



QUISTES Y TUMORES

5.5 Quistes del desarrollo y pseudoquistes

Quiste del desarrollo: Quiste nasolabial, Quiste del conducto nasopalatino, Quiste palatino medio, Quiste epidermoide, Quiste dermoide, Quiste del conducto tirogloso, Quiste linfoepitelial, Quiste braquial fisural,

Pseudoquistes: Quiste óseo simple (traumático), Quiste óseo aneurismático, Fenómeno de extravasación mucosa



QUISTE NASOLABIAL

Introducción

- Quiste extraóseo, no odontogénico
- Son lesiones poco frecuentes que se localizan cerca del cartílago alar y se extienden hacia el meato nasal inferior, el surco alveololabial superior y el piso del vestíbulo nasal.

- Generalmente en el área del surco nasolabial, justo debajo del ala nasal
- Representa aproximadamente el 7% de los quistes maxilares, y es unilateral en el 90% de los casos
- Afectan a las mujeres (75% de los casos)
- En la 4^a y 5^a décadas de la vida.
- Tx: enucleación

- Tumefacción indolora
- El signo más común es la ampliación que causa asimetría facial debido al desplazamiento del labio superior, con la elevación del ala nasal y aplanamiento del surco nasolabial
- También pueden estar presentes el dolor local, la obstrucción nasal y la infección concomitante, que pueden llevar a un aumento brusco de la lesión

Patogenia

1

Se origina a partir de la fusión de los procesos globulares, nasales (medios y laterales) y maxilares

Debido a la proliferación del epitelio atrapado a lo largo de la línea de fusión.

2

Se origina en la porción inferior y anterior del conducto nasolagrimal

El conducto nasolagrimal está revestido con epitelio columnar pseudoestratificado, que se encuentra en las cavidades de los quistes nasolabiales

Radiográficamente

PERIAPICAL
ES



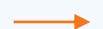
Área radiotransparente
en la región apical de
los incisivos superiores

VISTAS
OCLUSALES
ESTÁNDAR



Desplazamiento post. de la
línea radiopaca
correspondiente a los
márgenes óseos de la abertura
nasal ant.

TOMOGRAFIA
COMPUTARIZADA

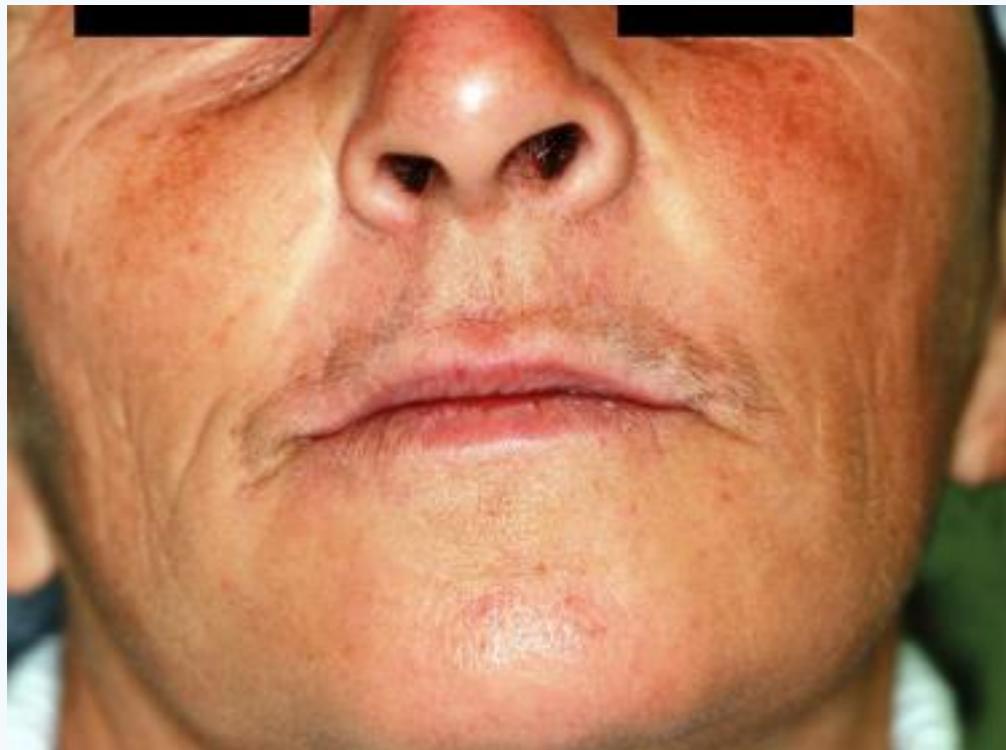


Ánalysis más preciso
de los bordes de la
lesión

Diagnóstico diferencial

- Lesiones inflamatorias periapicales
- Absceso nasal
- Quiste del conducto nasopalatino
- Quiste dermoide o epidermoide

Reporte del Caso



Px femenino,
47 años de
edad

Deformidad del surco
nasolabial y elevación
de
el ala nasal izquierda.

El paciente no pudo
describir con precisión
cuánto tiempo estuvo
presente la lesión.

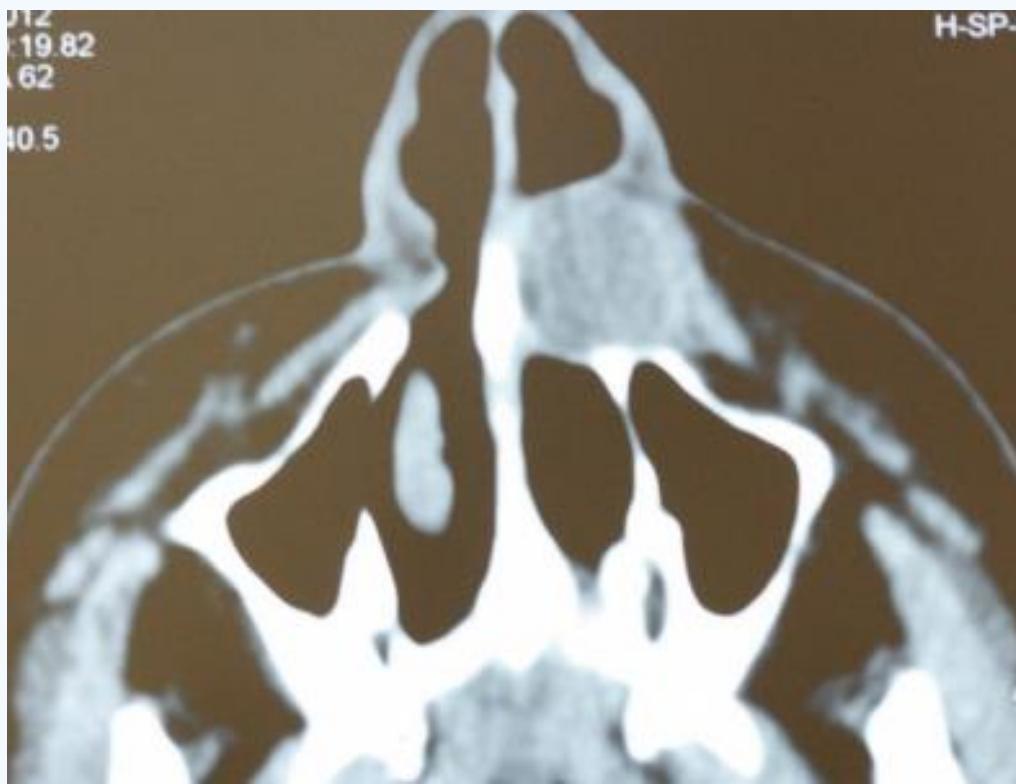
Obstrucción parcial de la
cavidad nasal izquierda

La lesión fue
indolora y no
hubo
antecedentes de
epistaxis o
secreción nasal

- El examen extraoral reveló:
- -Asimetría facial con ligera elevación del ala nasal
- -Deformación del surco nasolabial izquierdo
- -A la palpación, la lesión era nodular, suave, fluctuante, circunscrita y no se extendía más allá de los tejidos blandos

- El examen intraoral reveló:
- -Arco maxilar totalmente desdentado
- -Presencia de una lesión nodular consistente con los hallazgos extraorales, que se extendían hacia el surco alveololabial



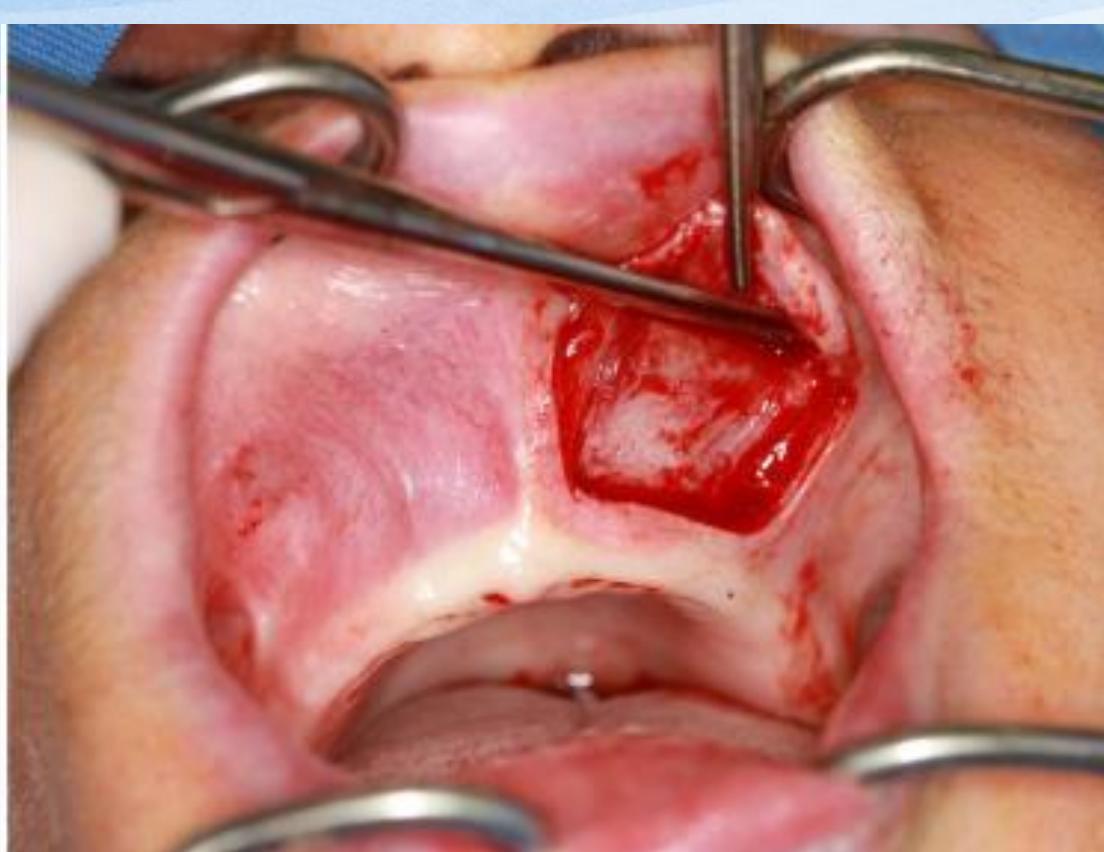


La tomografía computarizada (TC) mostró una lesión quística en la región nasal lateral con un diámetro medio de 20 mm

Disección de la cápsula y escisión del quiste.

Lesión cubierta por una cápsula fibrosa rojiza y tenía aproximadamente 20 mm de diámetro





Histopatología

- Epitelio cilíndrico pseudoestratificado ciliado y, ocasionalmente, epitelio escamoso estratificado.
- En un estudio de microscopía electrónica de barrido de la superficie interna de los quistes nasolabiales, se encuentra epitelio columnar no ciliado con células basales y células caliciformes.
- En el paciente, reveló una lesión quística con signos de inflamación crónica, una cápsula fibrosa, una superficie interna lisa y brillante, y contenido seromucoso teñido de amarillo, lo que confirma el diagnóstico de quiste nasolabial.



Seguimiento
de 9 meses.

Referencias

- Comis Giongo Caroline, et al., “Nasolabial cyst: A case report”. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. Elsevier 2014; 55(1): 55-59
- Romualdo Suzano Louzeiro Tiago, et al., “Nasolabial cyst: diagnostic and therapeutical aspects” Rev Bras Otorrinolaringol 2008;74(1):39-43.



Quiste del conducto nasopalatino

Introducción

- El quiste del conducto nasopalatino (QCNP) en el pasado, conocido como quiste fisurado, ahora según la clasificación de la OMS se define como un quiste de desarrollo no ontogénico.
- El QCNP es único ya que se desarrolla en una sola ubicación, que es la línea media de la maxila anterior.



Organización
Mundial de la Salud

Características clínicas

- Los QCNP son los quistes no odontogénicos más comunes de la boca.



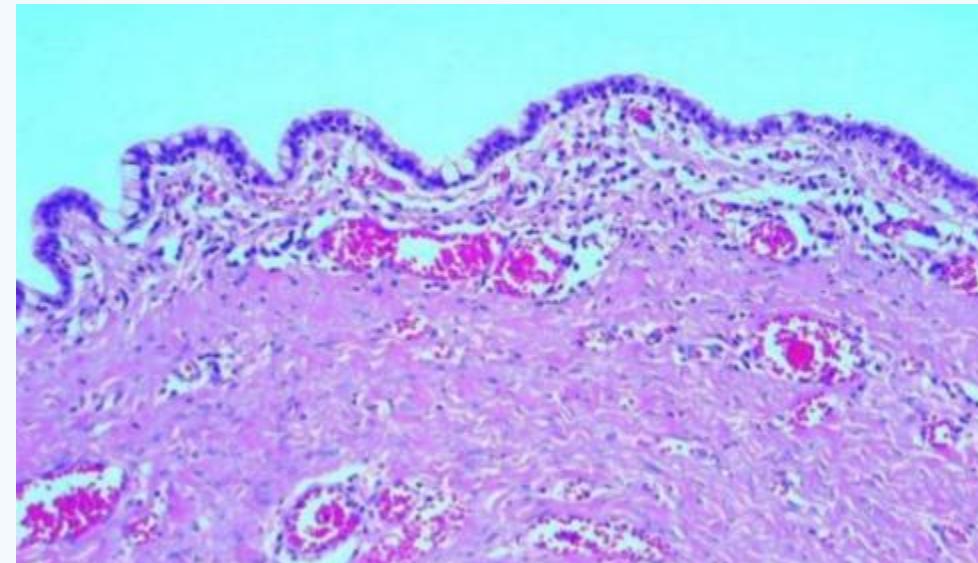
Características radiográficas

- Se presenta radiotrasparente con bordes nítidos definidos, Puede causar divergencia de las raíces dentales en los incisivos y con menor frecuencia, rizólisis .



Características Histopatológicas

- El revestimiento epitelial varia, desde escamoso estratificado hasta columnar seudoestratificado. La pared de tejido conectivo contiene arterias y nervios finos que representan el haz neurovascular nasopalatino



Caso clínico

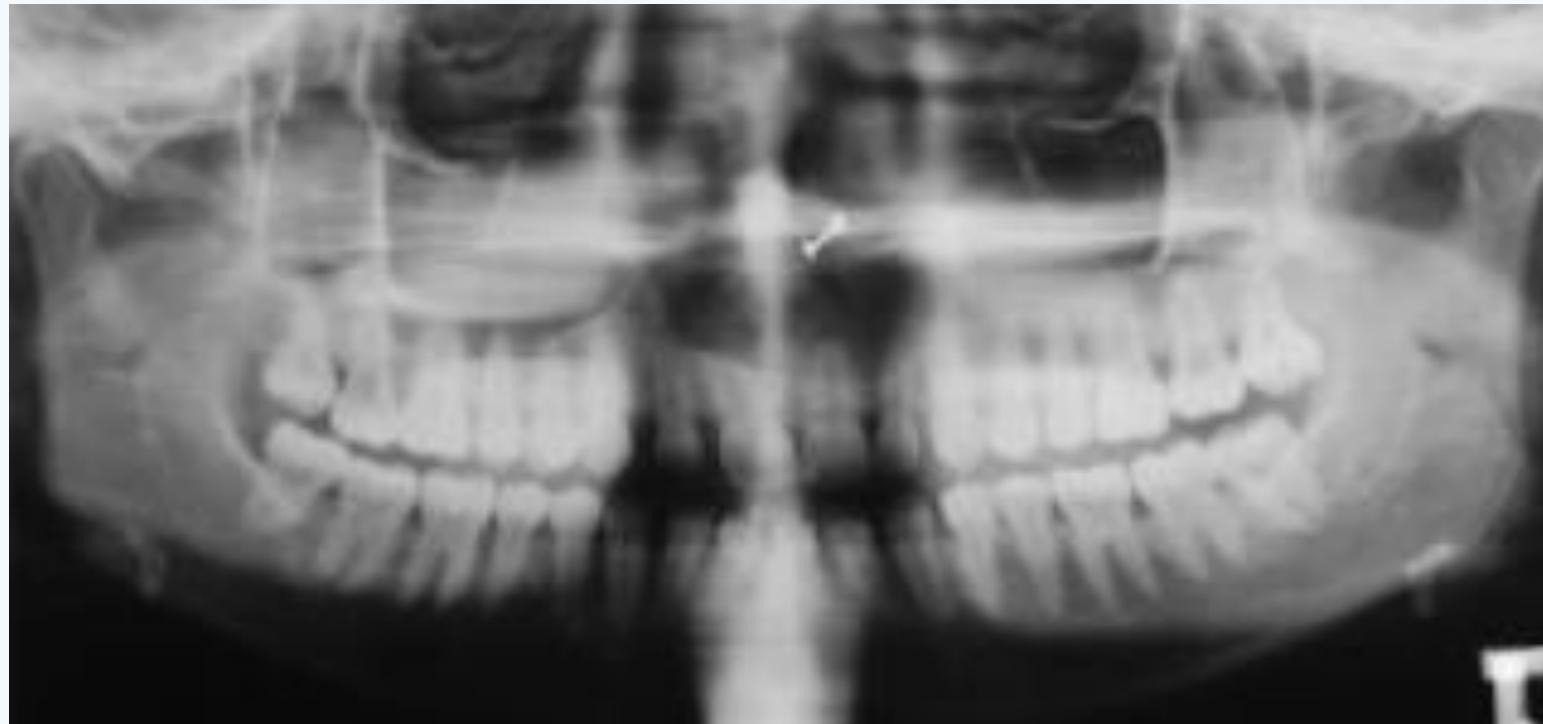
- Paciente femenino de 26 años de edad se presenta por una queja de hinchazón en su región palatina anterior maxilar desde 8 meses y dolor sordo e intermitente comiendo alimentos en esa región desde 2 meses, dientes anteriores maxilares se movían gradualmente desde su posición. No hubo antecedentes de ningún trauma. El examen intraoral reveló una inflamación solitaria, aproximadamente ovoide, en la región palatina anterior. Tenía aproximadamente 1,5 cm de diámetro en dimensión. El OD 21 estaba inclinado mesio-labialmente y era de grado 1 móvil y sensible la palpación, la hinchazón era firme, sensible y no fluctuante.



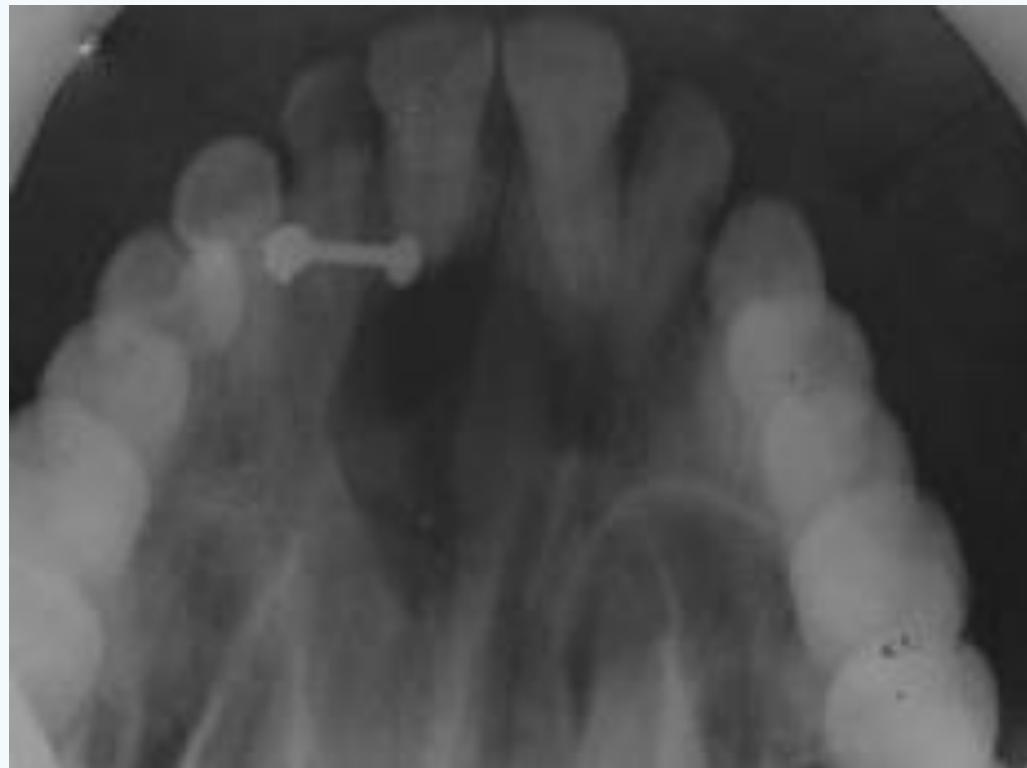
- Zona radiolúcida bien definida que abarca los OD 11, 12 y 21, de diámetro de 1x1.5 cm aproximadamente y acercándose a la región periapical del incisivo central izquierdo se observa rizólisis, Sutura media radiolúcida bien delimitada.



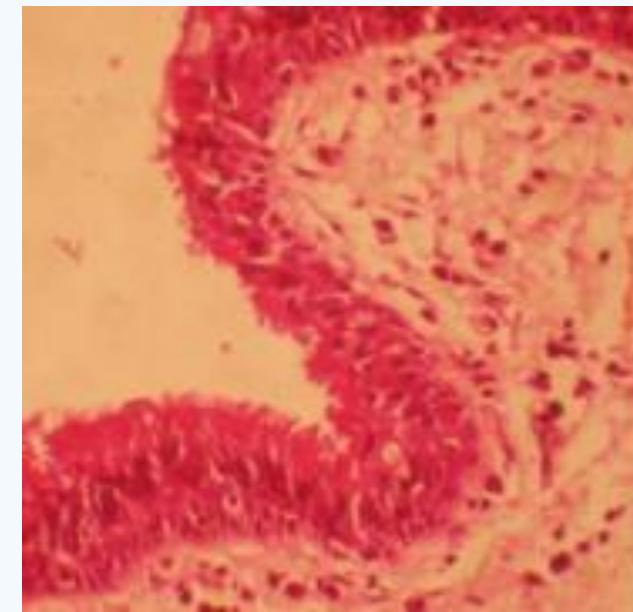
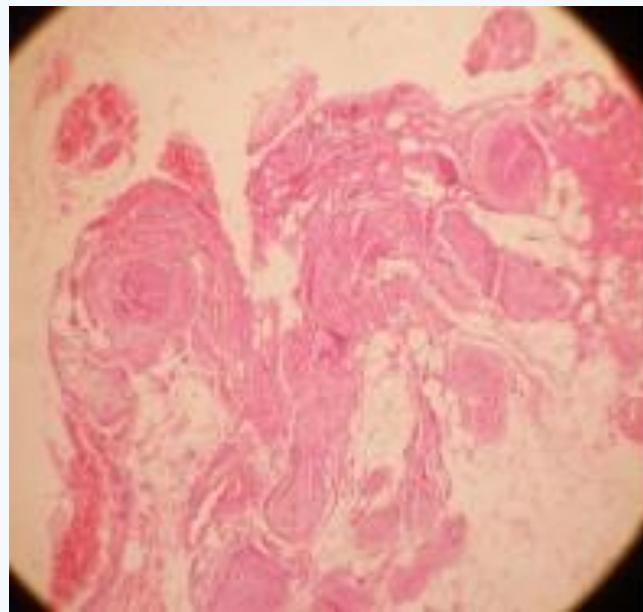
- La radiografía panorámica mostró una radiolucidez bien definida que se extiende en la región periapical desde los incisivos superiores con raíces inclinadas distalmente del incisivo central izquierdo.



- La radiografía oclusal superior mostró una zona radiolúcida periapical bien definida en el incisivo central derecho.



- Quiste del conducto nasopalatino infectado con epitelio escamoso estratificado no queratinizado y estroma que muestra numerosos haces neurovasculares e infiltrado difuso de células inflamatorias crónicas moderadamente denso, compuesto principalmente de fagocitos y células plasmáticas



Bibliografía

- Prashanthi C, et al. (2015) Nasopalatine Cyst causing resorption of Teeth : A Case Report, Southeast Asian Journal of Case Report and Review, 4(2), pp. 1419-1426.
- Joseph A. Regezi (2007) Patología bucal correlaciones clinicopatológicas, 3^a Edición, Mc. Grill Hill Interamericana, pp 312-314.



Quiste
palatino
medio

- El Quiste Palatino Medio es un rarísimo quiste que se desarrolla a partir de restos epiteliales de la fusión de los procesos palatinos horizontales; generalmente se considera que representa una posición más posterior del Quiste Nasopalatino.

Radiográficamente presenta una radiolucidez bien definida de forma ovoidal y a veces en forma de corazón, eventualmente puede confundirse con Q. Radiculares, Queratoquistes y Granulomas Periapicales.

Su histología es simple, el epitelio generalmente es de tipo respiratorio (columnar seudoestratificado ciliado), plano pluriestratificado o una combinación de ambos; con frecuencia se observa en el conectivo vasos sanguíneos, tejido nervioso y glándulas mucosas. El tratamiento es quirúrgico y su pronóstico excelente (Figs. 3, 4 y 5).

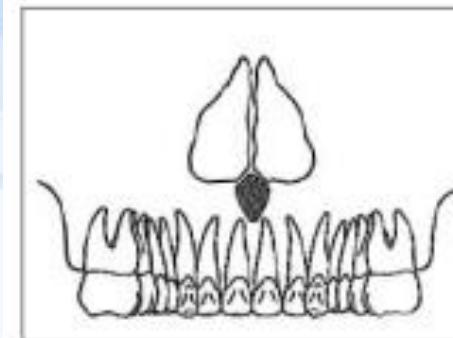


Fig. 3
Esquema de ubicación
del quiste nasopalatino.



Fig.4
Quiste nasopalatino
en posición posterior
(quiste palatino medio).

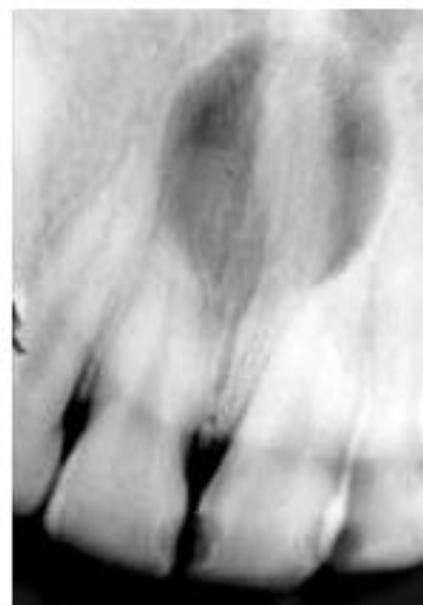


Fig. 5
Rx. oclusal de quiste
nasopalatino.

Bibliografía

- Nelson Lobos J-F., ANUARIO SOCIEDAD DE RADIOLOGIA
ORAL Y MAXILO FACIAL DE CHILE VOL.6 N°1 AÑO 2003,
Quistes de los Maxilares,

Quiste epidermoide



- Quiste cutáneo con una luz revestida por epitelio plano estratificado queratinizante, por lo general lleno de queratina y sin anejos cutáneos en la pared de la cápsula.
- El quiste dermoide se presenta principalmente en la piel.
- Algunos quistes de la cavidad oral muestran las características histopatológicas de los quistes epidermoides.

- El quiste epidermoide se asemeja estrechamente a un quiste dermoide excepto en que el primero no presenta anejos cutáneos. Están revestidos de epitelio plano ortoqueratinizado y presentan una luz por lo general llena la queratina descamada.

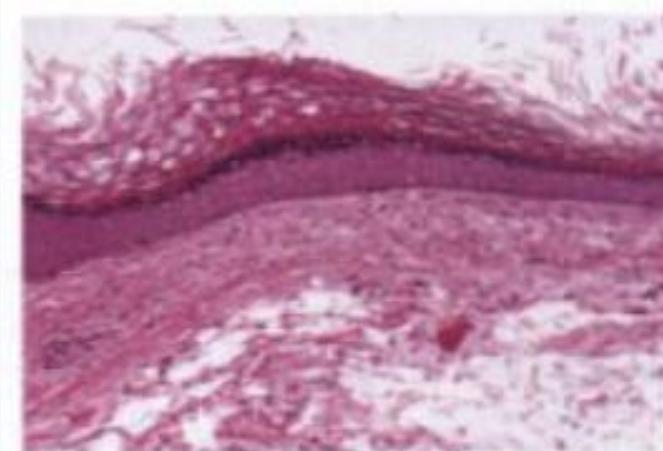


FIGURA 2-40

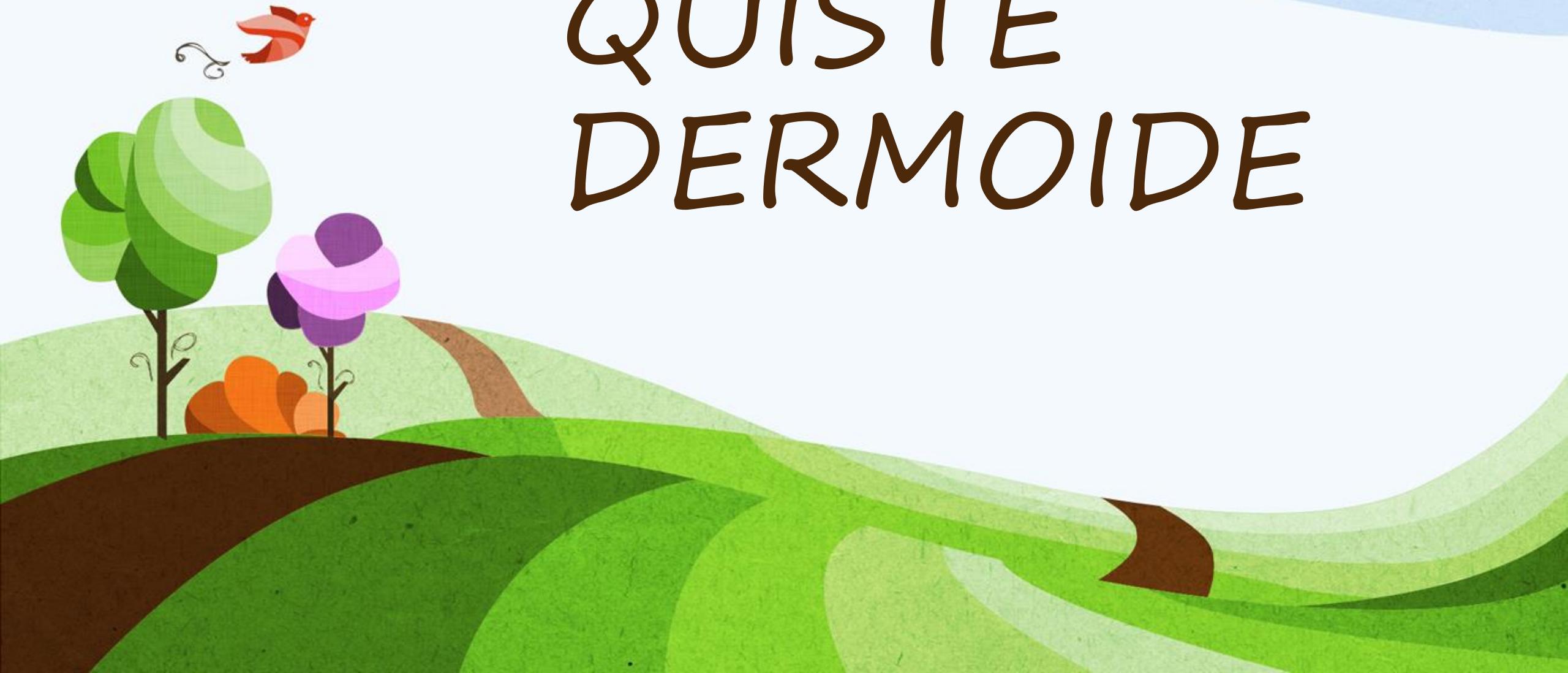
Quiste epidermoide. El aspecto microscópico de la pared quística revela una luz revestida por epitelio plano estratificado con una capa engrosada de ortoqueratina y una cápsula de tejido conjuntivo exenta de anejos cutáneos.

- La pared del quiste están formada por una estrecha zona de tejido conjuntivo fibroso comprimido que por lo general está libre de inflamación.
- Este quiste se trata mediante enucleación o extirpación quirúrgica. La recidiva es rara

Bibliografía

- J. Philip Sapp, Patología bucal y maxilofacial contemporanea, segunda edición, ELSEVIER MOSBY, capitulo 2, Quistes de las regiones orales, pag 57

QUISTE DERMOIDE



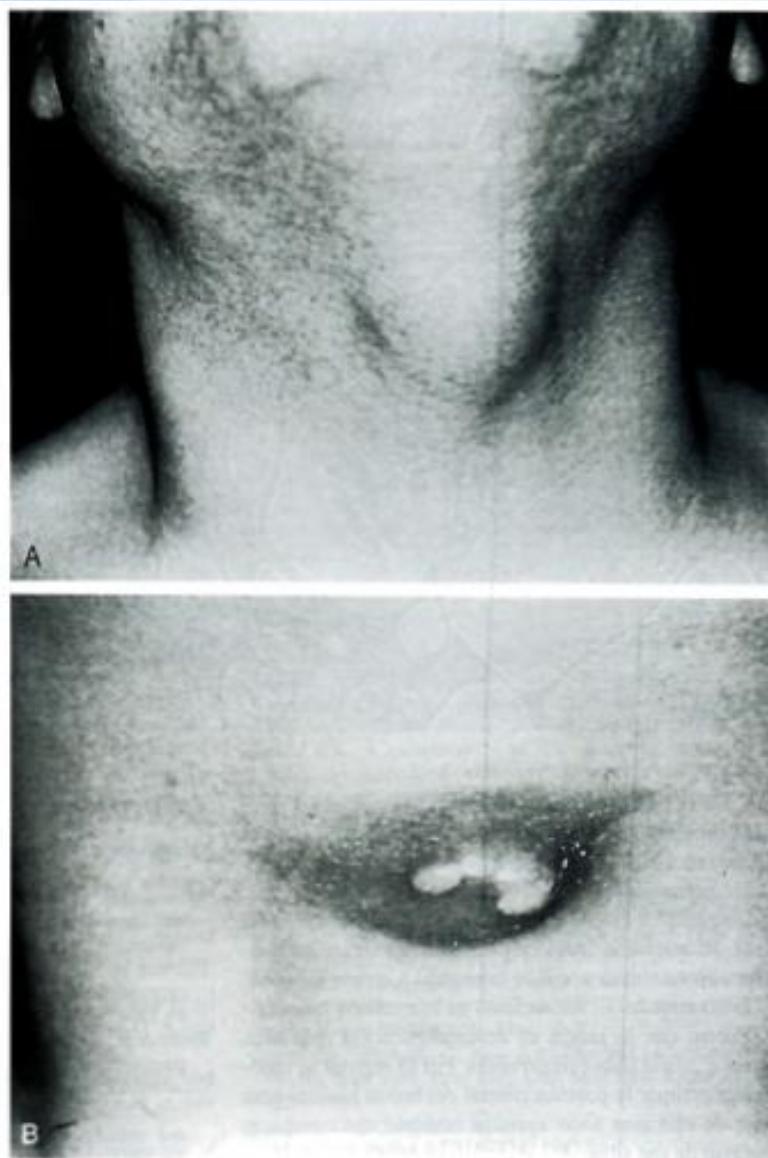


Fig. 10-40. A y B, quistes del conducto tiroglosos en la línea media del cuello. El quiste en B muestra infección secundaria. (Cortesía del Dr. J. N. Attie.)

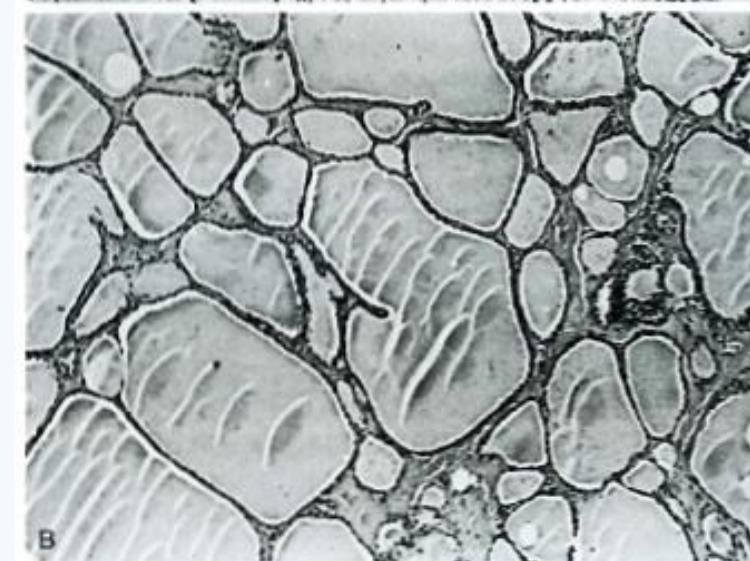
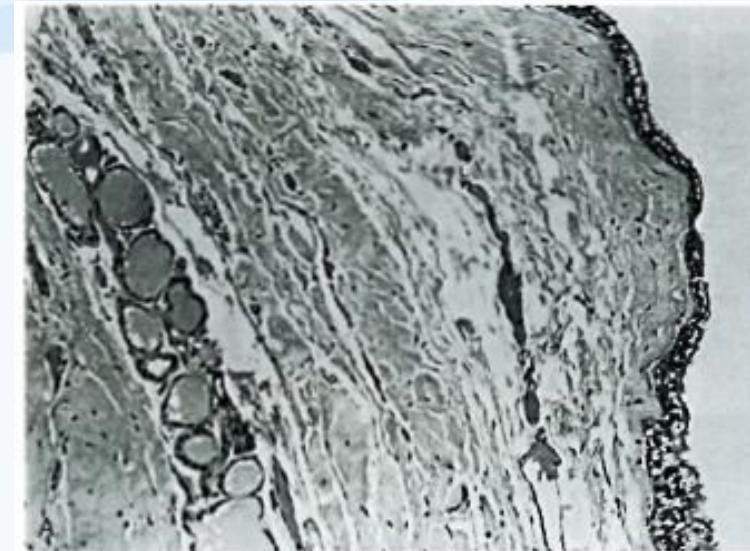


Fig. 10-41. A, quiste del conducto tiroglosos. Obsérvese la luz (derecha) y los acinos tiroideos (izquierda). B, tejido tiroideo en una tiroides lingual.

GENERALIDADES

- El quiste está recubierto por un epitelio similar a la epidermis y contiene estructuras anexiales dérmicas en la pared. Generalmente se clasifica como una forma quística benigna de teratoma.
- Un teratoma es un tumor de desarrollo compuesto de tejido de más de una capa de germen y, a veces los tres:
 - ❖ Ectodermo
 - ❖ Mesodermo
 - ❖ Endodermo



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- Surgen en niños y adultos jóvenes.
- Localizada en la línea media del piso de boca.
- Sublingual → por encima del músculo geniohioideo
- Submentoniana → Por debajo
- Puede desplazarse a la lengua
- Lenta e indolora
- Poca recidiva

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

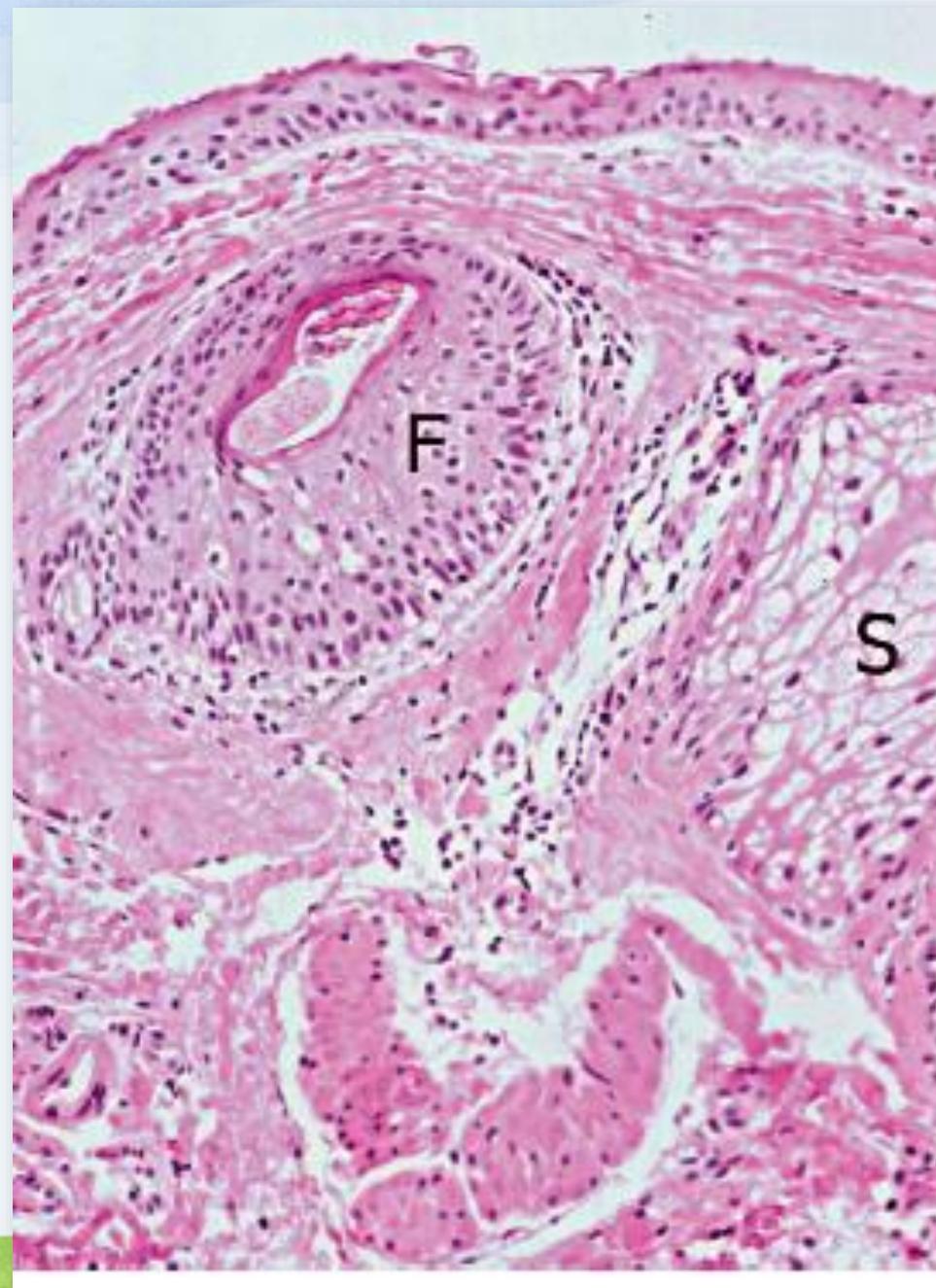
Imágenes por resonancia magnética, tomografías computarizadas o radiografías con medio de contraste

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS

- Epitelio Escamoso Estratificado Ortoqueratinizado con una capa prominente de células granulares
- La pared del quiste está compuesta de tejido conectivo fibroso que contiene uno o más apéndices de la piel.

TRATAMIENTO

- Extirpación quirúrgica
- Por encima del músculo geniohioideo → Incisión intraoral
- Debajo del músculo geniohioideo → Requiere un enfoque extraoral



Quiste dermoide en el piso de la boca

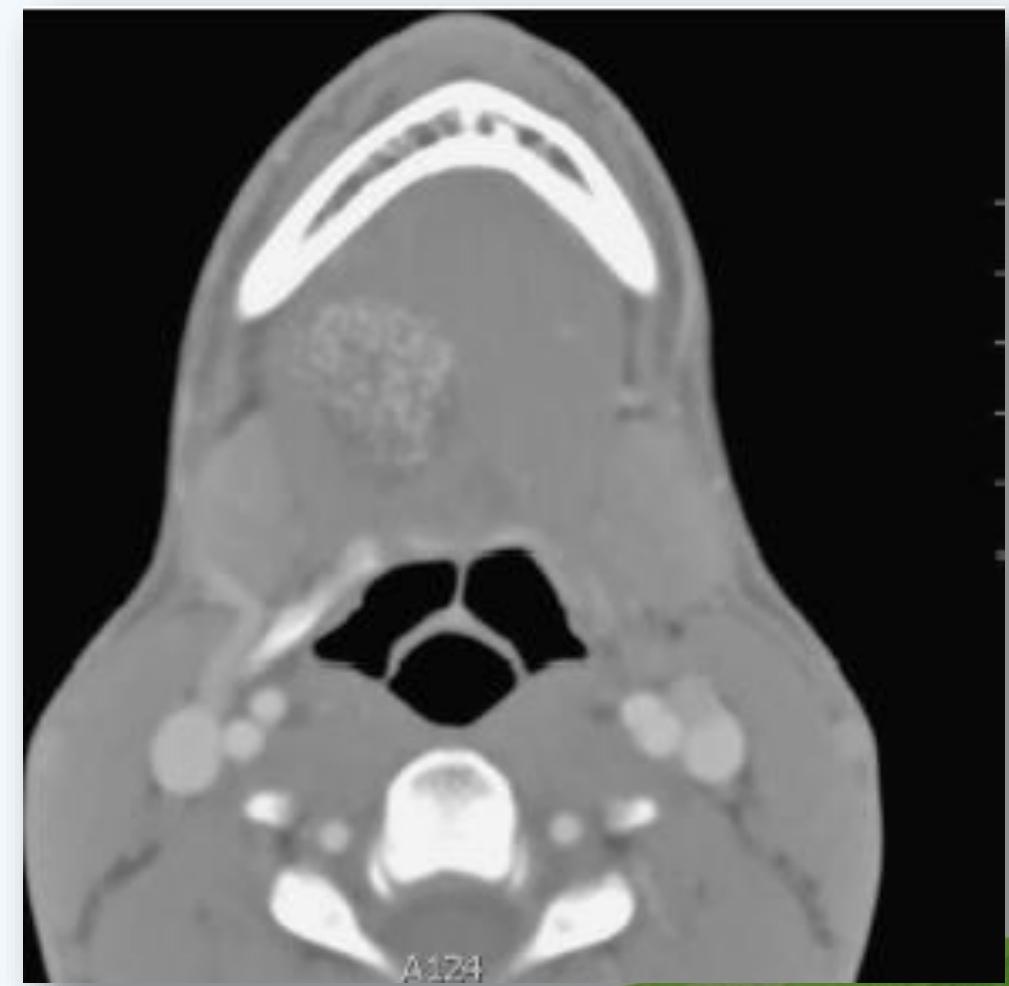
Dillon, J. / Avillo, A. / Nelson, B.

- *Caso:*

Un hombre de 19 años presentado a la clínica dental por un examen dental de rutina. Durante la cabeza y el cuello examen, se notó una plenitud del piso de la boca.

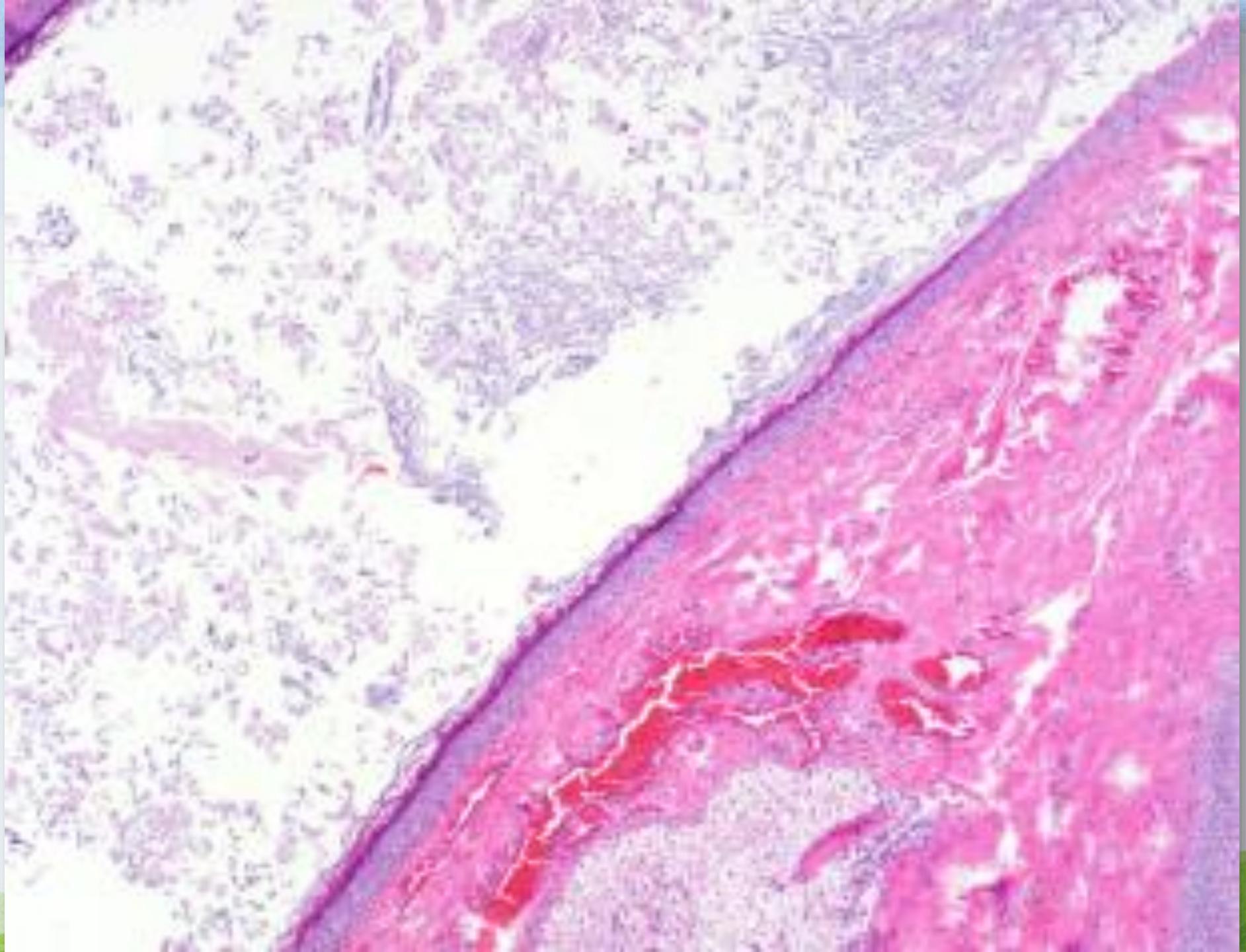
Al interrogar al paciente, afirmó que no conocía cualquier cambio y negó una historia de trauma reciente o infección

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS



Diagnóstico





Diagnóstico diferencial

- Histológico

- Quiste Epidermoide
- Quiste Teratoide

Quiste dermoide gigante sublingual en el piso de la boca

Harsha, J. / Sanjay, S. / Amit, S.

- **Reporte de un caso**

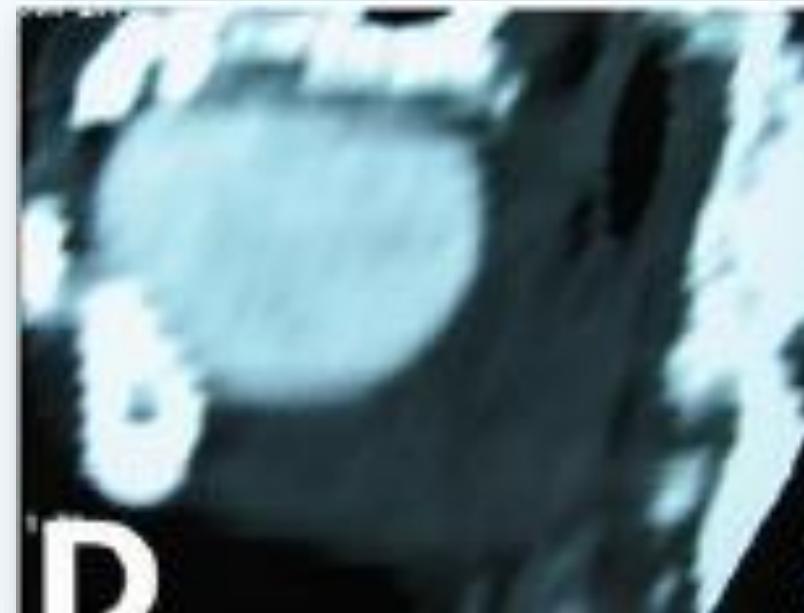
Paciente femenino de 17 años refirió un edema, que había aumentado progresivamente desde los últimos 3-4 años. Recientemente notó dificultad para comer y respirar.

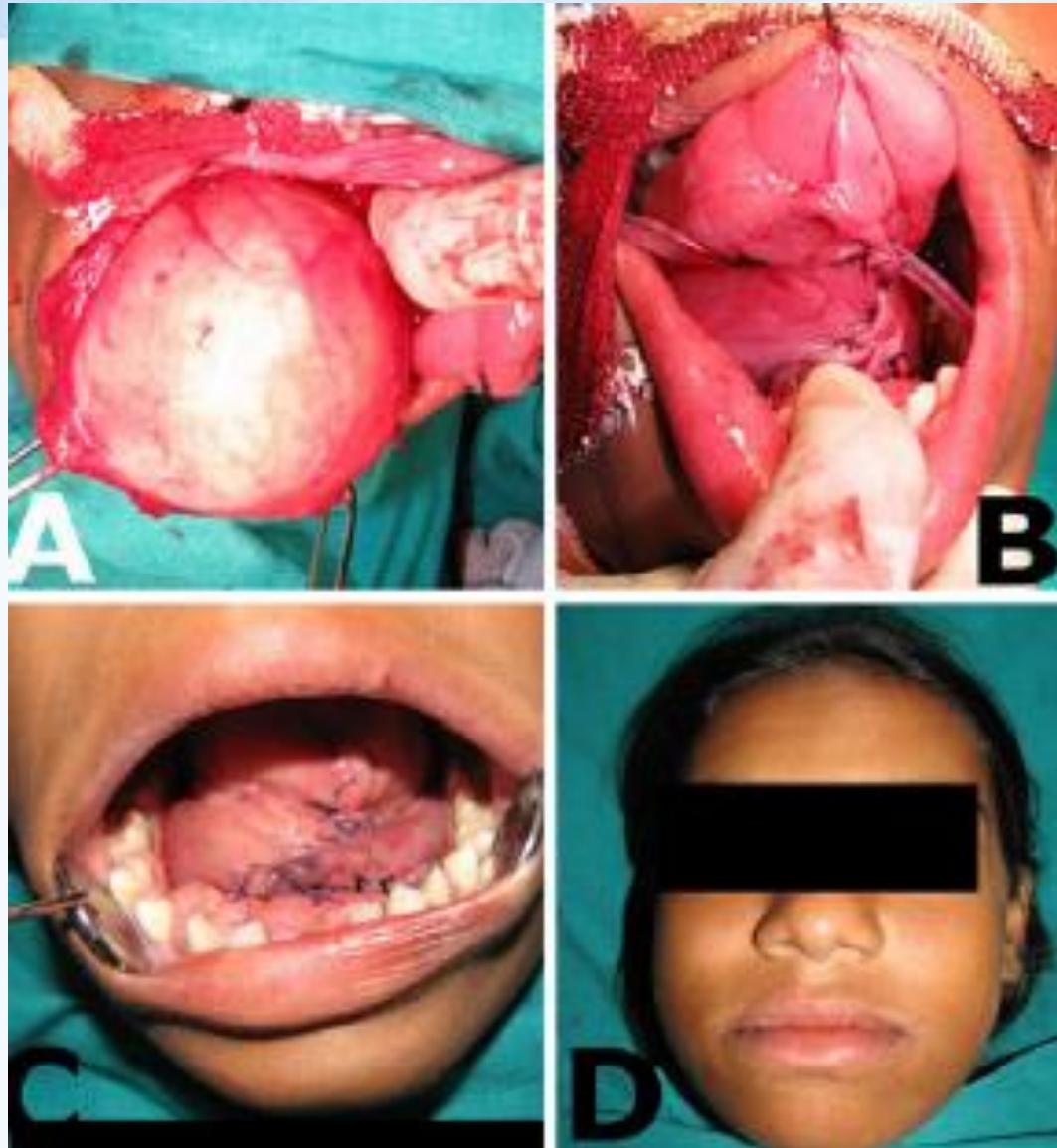
El examen general y sistémico fue normal.

El examen orla reveló una masa fluctuante con sangre, de aproximadamente 9x9 cm², de color rosado en piso de boca



La tomografía computarizada (TC) mostró una lesión bien definida en el piso de la boca

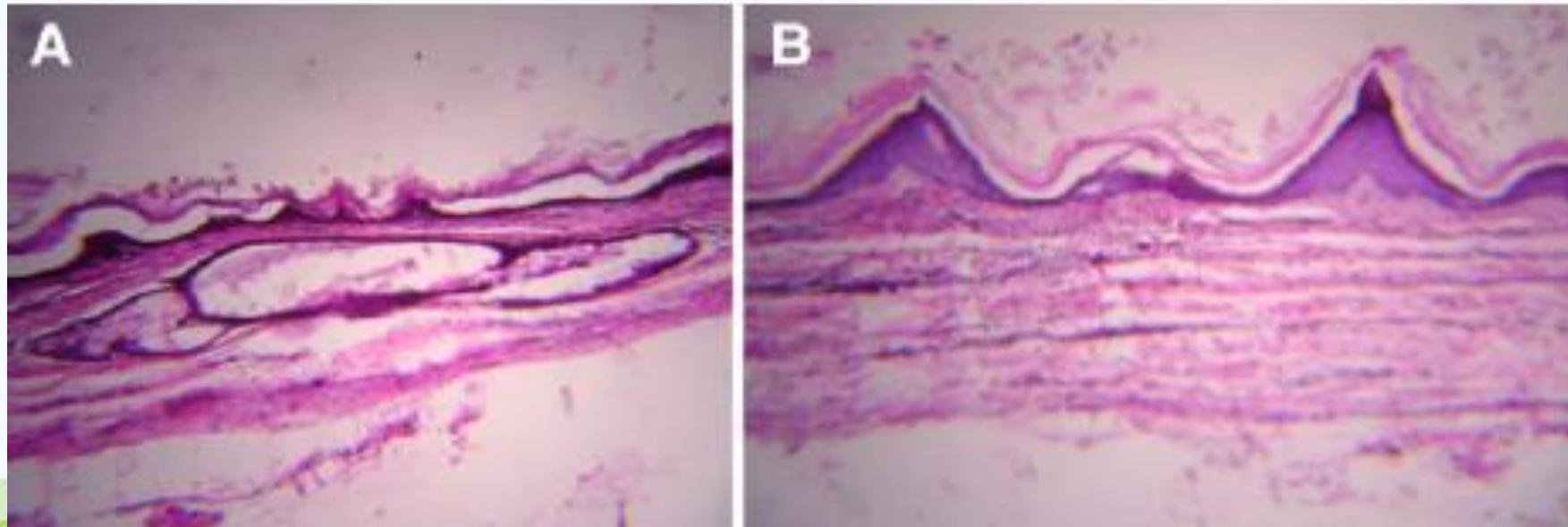




- Se realizó una Citología de Aspiración con Aguja Fina (FNAC) de la lesión, está mostró presencia principalmente queratina y escamas anucleadas sin células inflamatorias.
- La paciente se sometió a la escisión total de la lesión

Histopatología

- Mostró presencia de revestimiento quístico con estroma subyacente del tejido conectivo.
- Epitelio escamoso estratificado que tenía 8-12 capas de células de grosor.
- Estroma del tejido conectivo subyacente consistió en fibroblastos, fibras de colágeno y agregados de células inflamatorias.
- Folículos pilosos / glándulas sebáceas



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Neville, B. (2016) *Color Atlas of Clinical Oral Pathology*, 4a edición, BC Decker, London, pp.30-32.
- Dillon, J., Avillo, A. & Nelson, B. (2015) *Dermoid Cyst of the Floor of the Mouth*, Springer, (9), 376-378 pp.
- Harsha, J., Sanjay, S. & Amit, S. (2012) *Giant Sublingual Dermoid Cyst in Floor of the Mouth*, Springer, (2) 235-237 pp.

Quiste del conducto tirogloso



Quiste del conducto tirogloso

Es...	CX CLÍNICAS	HISTOLOGÍA	DX DIFERENCIAL	TRATAMIENTO
La base de ésta afección quística se relaciona con el desarrollo de la glándula tiroides.	<p>La mayoría aparecen en la línea media, con 60% sobre la membrana tirohioidea y sólo 2% en la propia lengua.</p> <p>Habitualmente son asintomáticos; cuando están unidos al hueso hioideo y la lengua pueden retraerse durante la deglución o la extensión de la lengua. Raras veces se ha descrito transformación malihna en estas anomalías.</p>	<p>A nivel del hueso hioideo: muestra un revestimiento de epitelio escamoso estratificado. Es común encontrar epitelio del tipo columnar o ciliado en quistes situados por debajo del hueso hioideo. Algunas veces hay malignidad en el quiste del conducto tirogloso, casi siempre en la forma de adenocarcinoma papilar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quiste dermoide - Neoplasia tiroidea - Quiste braquial - Quiste sebáceo 	Excisión quirúrgica y puede haber recurrencia.

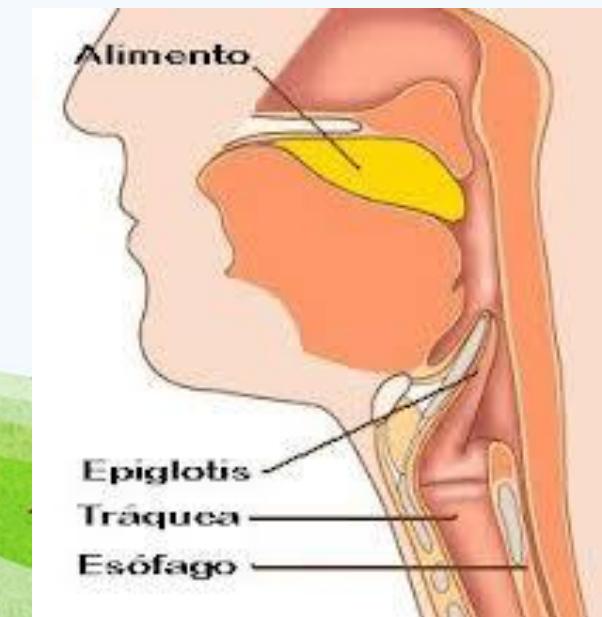
Bibliografía

- Joseph A. Regezi, Patología bucal, correlaciones clínicopatológicas, tercera edición, Mc Graw-Hill Interamericana, capítulo 10, Quistes de la boca, pag 322-324



Quiste linfoepitelial

De epiglotis



Se origina de tejido epitelial atrapado en tejido linfoide.

Nódulo blanco-amarillento

Superficie lisa, móvil, pediculado

Consistencia blanda, fluctuante, bien delimitado

Asintomático

Características clínicas

Características histológicas

Pared de tejido conectivo con tejido linfático abundante

Cavidad tapizada por epitelio plano estratificado, cilíndrico seudoestratificado con células mucosas o por epitelio cuboidal.

En el lumen pueden existir células epiteliales, polimorfonucleares, mononucleares y un material amorfó eosinófilo

Caso clínico:

- Paciente masculino de 1 año 7 meses de edad; Inició tres semanas previas a la consulta con cuadro agudo de la vía aérea superior. Una semana después se agregó roncus nocturno, apneas nocturnas en número de 5 a 6, respiración bucal y anorexia.
- La tomografía computada axial de cuello, mostró una imagen heterogénea con hipodensidad en su interior, ovalada, bien limitada, pediculada, dependiente de la raíz de la lengua, que afectaba la vía aérea.
- La nasofibrolaringoscopia flexible evidenció neoformación rosada de aspecto quístico dependiente de la cara lingual de epiglotis, móvil a la deglución, de 3 cm de diámetro, de superficie lisa y bordes bien delimitados.

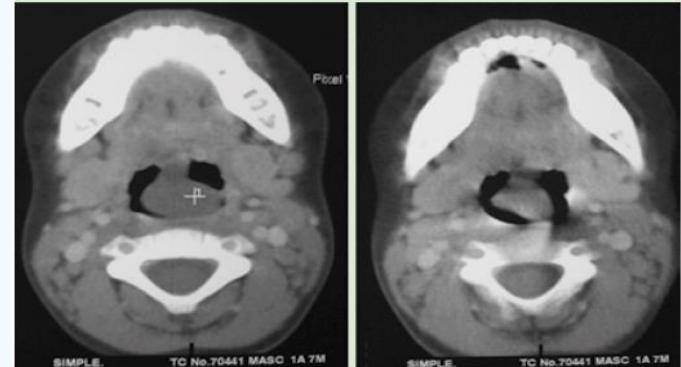


Figura 1. Tomografía en corte axial simple que muestra lesión redondeada en el área orofaríngea.



Figura 2. La fibroscopia muestra lesión sobre el vestíbulo laríngeo (flecha), pediculada, lisa.

Tratamiento

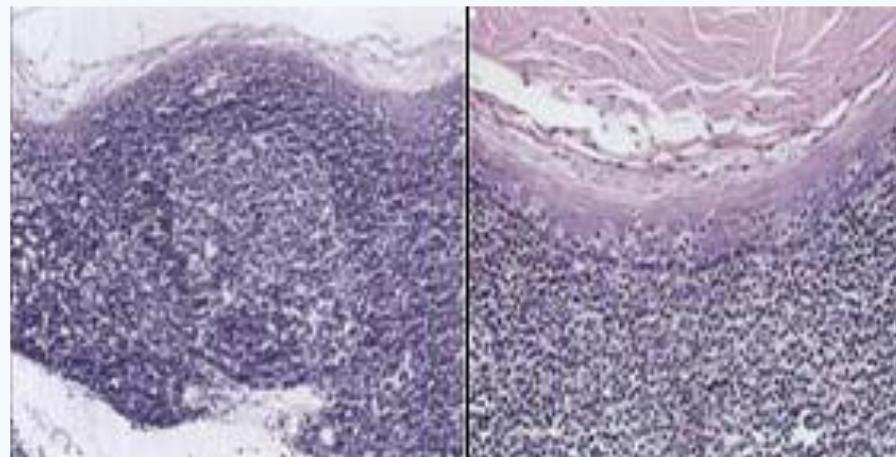
- Se realizó resección quirúrgica vía micro laringoscopia directa,



Figura 3. Quiste redondeado, de 3x2 cm, obsérvese el pedículo.

Estudio histológico

- Neoformación de bordes regulares, lisa, no friable, de coloración blanquecina de 3x2 cm, pediculada, dependiente de la cara lingual de la epiglottis.
- Nódulos linfáticos tapizados de epitelio plano pseudoestratificado.





Bibliografía:

Barrón-soto MA, Téllez-García GF,
Quintana Ruiz N(2017) QUISTE
LINFOEPITELIAL DE EPIGLOTIS, Anales de
Otorrinolaringología Mexicana
144;62(2):143-146.

Quiste Branquial Fisural



Introducción

Los quistes linfoepiteliales son raros que se presenten en la región de cabeza y cuello.

Los quistes que se localizan en la cavidad bucal se llaman Quistes Linfoepiteliales orales, así los quistes que se localizan en cuello son denominados Quistes Linfoepiteliales cervicales

Quiste Branquial Oral

Aparece en mayor frecuencia en regiones extraamigdalinas

- Parte anterior de piso de boca
- Borde posterolateral de lengua

También pueden presentarse en:

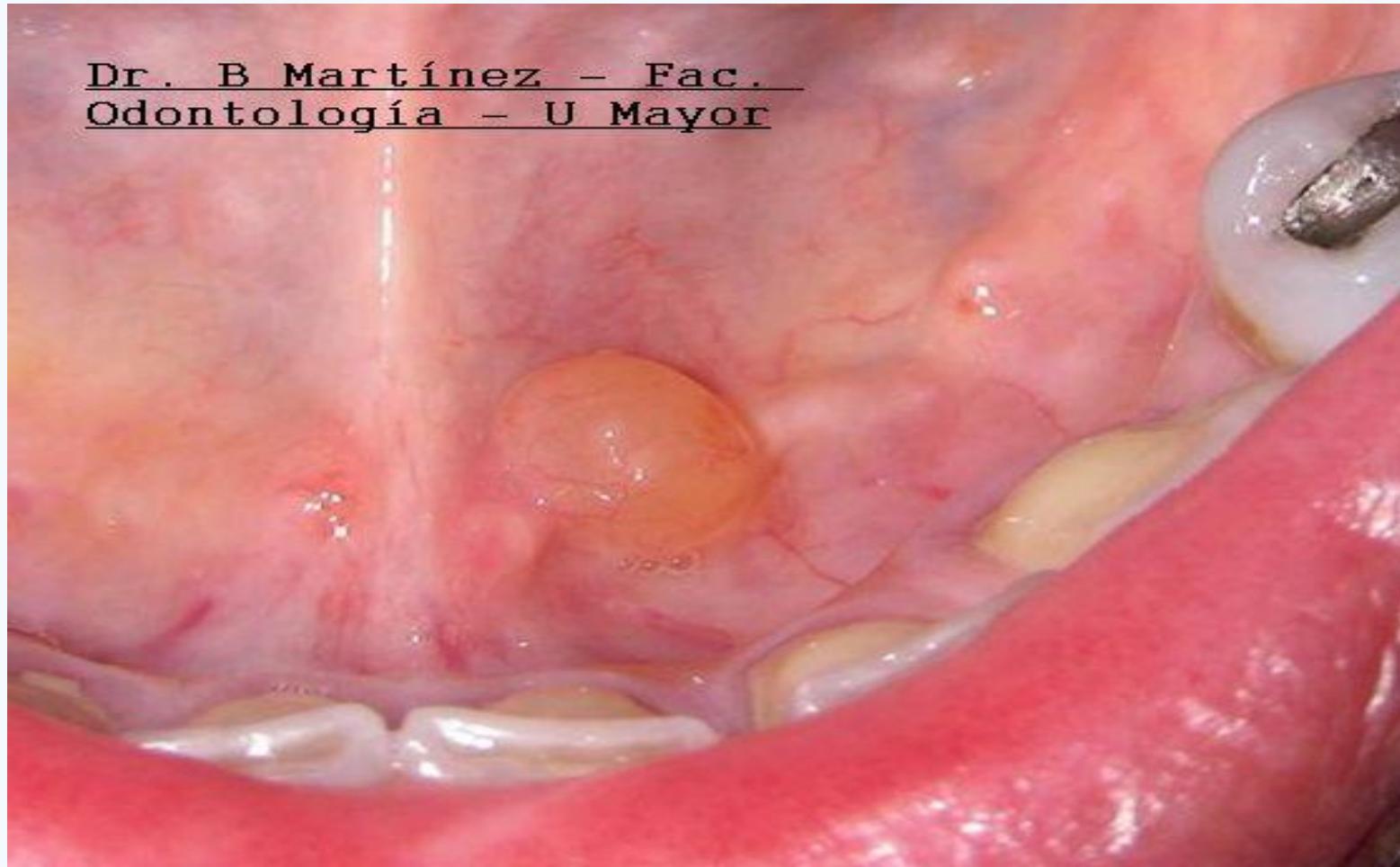
- Superficie ventral de lengua, paladar blando, pilares amigdalinos y orofaringe

Características Clínicas

- Masa submucosa de color amarillento
- Asintomático
- Crecimiento al final de la infancia o en adultos jóvenes
- Menos de 1cm de diámetro

Quiste Branquial Oral

Dr. B. Martínez - Fac.
Odontología - U Mayor



Histopatología

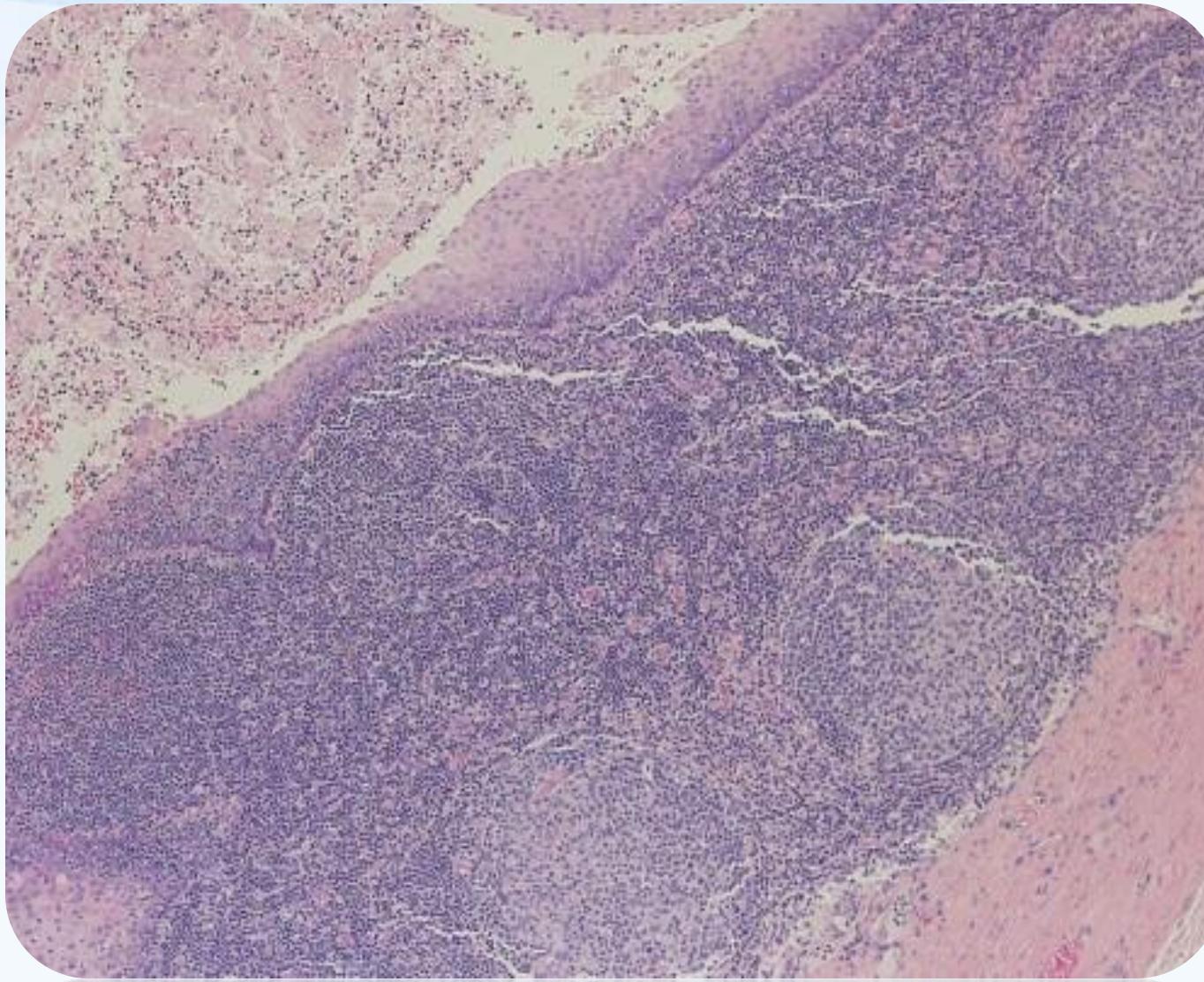
Esta revestido por una capa delgada de epitelio plano paraqueratinizado rodeada por una masa de tejido linfoide que representa un numero variable de centros germinales

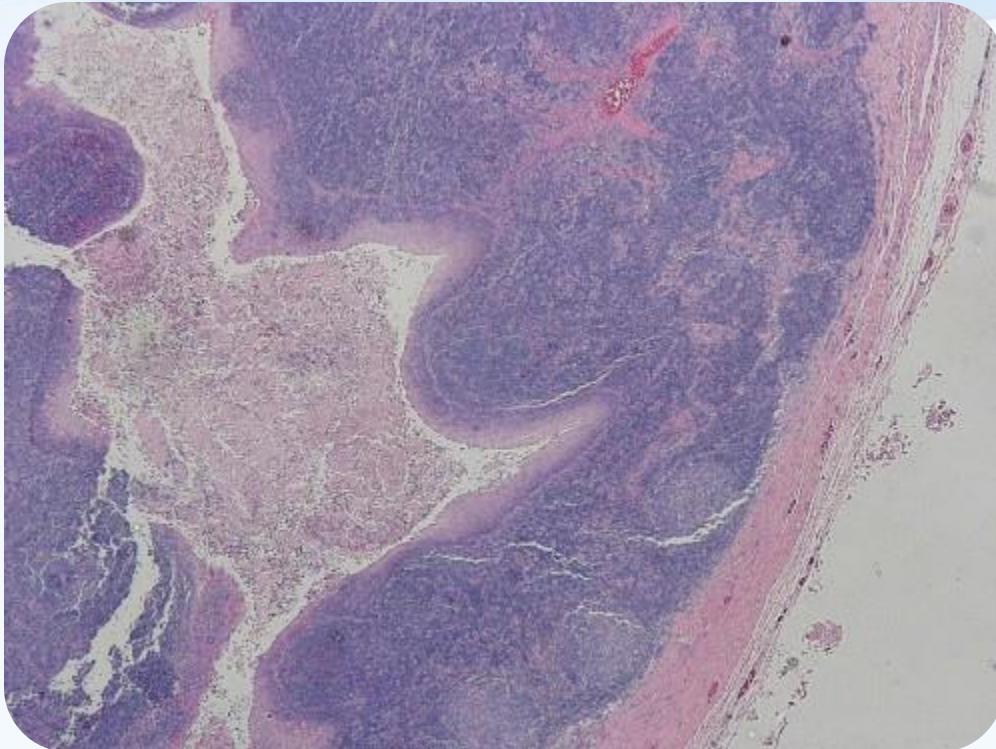
La luz del quiste esta llena de paraqueratina descamada

En ocasiones suele observarse la cripta que comunica la superficie mucosa con la luz del quiste

Tratamiento

Escisión Quirúrgica conservadora





Lumen revestido por epitelio plano pluriestratificado, y bajo él infiltrado linfocitario con formación de centros germinativos y cápsula de tejido conjuntivo fibroso.

Quiste Linfoepitelial cervical

También llamado quiste de la hendidura branquial, quiste branquial fisural o ganglio linfático quístico benigno

Se presenta en la cara lateral del cuello, por delante del músculo esternocleidomastoideo

Deriva del epitelio englobado en los tejidos linfoideos del cuello durante el desarrollo embrionario de los senos cervicales o las segundas bolsas branquiales

Otra teoría propone que el epitelio de este quiste deriva del epitelio del conducto salival englobado en los ganglios linfáticos cervicales durante la embriogenesia.



Características Clínicas

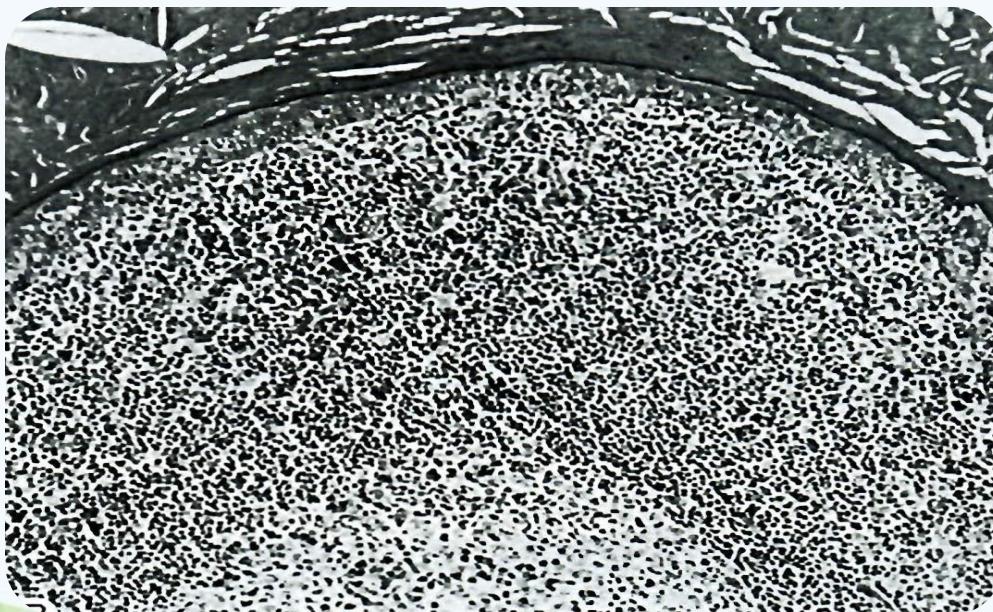
- Al final de la niñez o al inicio de la edad adulta
- Tumefacción indolora en la cara lateral del cuello por delante del músculo esternocleidomastoideo
- Se suele presentar una fistula con secreción que comunica el quiste con la superficie cutánea supra yacente



Histología

Revestido por un epitelio estratificado escamoso, epitelio columnar pseudoestratificado o ambos

El epitelio se apoya en un tejido conectivo que contiene agregados linfoideos con centros germinales por lo general bien formados



Tejido linfoide
subyacente al
delgado
revestimiento
epitelial

Diagnóstico Diferencial

Preoperatorio:

- Linfadenitis cervical
- Quistes cutáneos de inclusión
- Lingangioma
- Tumor en la cola de la parótida

Tratamiento

Escisión Quirúrgica



Reporte de caso clínico

Quiste Branquial Fisural; Informe de un caso

Paciente de 50 años de edad se presento en el hospital por una queja de hinchazón en la mandíbula inferior desde hace 4 a 5 meses.

En el examen clínico, se observó una *hinchazón debajo del lado izquierdo del ángulo de la mandíbula, que media 5 x 3 cm y se extendía 4 cm por debajo de la base de la mandíbula y oblicuamente a 5 cm del ángulo de la mandíbula.*

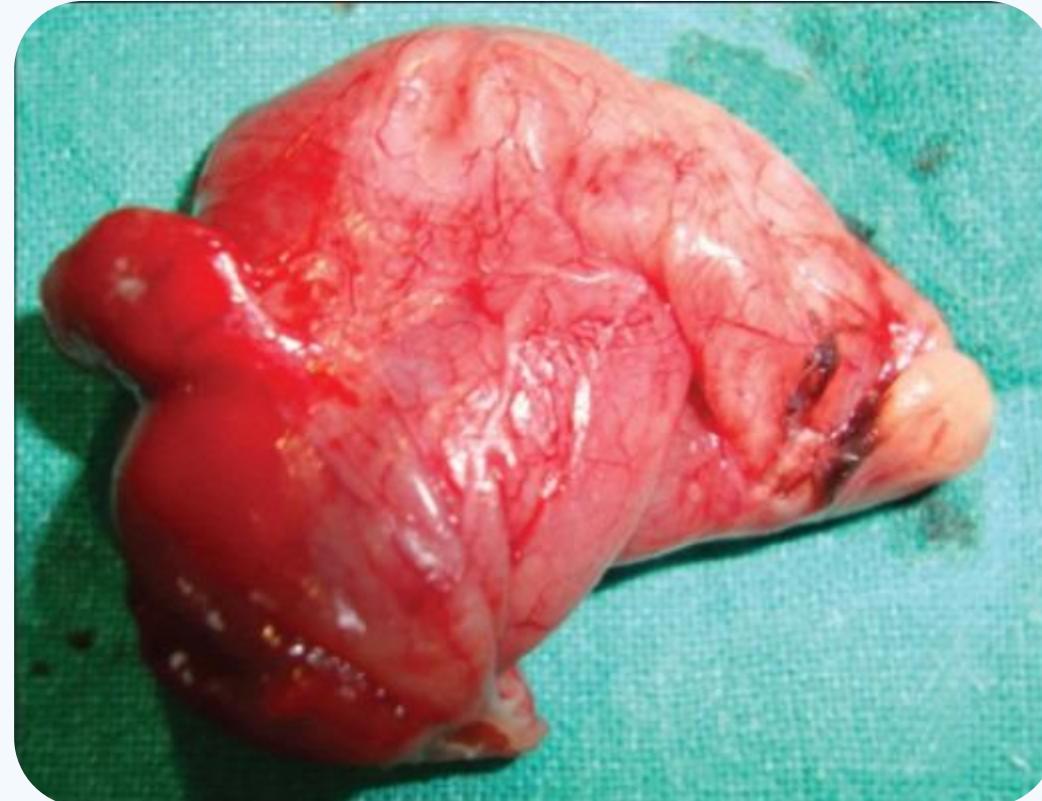
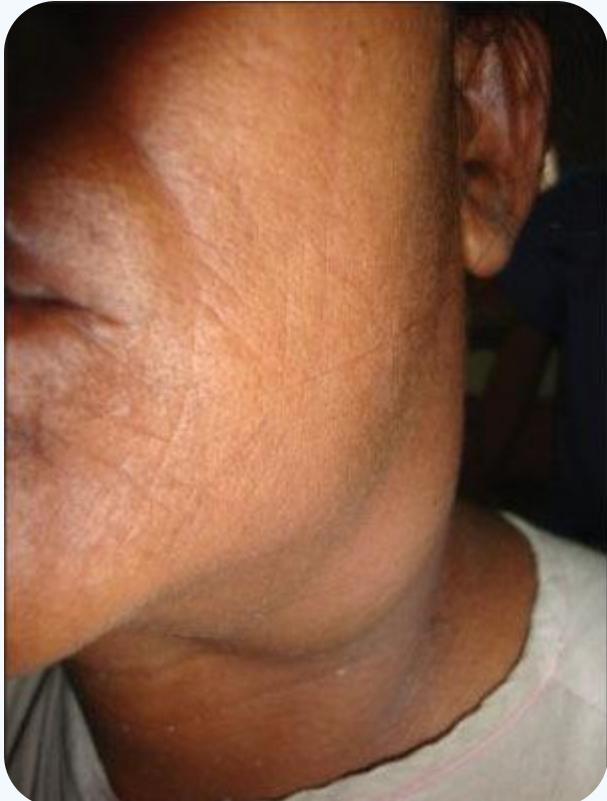
La masa era anterior y profunda al músculo esternocleidomastoideo

Suave en consistencia, fluctuante y dolorosa

Diagnosticado como tumor mucoepidermoide de parótida

Se intervino al paciente y se extrajo el tejido extirpado, tejido media 5×3 cm y la sección cortada era parcialmente de color marrón.

Mostró material mucoide dentro de la cavidad quística, la pared del quiste era muy gruesa con proyecciones papilares

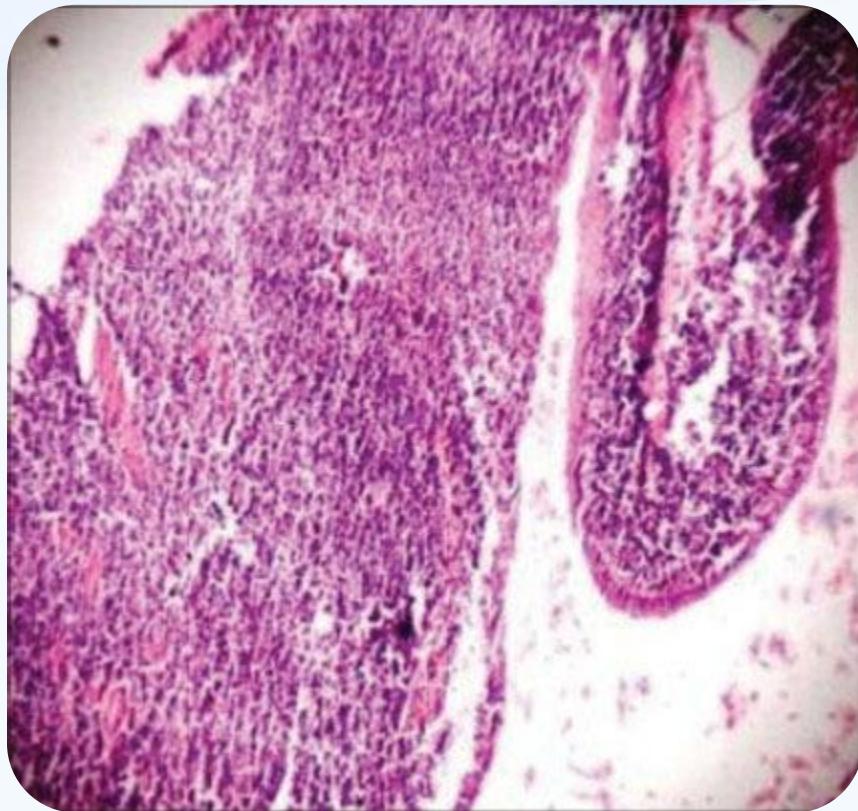


Los hallazgos histopatológicos mostraron una cavidad quística cubierta por epitelio y el tejido conectivo subyacente mostró centros germinales.

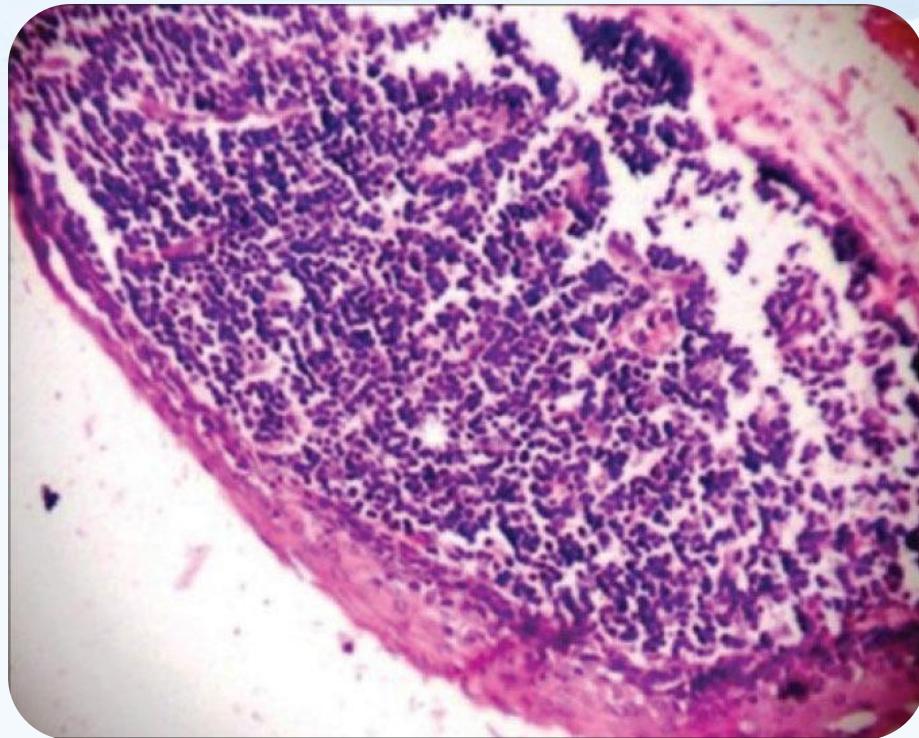
Tipo de epitelio escamoso estratificado y tenía 6-8 células en capas de espesor

La luz quística mostró algunas hebras epiteliales escamosas descamadas del epitelio quístico

Elementos fibrosos del tejido conectivo con fibroblastos y vasos sanguíneos revestidos por células endoteliales fueron evidentes



Cavidad Quística cubierta por un epitelio escamoso estratificado delgado con el tejido conectivo subyacente que muestra abundante agregado de tejido linfoide (tinción H & E, $\times 40$)



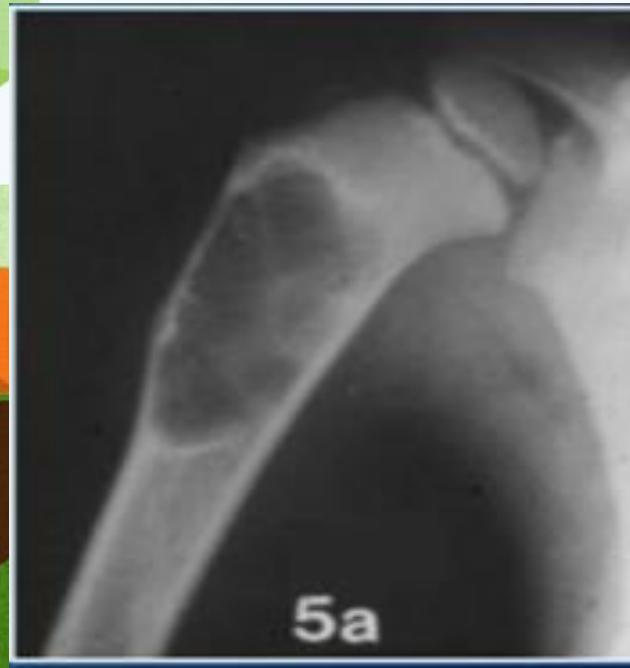
Luz quística revestida por un epitelio escamoso estratificado delgado con crestas de rete plana y tejido conectivo subyacente que muestra abundante agregado de tejido linfoide (tinción H & E, $\times 100$).

Bibliografía

- Surekha Chavan. (2014 Jan-Apr; 18()). Branchial cleft cyst: A case report and review of literature. Indian Assosation of oral and maxilofacialPathologist, 18, 150.
- Joseph A. Regezi, James J. Sciubba. (1991). Patología Bucal . Estados Unidos: Interamericana-McGraw Hill.



Quiste Óseo Traumático



Es una cavidad benigna intraósea que carece de un revestimiento epitelial con un contenido seroso o sanguinolento que en algunos casos puede estar ausente, se encuentra revestida por una delgada membrana fibrovascular.

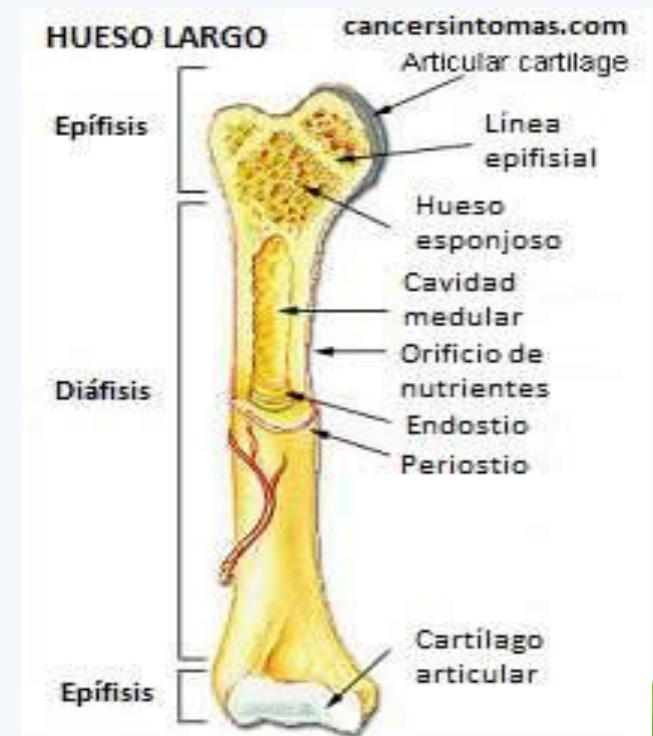
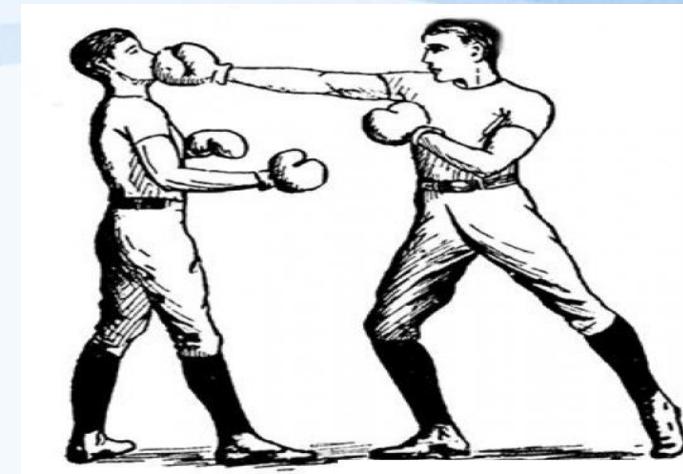
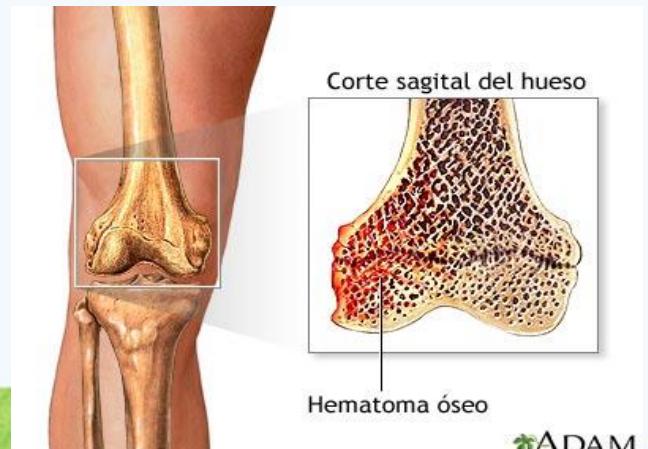


Patogenia

Se ha propuesto como hipótesis la formación de un hematoma inducido por traumatismo en la porción intramedular del hueso.

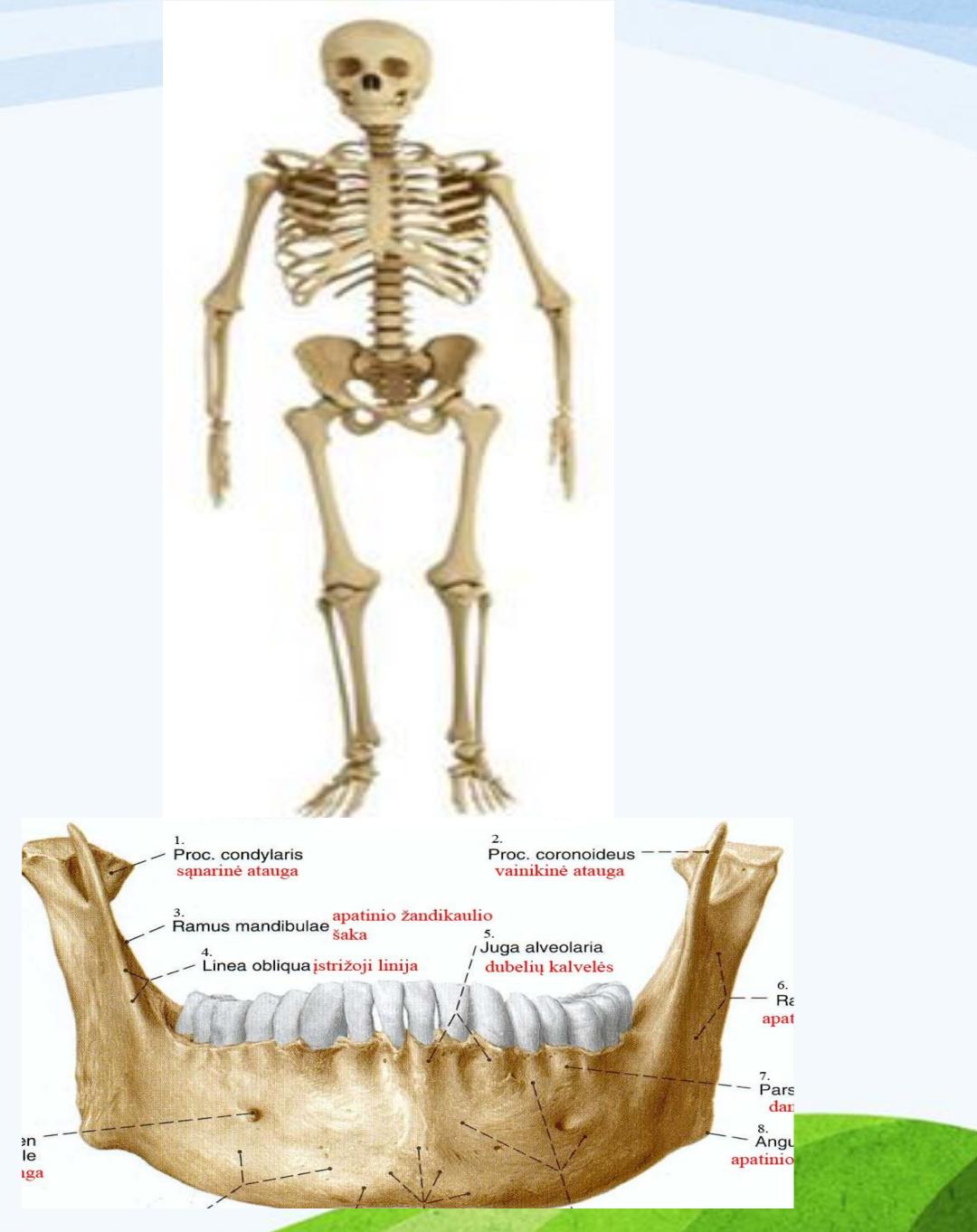
La etiología y patogénesis es desconocida, pero varias teorías se han propuesto, tales como:

-Degeneración de los tumores óseos, Alteraciones en el metabolismo de calcio, Alteración local en el crecimiento óseo, Aumento de la osteólisis, Obstrucción venosa, Hemorragia intramedular, Leves cuadros infecciosos, Isquemia local, o una combinación de esos factores.



Características clínicas

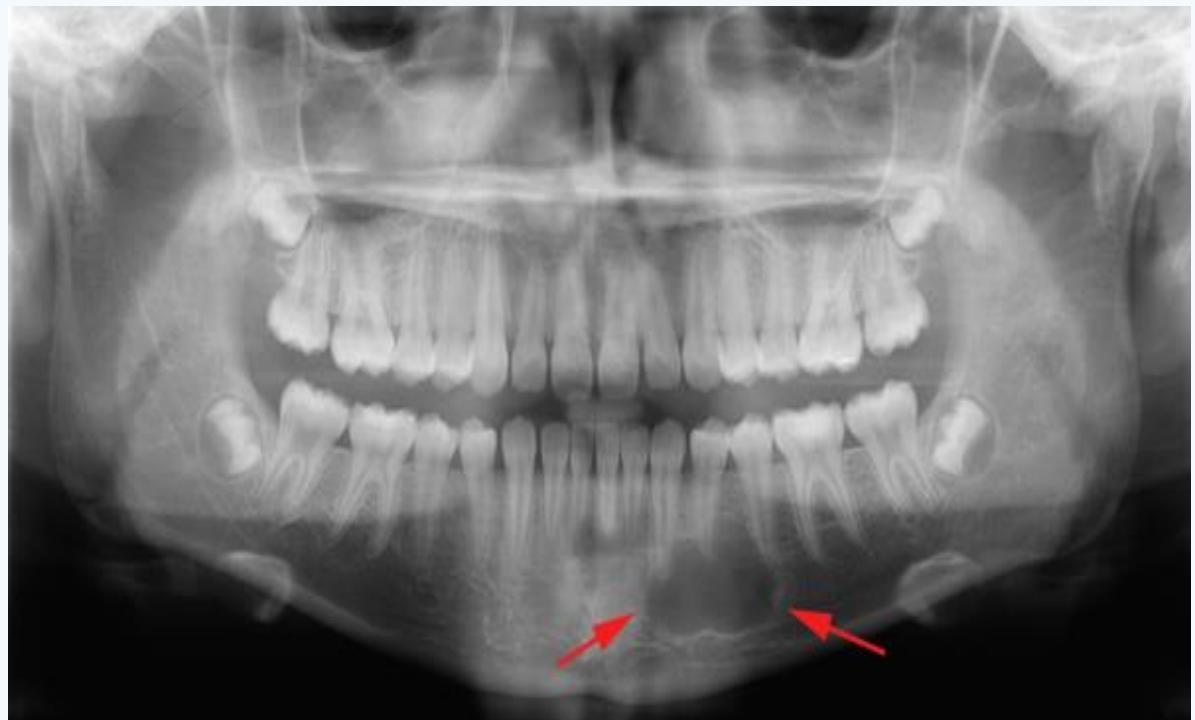
- Afecta por igual a hombres y mujeres entre la 1 y 2 década de la vida, aunque puede aparecer en cualquier etapa de la vida.
- El sitio más frecuente de aparición es en el cuerpo y en la sínfisis de la mandíbula, en metáfisis del fémur y húmero.
- En personas mayores a la 2 década de la vida se localiza en la tibia, peroné, calcáneo, costillas, escápula, rótula, radio, cúbito, metacarpianos y metatarsianos.



- Son inusuales los casos bilaterales
- Asintomática, aunque entre 3% y 35% de los casos presenta sintomatología y suele descubrirse durante una exploración radiográfica de rutina
- En la mayoría de las veces los dientes de la zona presentan vitalidad pulpar.

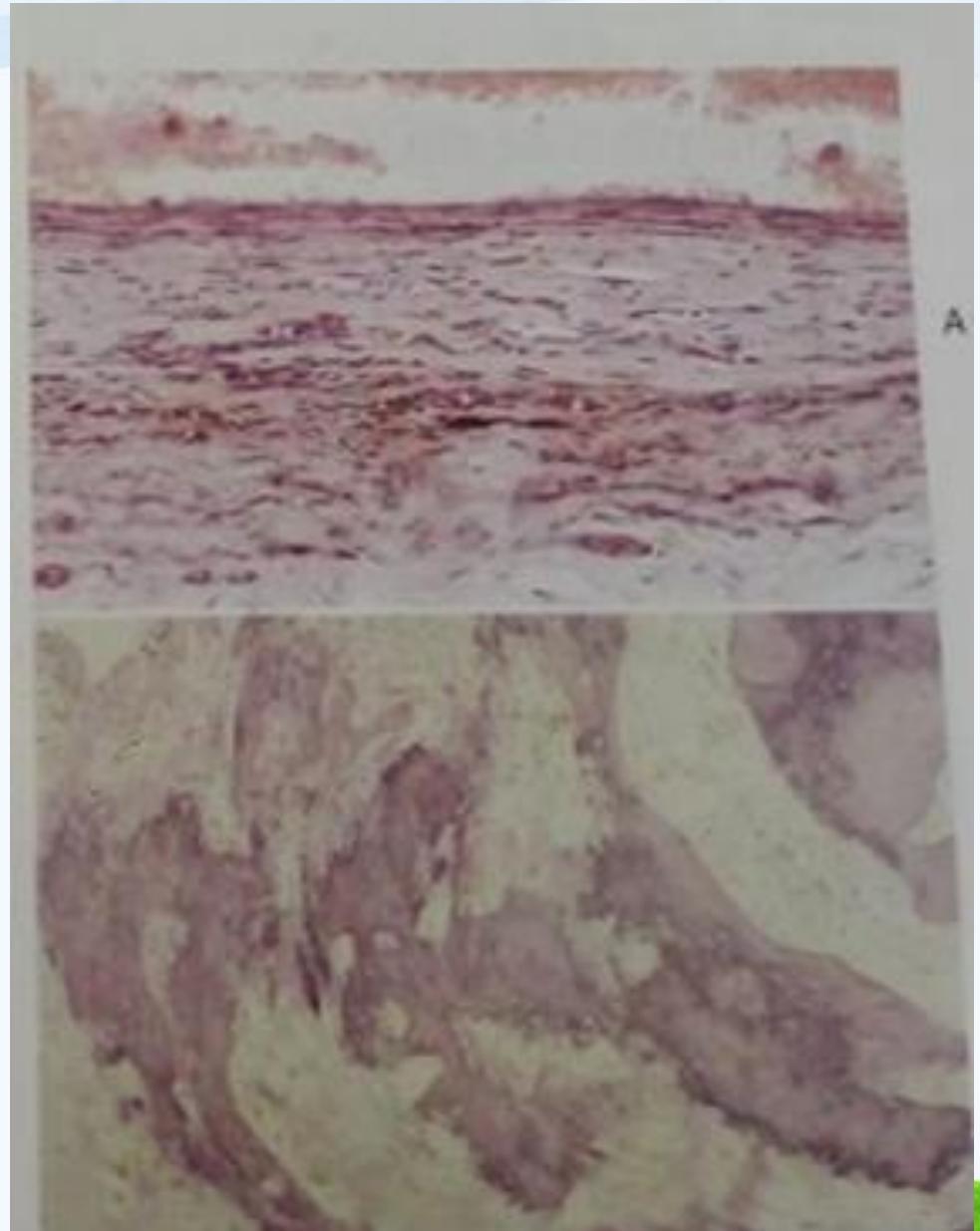


-Área radiolúcida, bien delimitada y con bordes irregulares, de tamaño variable, unilocular aunque puede presentarse multilocular, cuando la lesión afecta a los espacios interdentarios, puede manifestar un aspecto lobular o festoneado. No suelen presentar expansión cortical. El desplazamiento dentario y la reabsorción de la raíz son poco frecuentes.



Histología

Cantidades mínimas de tejido fibroso bien vascularizado en la pared del hueso, algunas veces presenta contenido el cual contiene sangre o líquido serosanguinolento sin evidencia de un componente epitelial, que puede incluir células gigantes y gránulos de hemosiderina



Diagnóstico

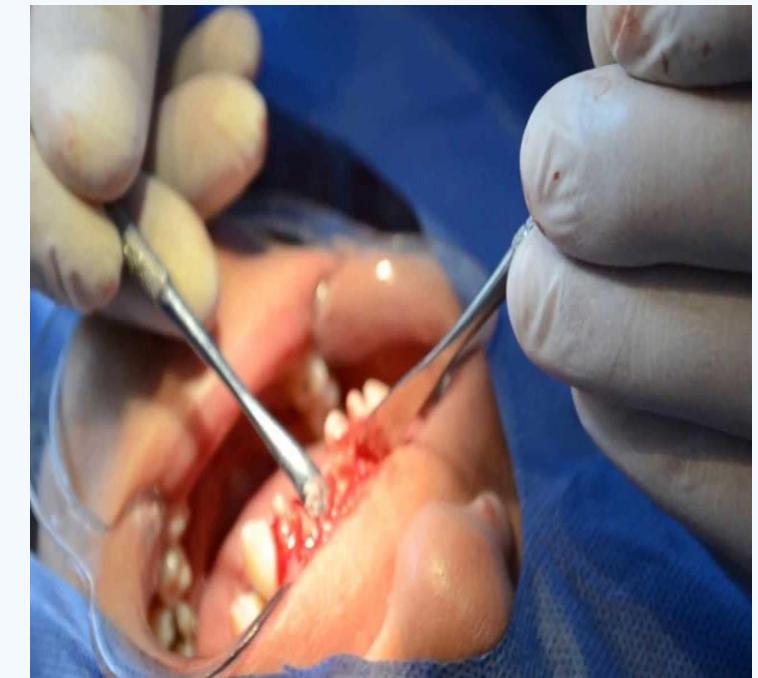
Suele diagnosticarse por una fractura patológica, dolor, deformidad ósea, o como hallazgo casual en una exploración radiográfica.

Aunque el diagnóstico de certeza se establece en base a datos clínicos, radiológicos e histológicos, se ha argumentado que los dos primeros son tan característicos que se puede establecer el diagnóstico sin histología ni otras pruebas complementarias.



Tratamiento

- Exploración quirúrgica seguida de curetaje óseo de las paredes, con el objetivo de estimular la hemorragia para la formación de coágulos de sangre que dará lugar a una regeneración del tejido óseo.
- No está indicado realizar tratamiento endodóntico en los dientes implicados, puesto que la pulpa dentaria se mantiene vital, incluso tras la intervención quirúrgica.
- La recurrencia o la persistencia de la lesión es muy inusual pero ha sido reportado. La radiografía periódica debe continuar hasta que se haya confirmado la resolución completa.



Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 14 años de edad, fue remitido a la Clínica de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la PUC-Minas (Pontificia Universidad Católica) por su ortodoncista por presentar una imagen radiolúcida en la región sínfisiaria.

El paciente no refiere ninguna sintomatología dolorosa y tampoco alteración de la sensibilidad en la zona afectada. No presenta en su historial médico ni odontológico ningún dato relevante y no tiene antecedentes de traumatismos. La lesión se descubre por hallazgo radiográfico 1 año después de la inserción de la aparatología ortodóncica.



Examen extraoral/intraoral

En el examen extraoral no se observa asimetría facial.

Al examen intraoral de la zona afectada, el vestíbulo se encontraba desocupado, sin abombamiento de las tablas óseas, los dientes involucrados tenían vitalidad pulpar positiva y una mucosa de características normales al tejido adyacente.

Estudios de imagenología

Se le pidieron al ortodoncista las radiografías panorámicas de 1 mes antes de iniciar el tratamiento de ortodoncia y 1 año después de la instalación de la aparatología ortodóncica, en la cual se detectó que antes de iniciar el tratamiento ortodóncico, el paciente ya tenía la lesión. Las radiografías revelaron una imagen radiolúcida circunscrita, rodeadas por un halo radiopaco, de bordes irregulares, presentándose desde el incisivo lateral inferior hasta el canino inferior, que se extendía festoneando las raíces de los dientes adyacentes.

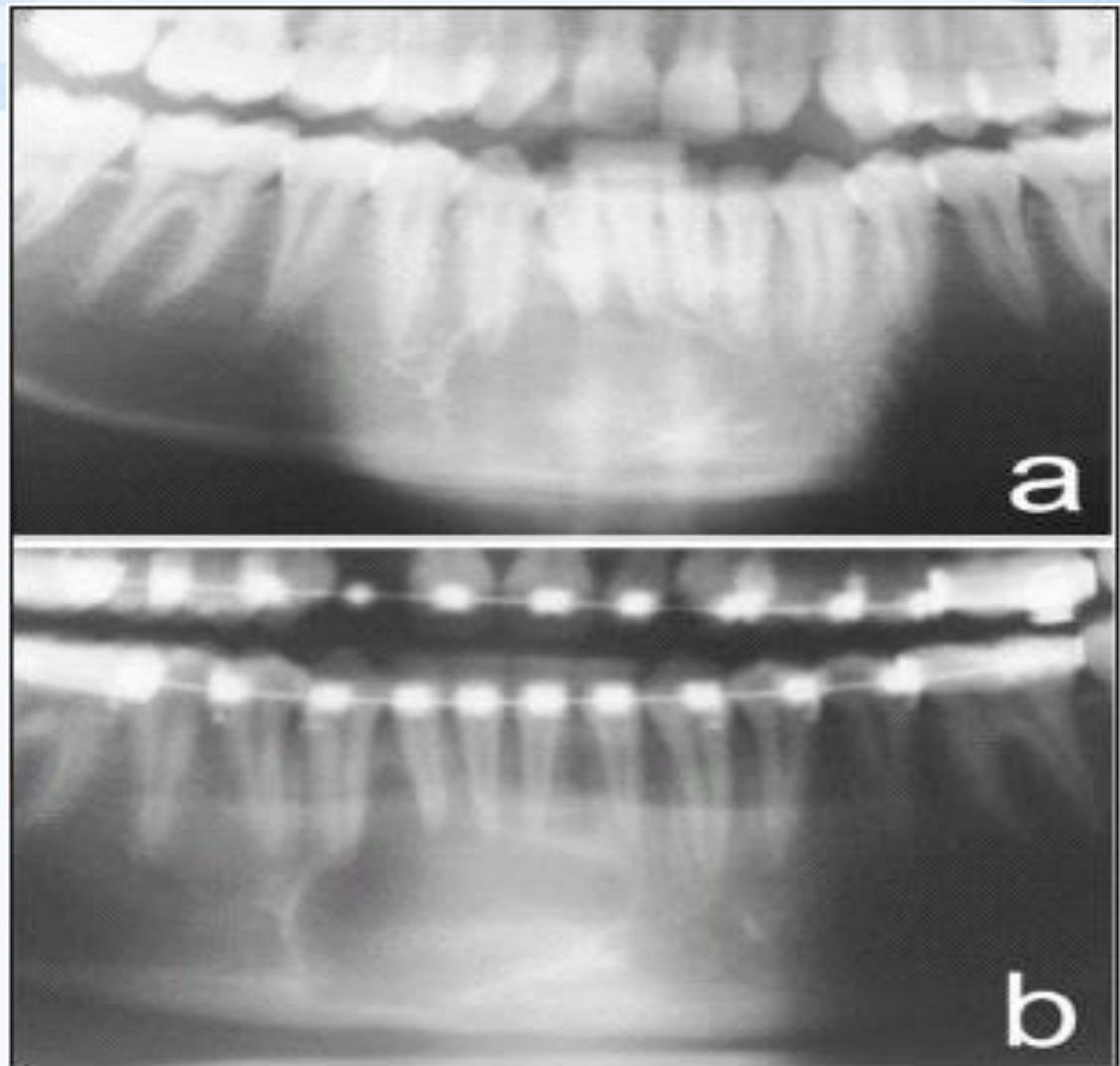


Fig. 1. a) Radiografía panorámica, tomada 1 mes antes de iniciar el tratamiento de ortodoncia. Nótese la presencia de una imagen radiolúcida que compromete la región sínfisiaria. b) Radiografía panorámica, tomada 1 año después instalación de la aparatología ortodóncica, se observa un aumento de la imagen radiolúcida que festonea las raíces de los dientes adyacentes.

En la tomografía computarizada (TAC) se observó claramente la alteración de la arquitectura ósea, sin expansión de corticales, así como un adelgazamiento de las corticales lingual y vestibular.

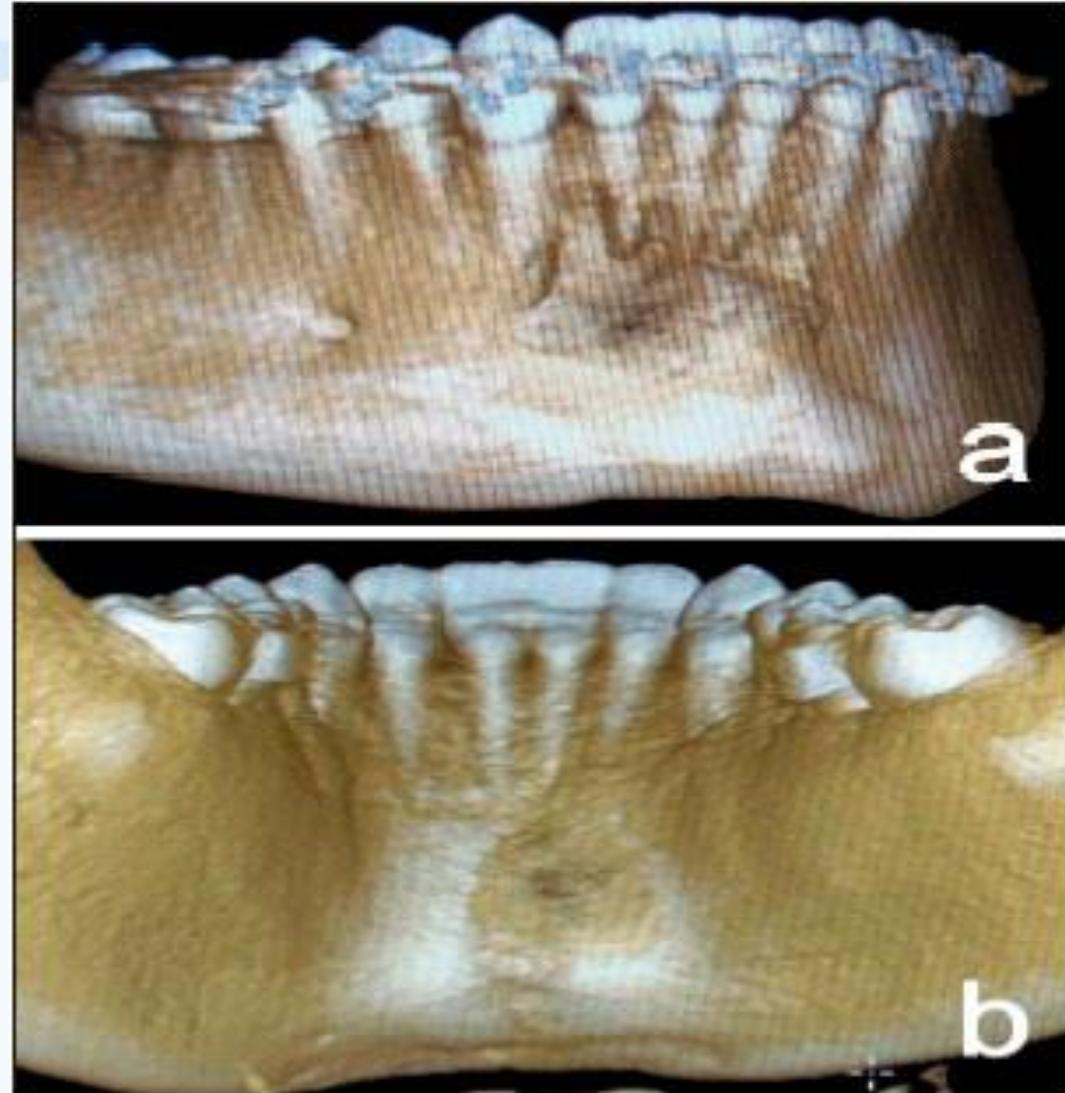


Fig. 3. a y b) Tomografía computarizada; las imágenes 3D demuestran alteración de la arquitectura ósea en la zona de síntesis mandibular.

Se realizó una punción aspiración con aguja fina para descartar lesión quística, hemorrágica y sólida, de la que se obtuvo contenido líquido sanguinolento.



Fig. 4. Punción aspiración de la lesión (líquido sanguinolento).

Bajo anestesia local, se procedió a la exploración clínica del área afectada. La cavidad ósea estaba vacía y desprovista de tejido de revestimiento. A partir de esta observación, se confirmó el diagnóstico de quiste óseo simple. Se realizó legrado del lecho óseo con la finalidad de producir un sangrado en la cavidad y formación de coágulos de sangre.

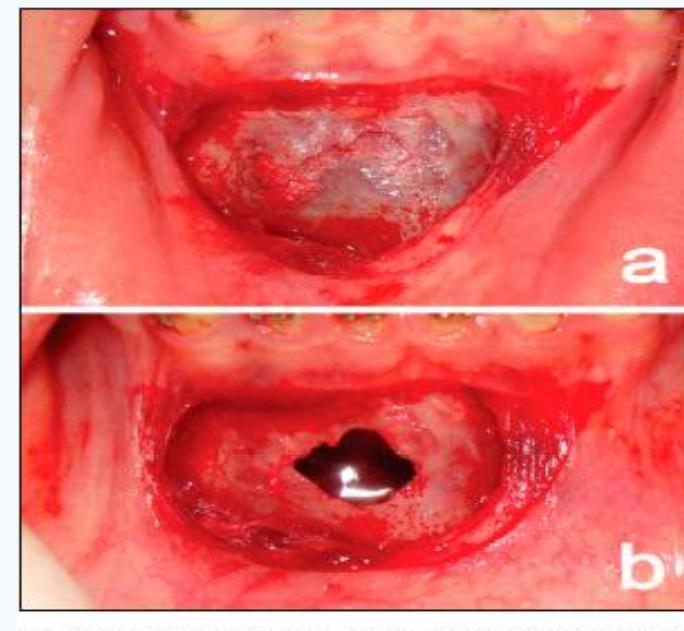


Fig. 5. a) Imagen intraoperatorio, donde se observa adelgazamiento de la cortical externa. b) Aspectos de la cavidad ósea, tras la apertura.

El postoperatorio transcurrió sin incidentes y a los 17 meses de seguimiento, la tomografía computarizada (TAC) mostró una restauración de la estructura ósea. Todos los dientes implicados en la lesión demostraron signos positivos en las pruebas de vitalidad pulpar.

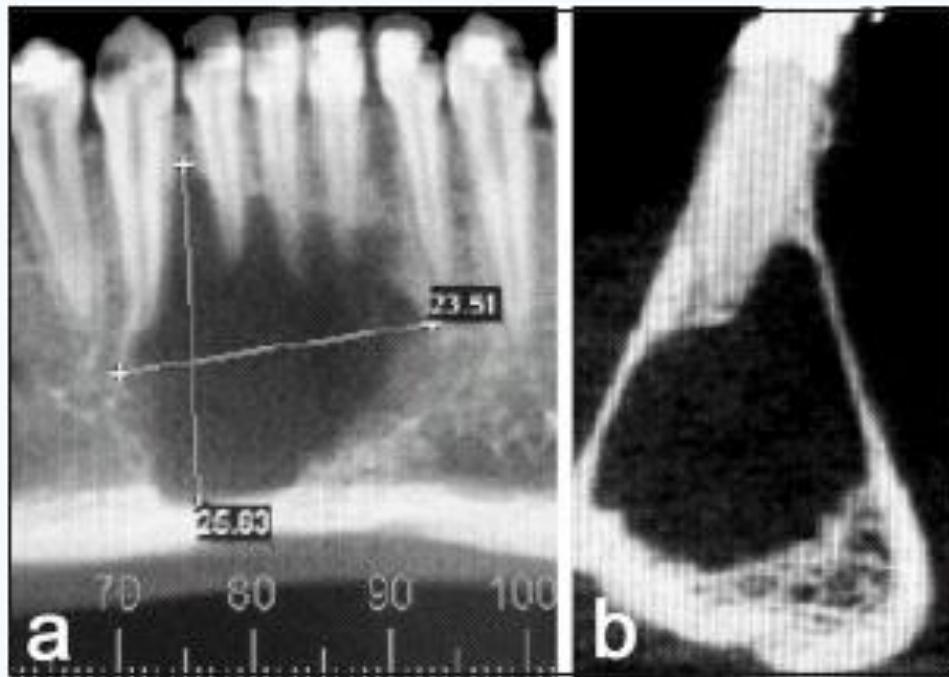


Fig. 2. a y b) Tomografía computarizada. Imagen panorámica y corte transversal, revelando la extensión de la lesión.

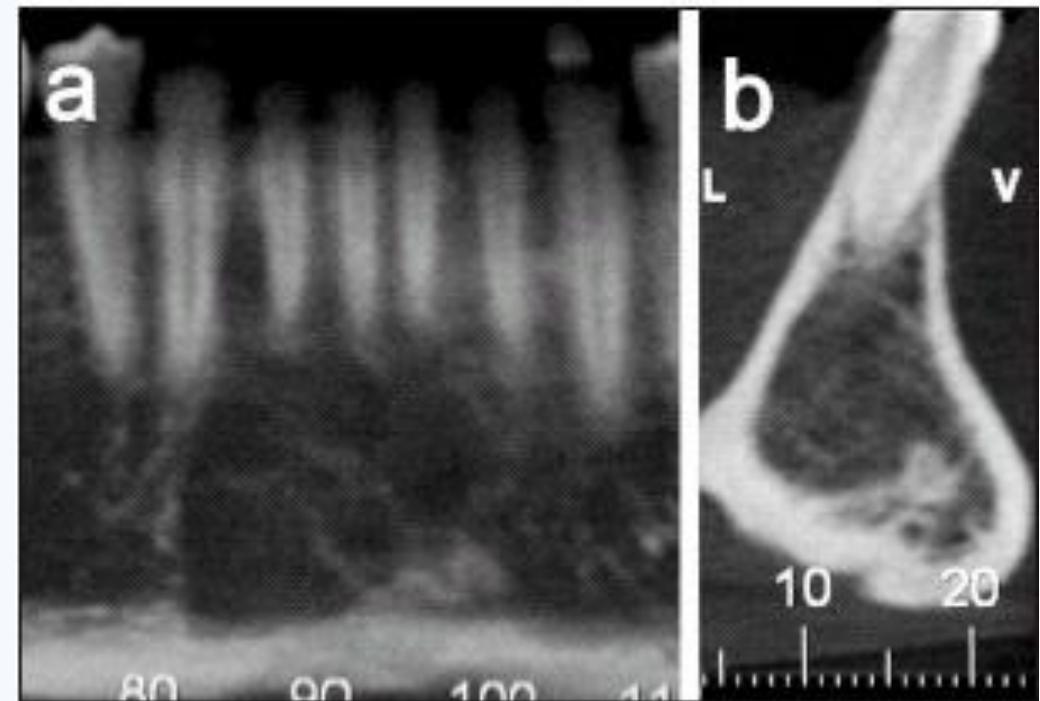


Fig. 6. a y b) Tomografía computarizada. Imágenes postoperatoria 17 meses después de la intervención mostrando una regeneración ósea en el área afectada.

Bibliografía

-Yépez, Jenair. Molina B, Manuel, Castillo C. José Leonel, Quiste óseo simple Recuperado de:<https://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/2/art-16/> el 30/mayo/18

-*González, H. José; ** Moret C. Yuli. QUISTE ÓSEO TRAUMÁTICO BILATERAL ASOCIADO A TRATAMIENTO DE ORTODONCIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA recuperado de: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/2/quiste_oseo.asp el 30/mayo/18

Chrcanovic B.R.*, López Alvarenga R.**, Freire-Maia B. Quiste óseo simple: Reporte de un caso y revisión de la literatura recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO213-12852011000400005 el 30/mayo/18

-Regezi & sciubba Patología Bucal. Editorial McGraw-Hill, 3ºedicion,2003; 543 ISBN-72167731-2



Quiste óseo aneurismático

Introducción

- El Quiste Óseo Aneurismático (QOA) se define como una lesión osteolítica expansiva, frecuentemente multilocular, formada por espacios llenos de sangre.

Etiología

- Es desconocida, pero se ha sugerido que puede tratarse de una lesión secundaria a un Granuloma Central de Células Gigantes (GCCG).

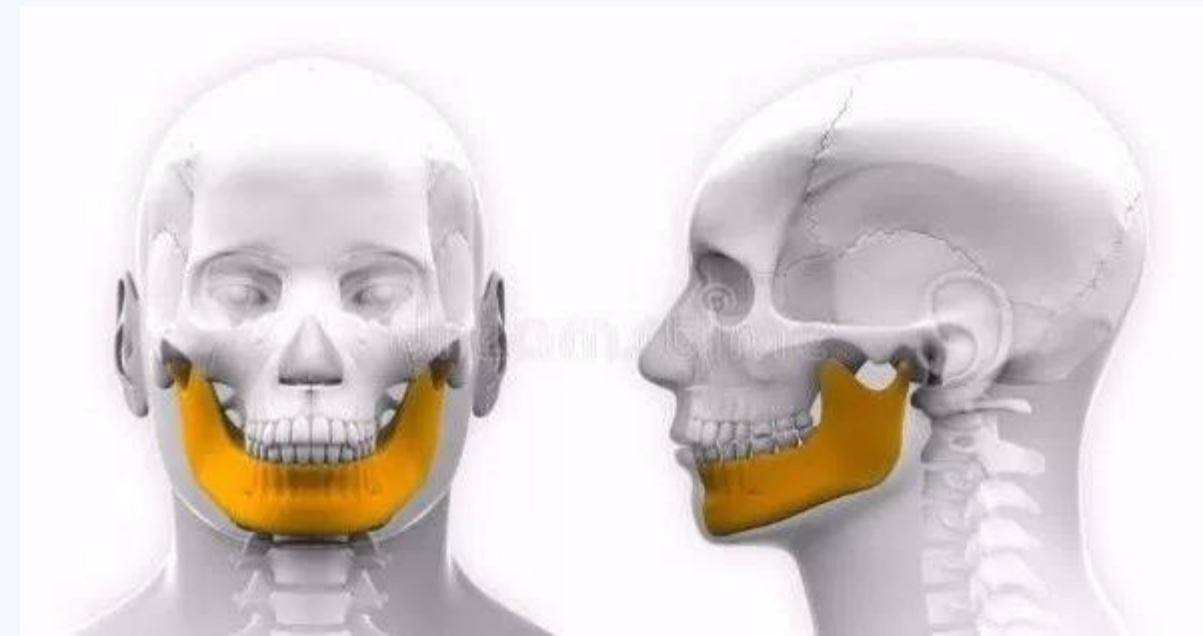
Epidemiología

- La incidencia estimada de esta lesión es de 0.014/100,000 habitantes.
- Puede ocurrir a cualquier edad, pero el 70-85% afecta a pacientes de 20 años o menos.

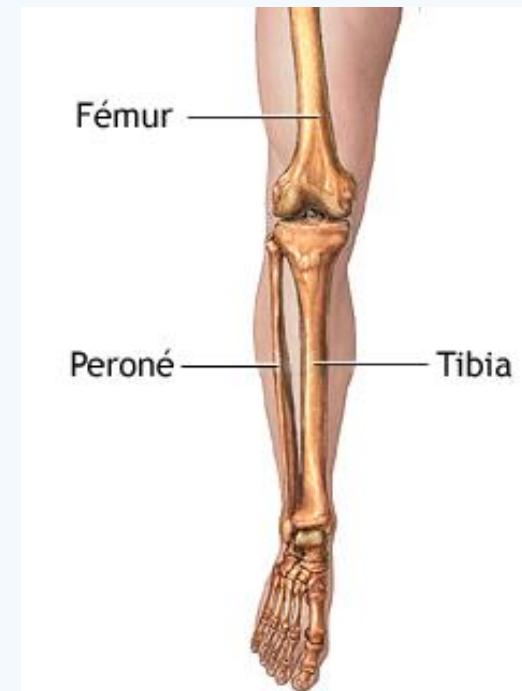


Localización

- Se desarrolla predominantemente en la mandíbula a nivel de la región molar, ángulo y rama ascendente.



- Se puede presentar en cualquier parte del esqueleto, pero el 70-80 % de las lesiones ocurren en la región metafisiaria de los huesos largos y en las vértebras.



Características clínicas

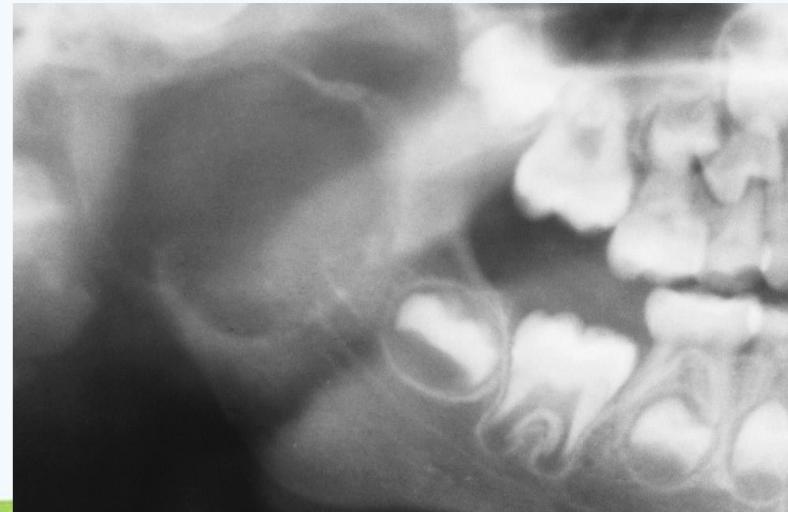
- Lesión asintomática.
- Expansión cortical de la zona posterior de la mandíbula.
- Puede producir mal oclusión por desplazamiento de los dientes, los cuales usualmente se encuentran vitales.

- Cuando ocurre en el maxilar superior, puede comprometer la órbita produciendo exoftalmos y diplopía, en algunos casos crece hacia la fosa nasal ocasionando obstrucción y sangrado.



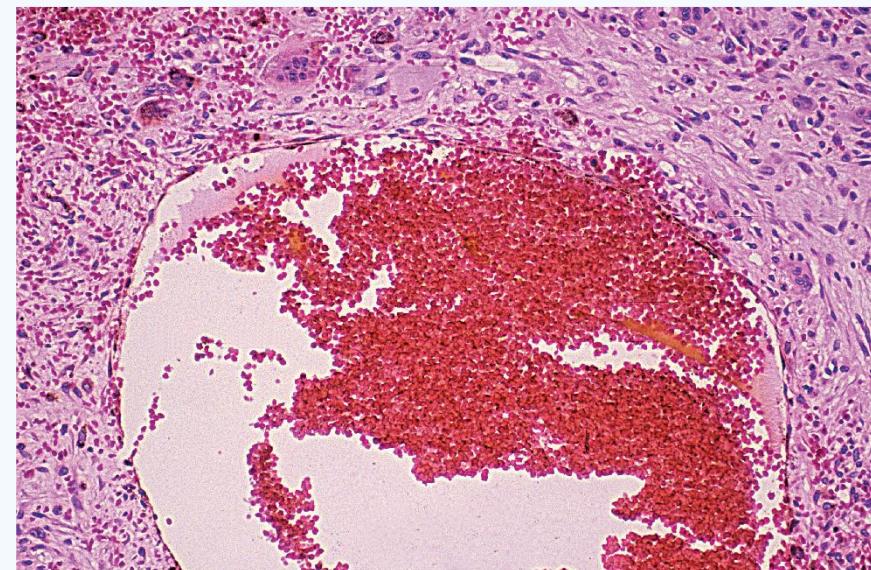
Características Rx.

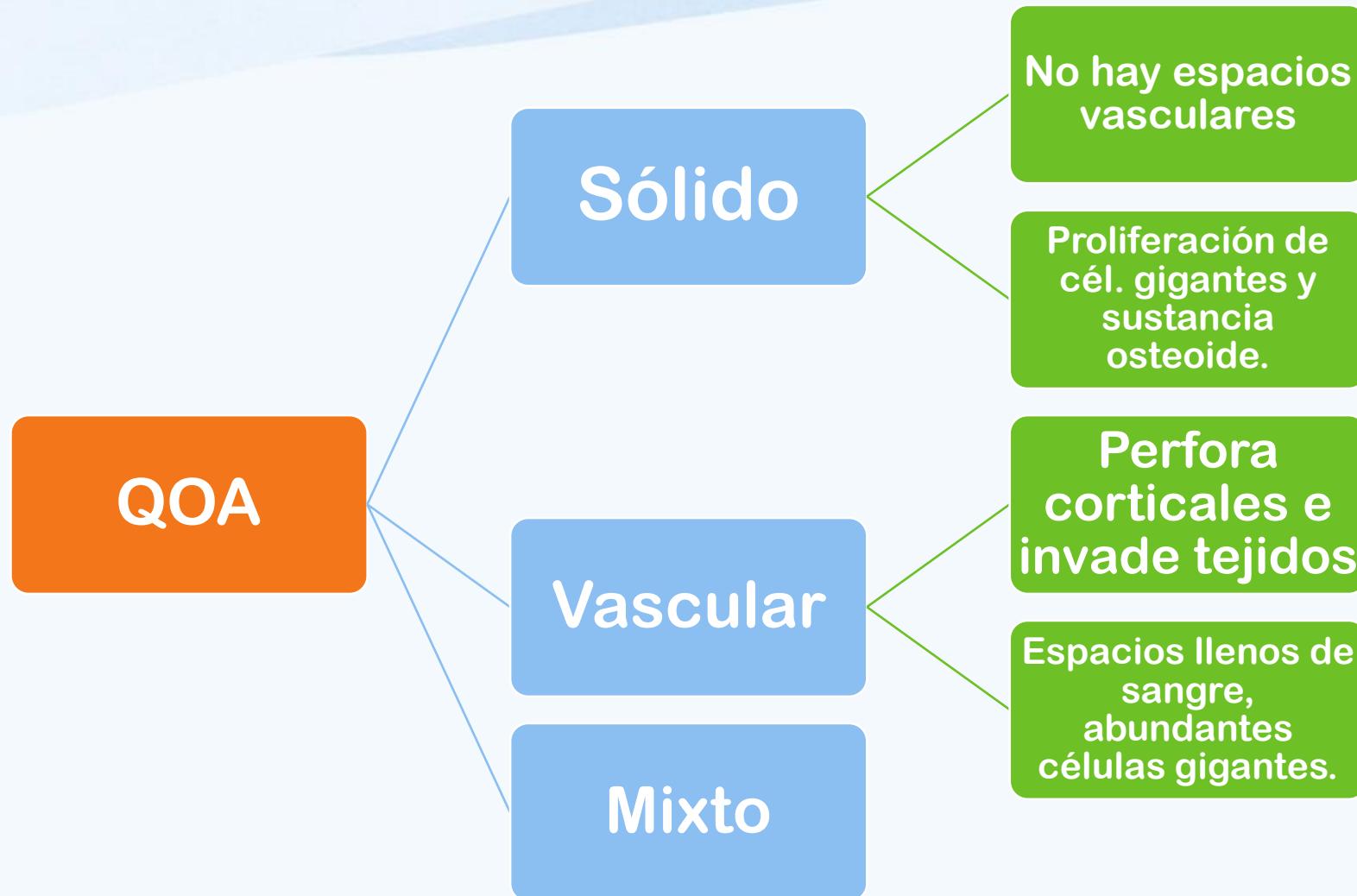
- Lesión radiolúcida
- Uni o multilocular
- Expansiva
- Bordes bien delimitados



Características Histopatológicas

- Muestra espacios o cavidades llenas de sangre cuyas paredes están constituidas por tejido fibroso.





Caso clínico

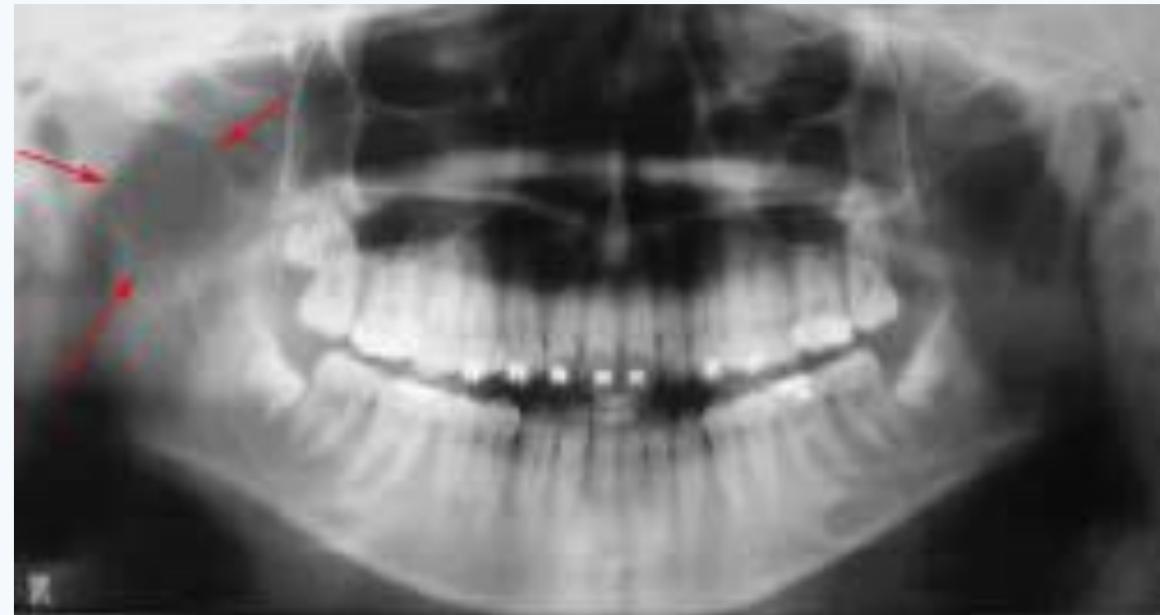
- Paciente de sexo femenino de 14 años de edad que acude al servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia por presentar un aumento de volumen asintomático en la región temporomandibular derecha y desviación lateral durante la apertura bucal.

- La palpación de la zona afectada no producía dolor pero se percibía una ligera crepitación.

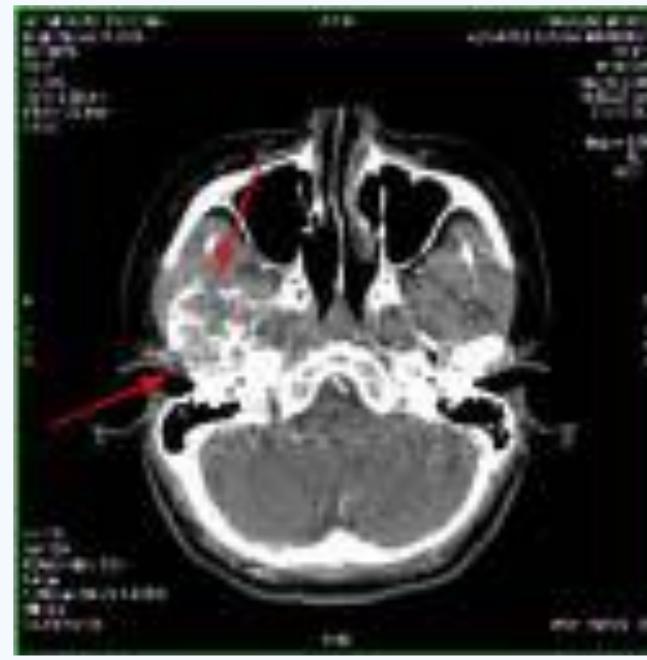
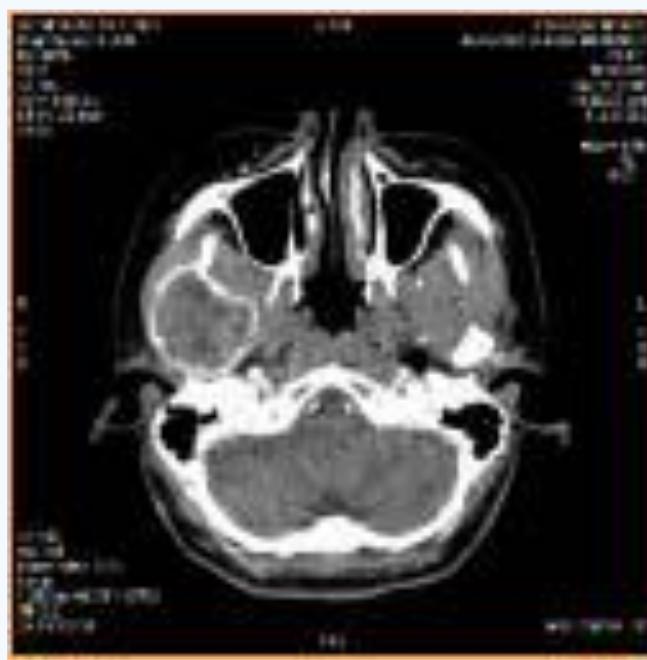


Características Rx.

- Área radiolúcida mal definida, que comprometía y deformaba el cóndilo mandibular, el cuello y gran parte de la escotadura sigmoidea.







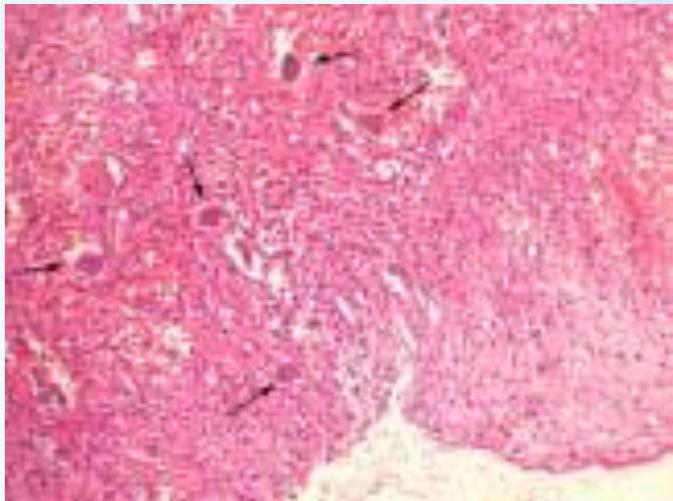
- La evaluación del estudio tomográfico condujo a sospechar que se trataba de una lesión de carácter vascular por lo que se solicitó una angiotomografía de sustracción la cual reveló una definida proliferación vascular que rodeaba toda la lesión.



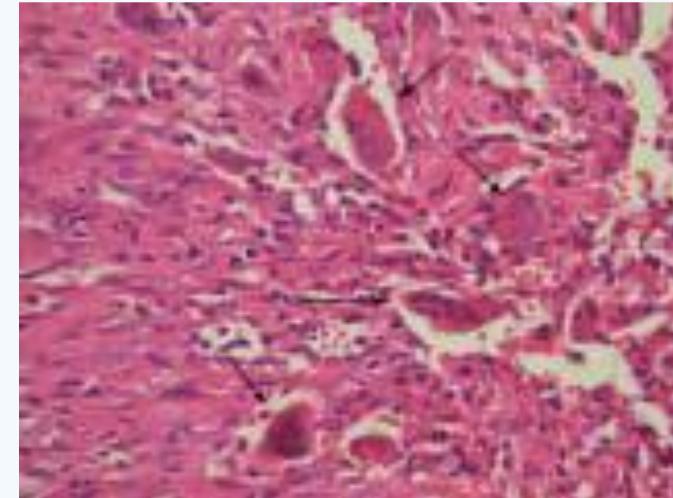
Características Histopatológicas



Cavidad pseudoquística conteniendo coágulos, las paredes muestran tejido conectivo laxo, hemorrágico. H&E.
Aumento original. 40X



Pared del pseudoquiste
constituida
por T.C laxo, espacios
contiendo
sangre, tejido de
granulación y células
gigantes
multinucleadas (flechas).
H&E. Aumento original 200X.



Células gigantes
multinucleadas (flechas)
dentro de un estroma
fibroso vascularizado. H&E.
Aumento original 400X.

Tx.

- Se procedió a realizar una punción aspiración con la cual se obtuvo solo sangre.
- Se decidió tratar el caso mediante resección en bloque de la lesión y reconstrucción inmediata con injerto autólogo de costilla utilizando una placa quirúrgica.



Dx. diferencial

- Granuloma central de células gigantes.
- Hemangioma intraóseo.

Bibliografía

- Ruiz, V.E., Calderón, V., Beltrán J.A., Yupanqui, A., Huamaní,J., Quezada, M., Paniagua, C. (2011) Quiste óseo aneurismático del cóndilo mandibular: reporte de un caso. Rev Estomatol Herediana; 21(1):24-29.



Fenómeno de extravasación mucosa

LESIÓN	ETIOLOGÍA	CX CLÍNICAS	HISTOLOGÍA	DX DIFERENCIAL	TRATAMIENTO
Extravasación de moco	Relacionada con traumatismo mecánico de los conductos de las glándulas salivales menores que cortan o desgarra dicho conducto	Suelen ser indoloras y de superficie lisa, translúcidas o de color azulado en virtud de su ubicación superficial. Varía de unos cuantos milímetros hasta algunos centímetros de diámetro. El tamaño máximo se alcanza en unos pocos días y cuando se practica aspiración en la lesión se obtiene un material viscoso.	Cavidad bien circunscrita revestida por tejido de granulación que contiene mucina libre. La mucina y el tejido de granulación están infiltrados por abundantes neutrófilos, macrófagos, linfocitos y en ocasiones células plasmáticas.	-Cáncer mucoepidermoide -Malformación vascular -Vena varicosa -Neurofibroma -Lipoma -Quiste de erupción -Quiste gingival	Excisión quirúrgica, y para prevenir la recurrencia es necesario extirpar las glándulas salivales menores además del moco acumulado.

Bibliografía

- Joseph A. Regezi, Patología bucal, correlaciones clínicopatológicas, tercera edición, Mc Graw-Hill Interamericana, capítulo 8, enfermedades de las glándulas salivales, pag 221-235