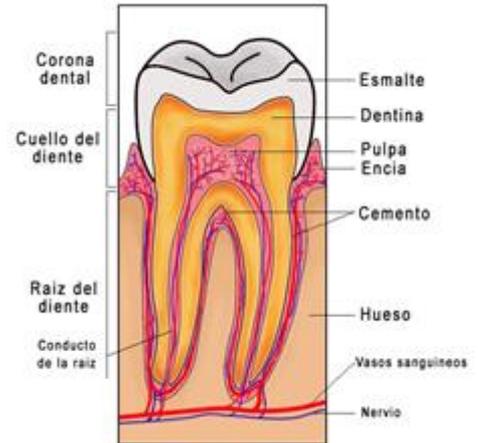
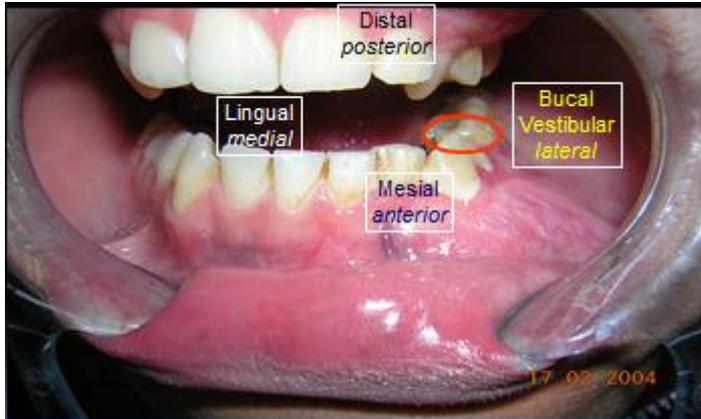


## QUISTES Y TUMORES ODONTOGÉNICOS



### ❖ QUISTE:

Es una lesión cavitada llena de líquido, pus, células y rodeado de epitelio.

Rx. Imagen radiopaca.

Quistes maxilares:

- Quistes epiteliales
  - Odontogénicos 90%
    - Inflamatorios
    - Del desarrollo

- No odontogénicos
- Pseudoquistes (carecen de epitelio)

### **Diagnóstico**

- Historia clínica:
  - Asintomático (hallazgo casual radiológico), lo mas frecuente es que no de ningún síntoma.
  - Odontalgia
  - Inflamación-flemón (celulitis)
  - Tumoración ( abultamiento de la encia es prácticamente diagnostico de quiste)
  - Dolor
- Imagen:
  - RX periapicales-oclusales
  - **Ortopantomografía**
  - **TC escáner** (dentaescan) (siempre según el tamaño, si tenemos quistes grandes para ver hasta donde llegan)
  - RM (T)
- Biopsia: (poco frec., no solemos hacerlas, las tratamos como quiste benigno, despues de su extirpacion lo mandamos a AP)
  - Tumores

### **Tratamiento**

- Quistectomia (elección): tanto de la capsule como de lo que hay dentro.
- Marsupialización : dejas la capsula y abocas el liquido al exterior, ya no se suele hacer.
- Tratamiento de la causa del quiste
  - Diente: endodoncia-apicectomia
  - exodoncia

- Relleno del defecto producido (cavidad quística), si el quiste esta dentro del hueso que es donde suele estar, rellenamos la cavidad que hemos dejado al quitar el quiste, pero en ocasiones no se hace, porque consideramos al quiste una cavidad infectada.
- Relleno de la cavidad quística
  - hueso autólogo
  - hueso sintético
  - PRP, PRF
  - Etc.

## ❖ QUISTES ODONTOGÉNICOS:

### ♠ QUISTES ODONTOGÉNICOS EPITELIALES INFLAMATORIOS

1. Quiste radicular o periapical (50-60 %)
2. Quiste radicular lateral
3. Quiste residual
4. Quiste paradental

#### **1. QUISTE RADICULAR 50-60%**

- Infección pulpar
- Infección periapical
- Forma un granuloma cuando es pequeño y cuando es grande lo llamamos quiste.

Maxilar:mandíbula = 3:1

Pueden ser asintomáticos.

#### TRATAMIENTO

tto: Endodoncia o Reendodoncia

Endodoncia + apicectomía (quitamos parte del diente o el apice del diente) + curetaje de la cavidad

Exodoncia + curetaje de la cavidad

En ocasiones los quistes son gigantes; estos son peligrosos porque pueden estar cerca o pegados al nervio dentario o alveolar inferior, es rama del trigemino, entra por la cara interna, va entre medias de la mandibula, sale por el primer o segundo molar y se con vierte en mentoniano, toda cirugia de un tercio para atrás de la mandibula tenemos que tener cuidado y hacer pruebas de imagen para ver donde esta el nerio (CUIDADO!!!!). todo lo que se encuentre en el tercio anterior de la mandibula ( mas o menos desde los premolares, no tendremos problema con la cirugia porque hasta ese

puedo llegaran los nervios de cada lado, no teniendo nervio en esa parte central)

#### ♣ **QUISTE EPITELIAL DEL DESARROLLO**

##### 1. **Quiste folicular o dentígero**

2. Quiste de erupción
3. Quiste gingival
4. Quiste periodontal lateral
5. Quiste botrioide odontogénico
6. QEO calcificado (de Gorlin)
7. **Queratoquiste** o quiste primordial

##### 1. Quiste folicular o dentígero:

En el momento del crecimiento del paciente.

- Origen- epitelio odontogénico. Este quiste debe incluir el diente, es decir, sale alrededor del diente.
- Acumulo de fluido entre el diente y el epitelio odontogénico
- Rodean la corona del diente incluido (no erupcionado)
- 3º molar inf.(++ frec) - canino superior(+ frec). Es decir, en los dientes incluidos que no han salido, es el saco odontogenico el que se va haciendo grande.
- Si múltiples: ver posible síndrome asociado
- Asintomáticos
- Dx: imagen radiopaca. Diente incluido que ha formado el saco, tienen dentro incluido el diente.
- Tto: quistectomía o marsupialización. En ocasiones también tendremos que rellenar el agujero provocado por el quiste.
- Evolución: 1) 5-17% desarrollo de ameloblastoma  
2) recidiva: control tras 4 meses (OPG), si hemos dejado parte de la capsula como se hace en la marsupializacion ( evertimos el borde quístico para que salga el liquido, pero dejamos la capsula)

##### 2. Quiste de erupción:

- Hematomas de erupción, en dientes que intentan salir y no pueden ( tumoración violacea, en donde no tenemos diente y debería de salir el nuevo)
- Niños
- asociado a dientes que están erupcionando.
- acúmulo seroso y sanguinolento
- 11% asociado a erupción de incisivos temporales
- 30% asociado a erupción de molares deciduos
- se abren espontáneamente
- Drenar

3. Quiste gingival:

a) perlas de Ebstein:

- recién nacidos (bolitas blancas en la encía), desaparecen en los primeros meses de la vida.

b) Q. Gingivales del adulto:

Tto: con solo hacer una incisión se curan.

4. Queratoquiste:

- Zona del tercer molar y rama ascendente
- 2ª-3ª década
- Asintomáticos hasta que se infectan
- Rx: zona radiolúcida bien definida, largos y estrechos sin deformar apenas la cortical
- Tto: enucleación - extirpación en bloque si dientes implicados. Solución de Carnoy (alcohol, cloroformo, cloruro férrico y ácido acético glacial).
- Evolución: RECIDIVAN en un 35% tras extirpación. El 75% lo hacen en el primer año. Seguimiento durante 5 años como si fuera un tumor o incluso durante toda la vida.
- Si múltiples: Sd. Névico Basocelular (de Gorlin): queratoquistes + carcinoma basocelular + hoyuelos palmares o costilla bifida, etc... (muchos teratoquistes y tumores vasculares)

❖ **QUISTES NO ODONTOGÉNICOS O FISURARIOS ( NO SABER DICE)**

1. Quiste nasopalatino
2. Quiste palatino medio
3. Quiste globulomaxilar
4. Quiste nasopalatino o nasolabial
5. Quiste medio mandibular

1. Quiste nasopalatino

- El más frec. de los no odontogénicos 1.7-12%
- Maxilares
- Deriva de vestigios epiteliales del conducto nasopalatino
- Saco intraóseo localizado en conducto nasopalatino
- Asintomáticos
- Rx: lesión radiolúcida bien definida en fosa incisiva que puede cruzar línea media.
- Tto: enucleación por palatino

2. Quiste nasopalatino o nasolabial:

- Deriva de restos epiteliales en la unión de los procesos maxilares

- No se desarrolla en el interior del hueso, tejidos blandos
- Deformidad en región labial superior
- Hinchazón en el vestíbulo nasal
- Crecimiento lento
- Infección: crecimiento rápido y forúnculo
- Rx: puede pasar inadvertido
- Tto: extirpación quirúrgica vía vestibular

⇒ **QUISTES MAXILARES:**

- Quistes epiteliales
  - Odontogénicos 90%
    - Inflamatorios
    - Del desarrollo
  - No odontogénicos
- Pseudoquistes: carecen de epitelio

→ **Pseudoquistes**

- Quiste óseo aneurismático
- Quiste óseo solitario
- Cuidad de Stafne

♠ **Cuidad de stafne \*\*\***

- No es un quiste.
- Atrapamiento de restos de glándulas salivares durante la etapa embrionaria
- La mayoría en el ángulo mandibular por atrapamiento de restos embrionarios de la glándula submaxilar.
- Rx: pequeña imagen radiopaca en ángulo mandibular debajo del nervio dentario.
- AP: tejido glandular salival normal
- Tto: abstención e informar al paciente

❖ **TUMORES ODONTOGÉNICOS**

- Benignos
- Malignos

♠ **BENIGNOS:**

→ **EPITELIALES:**

- Ameoblastoma: es el más frecuente a nivel dentario, es benigno y epitelial. quiste calcificante odontogénico
- tumor odontogénico adenomatoide (TOA)
- **tumor odontogénico epitelial calcificante (Pindborg)**

- tumor odontogénico de células claras
- quiste calcificante odontogénico

→ Mesenquimales:

- Fibroma odontogénico\*\*\*
- Mixoma odontogénico
- Cementoblastoma

→ Mixtos:

- Fibroma ameloblástico\*\*\*
- Fibro-odontoma ameloblástico
- Odontoma\*\*\*

#### ♣ **AMEOBLASTOMA:** IMPPPPP\*\*\*\*\*

- Ameloblastos: cels. encargadas de formación del esmalte dentario.
- Tumor odontogénico epitelial benigno derivado de los ameloblastos o de partes de la lámina dentaria que contengan restos epiteliales
- 3ª- 4ª década de la vida
- Predominantemente, mandibular posterior
- **Benigno pero localmente muy invasivo**
- alto porcentaje de recidivas
- raras metástasis

Benigno, pero muy agresivo, en 4-5 años te come la mandíbula.

- **TIPOS:** SOLIDO, QUE ES MAS FRECUENTE O PERIFERICO
  - **SOLIDO:**
    - **Multiquístico** ( mas frecuente y crecimiento agresivo hacia afuera, hacia la pared del quiste. resección agresiva. es como una coliflor en la mandíbula.
    - **Uniquístico:** (menos agresivo): las células pueden crecer hacia dentro o intraluminal, con mejor pronóstico, o hacia afuera o mural, peor pronóstico. El tratamiento de esto no debe de ser tan agresivo como en el multiquístico
- Asintomáticos – indoloros (hallazgo casual)
- Expansión de la cortical, crecimiento rápido
- Rx: lesión radiolúcida multilocular. Siempre realizar CT. Variedad uniquística-asociada a tercer molar incluido
- Tratamiento:
  - Uniquístico (intraluminal o mural) : enucleación + fresado hueso esponjoso perilesional. ( limamos el hueso de alrededor)

- Sólido y poliquístico: resección en bloque con al menos 10 mm margen.(similar a un tumor maligno).

Si quitamos mucha mandíbula en la resección debemos de coger hueso del peroné 22 cm de hueso y con ello hacemos la mandibula. La ventaja es que este injerto tiene su arteria y vena peroneal. Le damos la forma al hueso, cortando y poniendo placas y haremos una mandibula redondeada. Nos llevamos junto con el peroné una isla de piel de la pierna para poner en la boca.

- Recidivas: **95% antes de 5 años** (seguimiento) por resección inadecuada, diseminación tumoral quirúrgica, excisión inadecuada de tejidos blandos. (seguimiento como los queratoquistes para toda la vida)

#### ▲ **ODONTOMA: \*\*\*\*\***

- Como grupo son los más frecuentes de los tumores odontogénicos
- Mixtos: compuestos por tejidos que son epiteliales y mesenquimales en origen. Se produce dentina, esmalte.
- Múltiples dientes rudimentarios: *odontoma compuesto* (diente incluido junto con trocitos de diente)
- Conglomerado amorfo de tejido duro, similar a una coliflor: *odontoma complejo*.
- Se da en niños y adultos jóvenes
- Retención diente decidua/ inclusión de un diente.
- Asintomáticos, hallazgo al no erupcionar un diente. Son asintomático s y los hallaremos al no erupccionar el diente
- Rx:- compuesto: múltiples dientes maduros en foco único en áreas dentales (anterior maxilar)
  - complejos: masa amorfa radiopaca (posterior mandíbula)
- Tto: la enucleación es curativa y la recidiva es rara. No debemos de ser agresivo, no tienen nada que ver con el ameoblastoma

#### ⇒ **MALIGNOS: NO SABER**

- Sarcomas odontogénicos
  - Fibrosarcoma ameloblástico
  - Fibrodentinoma ameloblástico
  - Fibroodontosarcoma ameloblástico
- Carcinomas odontogénicos