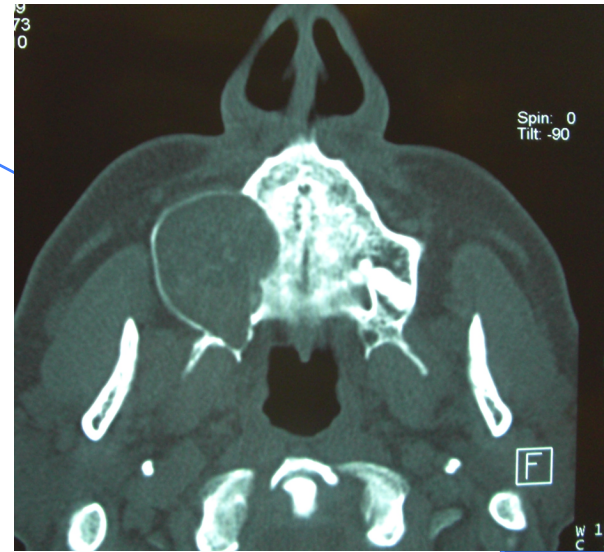


TC de quiste residual de maxilar superior rechazando membrana de seno maxilar

Quiste odontogénico
Quiste radicular

Radiología:

- El TC es eficaz para conocer la extensión, el volumen y la relación del quiste con estructuras anatómicas sobre las que existe riesgo de daño para la extirpación y para diagnóstico diferencial.



Diagnóstico diferencial con tumor óseo

