



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA**

**TRABAJO DE TITULACION PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE ODONTOLOGO**

**TEMA:**

Secuelas graves del quiste dentígero que comprometen la integridad  
maxilofacial.

**AUTORA**

Sara Elizabeth Morán Molina

**TUTOR:**

Dr. José Zambrano Pico. Msc.

Guayaquil, Junio del 2015

## **CERTIFICACIÓN DE TUTORES**

En calidad de tutor del Trabajo de Titulación

### **CERTIFICAMOS**

Que hemos analizado el Trabajo de Titulación como requisito previo para optar por el título de tercer nivel de Odontólogo/a. Cuyo tema se refiere a:

**Secuelas graves del quiste dentígero que comprometen la integridad maxilofacial.**

**Presentado por:**

Sara Elizabeth Morán Molina

C.I N° 0916194798

Dr. José Zambrano Pico. Msc.

**Tutor Académico y Metodológico**

Dr. Washington Escudero Doltz. MSc.

**Decano**

Dr. Miguel Álvarez Avilés. MSc.

**Subdecano**

Dra. Fátima Mazzini de Ubilla MSc.

**Directora Unidad Titulación**

**Guayaquil, junio 2015**

## **AUTORÍA**

Las opiniones, criterios, conceptos y hallazgos de este trabajo son de exclusiva responsabilidad de la autora.

**Sara Elizabeth Morán Molina**

**C.I. 0916194798**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco primeramente a Dios que ha sido mi fortaleza y apoyo en toda mi vida y especialmente en estos cinco años de carrera universitaria, por darme la salud y la sabiduría para día a día aprender, amar y desenvolverme en mi carrea. Agradezco indudablemente a mis padres que nunca dejaron de motivarme y apoyarme en todo lo referente a mis estudios, son un pilar fundamental en mi vida.

Agradezco también a mi abuelita Marlene, tía Meche y padrino Robert que también han sido parte importante de este proceso cuando mis papás por motivos de trabajo no se encontraban en el país. Agradezco a los diversos pacientes que confiaron en mí para realizar mis prácticas universitarias y concluir con mis casos clínicos.

Un gran agradecimiento a mi tutor de Tesis el Dr. José Zambrano Pico ya que fue una gran guía en la realización de este trabajo. Agradezco también a todos lo que fueron mis profesores durante estos cinco años ya que siempre estuvieron dispuestos a despejar cualquier duda académica.

Agradecimiento especial a mi amiga y colega Nathaly Charco Martínez por su amistad incondicional y haber aportado en la realización de este trabajo. Por ultimo agradezco inmensamente a mi enamorado Juan Perón Pazmiño Caicedo que estuvo a mi lado apoyándome y ayudándome en lo que más pudo en este último año. Gracias totales a Todos los que confiaron en mi e hicieron posible este sueño.

Sara Elizabeth Morán Molina

## **DEDICATORIA**

Dedicado principalmente a Dios, a mis padres Bella Molina Betancourt y Leonidas Morán Vera que nunca dejaron de apoyarme.

A mi Familia y al lugar donde me formé académicamente y me ha dejado un sin número de experiencias la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

Sara Elizabeth Morán Molina

# INDICE GENERAL

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
Carátula	I
Certificación de tutores	II
Autoría	III
Agradecimiento	IV
Dedicatoria	V
Índice general	VI
Resumen	IX
Abstract	X
Introducción	1
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>EL PROBLEMA</b>	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Descripción del problema	3
1.3 Formulación del problema	4
1.4 Preguntas de investigación	4
1.5 Delimitación del problema	4
1.6 Objetivos de investigación	4
1.6.1 Objetivo general	4
1.6.2 Objetivos específicos	4
1.7 Justificación de la investigación	5
1.8 Valoración crítica de la investigación	6
<b>CAPITULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	7
2.1. Antecedentes de la investigación	7
2.2. Bases teóricas	8
2.2.1 Quiste Dentígero	8

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
2.2.1.1 Etiología	10
2.2.1.2 Epidemiología	11
2.2.1.3 Características Clínicas	11
2.2.1.4 Características Radiográficas	12
2.2.1.5 Características Histopatológicas	13
2.2.1.6 Tratamiento	13
2.2.1.7 Pronostico	14
2.2.1.8 Complicaciones del Quiste Dentígero	14
2.2.2 Ameloblastoma	15
2.2.2.1 Clasificación	15
2.2.2.2 Aspecto Clínico	18
2.2.2.3 Aspecto Radiográfico	18
2.2.2.4 Tratamiento	19
2.2.3 Carcinoma mucoepidermoide	19
2.2.3.1 Características clínicas	20
2.2.3.2 Características histológicas	21
2.2.3.3 Tratamiento y pronostico	22
2.2.4 Carcinoma Epidermoideo	23
2.2.4.1 Etiologia	23
2.2.4.2 Localización	25
2.2.4.3 Cuadro clínico	25
2.2.4.4 Tratamiento	26
2.2.4.5 Pronostico	26
2.2.5 Queratoquiste Odontogénico	27
2.2.5.1 Etiología	27
2.2.5.2 Características Histológicas	28
2.2.5.3 Características clínicas	28
2.2.5.4 Características radiográficas	29

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
2.2.5.5 Diagnóstico diferencial	29
2.2.5.6 Tratamiento y pronóstico	30
2.3 Marco conceptual	31
2.4 Marco legal	34
2.6 Identificación de variables	35
2.6.1 Variable independiente	35
2.6.2 Variable dependiente	35
2.7 Operacionalización de las variables	35
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>MARCO METODOLÓGICO</b>	36
3.1 diseño de investigación	36
3.2 Tipo de investigación	36
3.3 Recursos empleados	37
3.3.1 Talento humano	37
3.3.2 Recursos materiales	37
3.3.3 Población y muestra	38
3.4 Fases metodológicas	38
4. Análisis de Resultados	40
5. Conclusiones	43
6. Recomendaciones	44
Bibliografía	
Anexos	

## RESUMEN

El quiste dentígero o folicular es el segundo quiste odontogénico más común después del quiste radicular o periapical y está asociado a la corona de un diente que no ha erupcionado, por lo general al tercer molar inferior. En la mayoría de los casos solo puede ser diagnosticado mediante un examen radiográfico de rutina ya que en su etapa inicial es asintomático. Esto constituye un problema ya que si este quiste no es diagnosticado a tiempo se desarrollará siendo potencialmente capaz de convertirse en una lesión agresiva dejando secuelas graves que comprometerán la integridad maxilofacial del paciente. Este estudio tiene como objetivo principal analizar e identificar las diferentes secuelas graves producidas por un quiste dentígero no diagnosticado ni tratado a tiempo. El método utilizado para la realización de este estudio fue descriptivo, se recopiló información de diversas fuentes bibliográficas tales como artículos científicos y casos clínicos publicados los últimos cinco años para así proporcionar una información más actualizada, también se tomaron datos de diferentes libros referentes al tema. Según la información recopilada como resultado obtuvimos que un quiste dentígero, a pesar de ser benigno, al no ser diagnosticado o tratado oportunamente produce complicaciones graves como: expansión ósea pudiéndose producir un tumor como el ameloblastoma que destruye la cortical ósea llegando a perder el paciente parte de su estructura maxilar o mandibular, asimetría facial, desplazamiento dental, resorción radicular de los dientes adyacentes y dolor dejando graves secuelas en la anatomía maxilar y mandibular. Se concluyó que no solo es importante un buen diagnóstico de esta patología sino también un adecuado tratamiento ya que puede haber recidiva o transformaciones neoplásicas malignas de restos de células que no fueron completamente eliminadas, por lo que un seguimiento al caso luego de la intervención quirúrgica es fundamental.

**Palabras Clave:** Quiste dentígero, consecuencias, secuelas, asimetría facial, recidiva. Expansión ósea.

## **ABSTRACT**

Dentigerous cyst also called follicular cyst is the second more common odontogenic cyst, the first one is the radicular cyst. It is associated with the crown of a unerupted tooth, usually the lower third molar. In most of the cases just can be diagnosed through a radiographic examination because in its initial stage is asymptomatic. If this cyst is not diagnosed on time will develop being able to become in an aggressive lesion leaving serious consequences of the maxillofacial integrity of the patient. This study principal objective is to analyze and identify the different serious consequences produced by a dentigerous cyst not diagnosed or treated early. The method used to perform this study was descriptive, many information was collected from different sources such as scientific articles and clinic cases reports of the last five years. With collected information was concluded that the dentigerous cyst not diagnosed or treated early produce serious consequences such as bone tumor expansion or an ameloblastoma that destroys cortical bone of the maxillary or mandibular structure, facial asymmetry, dental displacement, radicular resorption of the teeth and pain. There may be recurrence or neoplastic malignant transformation of cells remains.

Key words: Dentigerous cyst, consequences, facial asymmetry, recurrence, bone expansion.

## INTRODUCCIÓN

Los quistes son cavidades patológicas de contenido líquido, semilíquido, sólido o gaseoso, revestido en su cara interna por epitelio. Los quistes que afectan la región maxilomandibular se clasifican de acuerdo a la OMS 2.005, en odontogénicos y no odontogénicos, considerándose al Quiste Dentígero o Folicular como un quiste Odontogénico, que se deriva del cúmulo de fluidos entre el epitelio reducido del esmalte y la corona de un diente ya formado, quedando la luz de dicho quiste hacia la corona dentaria partiendo del límite amelocementario (Regezi, J. y Sciubba, J., 2000)

Por lo general solo puede ser diagnosticado en un examen radiográfico de rutina ya que es asintomático y los pacientes no acuden a la consulta porque no presentan dolor, mientras el quiste pase mas tiempo sin ser diagnosticado y tratado se expandirá degenerando las estructuras anatómicas adyacentes.

Al aumentar de tamaño se complica el cuadro clínico dejando graves secuelas en la anatomía maxilar del paciente, Es por este motivo que se ha realizado este trabajo con el objetivo de describir las secuelas graves que deja este tipo de quistes al no ser tratado a tiempo, o al ser tratado inadecuadamente.

Es importante saber que secuelas puede dejarnos el inadecuado tratamiento o intervención tardía de esta patología ya que al ser expansiva deforma los maxilares incluso las células pueden sufrir transformaciones neoplásicas malignas, he ahí la importancia de un correcto diagnóstico y tratamiento. Además, la posibilidad de recurrencia después de realizar una remoción quirúrgica incompleta. Las complicaciones más serias serían: La formación de un ameloblastoma, desarrollo de un carcinoma epidermoide, formación de un carcinoma mucoepidermoide.

Los temas que se desarrollaran en el primer capítulo tratan sobre la problemática de las secuelas graves del quiste dentífero sobre la integridad maxilofacial, teniendo como problema la pregunta ¿Qué secuelas graves y complicaciones que comprometan la integridad maxilofacial del paciente se pueden presentar con un quiste dentífero? De igual manera se establecen las preguntas de la investigación y los objetivos de la investigación, finalizando con la justificación de la misma.

En el segundo capítulo expone los antecedentes que no son otra cosa que estudios previamente realizados por varios autores que han estudiado las secuelas graves del quiste dentífero así como valores estadísticos de incidencia de esta patología en diferentes lugares, luego del cual se detalla la fundamentación teórica en donde se revisa toda la literatura referente al tema, dando una definición del quiste dentífero, etiología características clínicas y radiográficas, tratamos sobre el ameloblastoma que es una patología que resulta como complicación del quiste dentífero, así como el carcinoma mucoepidermoide y el carcinoma epidermoideo que son patologías agresivas que pueden originarse a partir de un quiste dentífero, también tratamos sobre el Queratoquiste odontogénico por ser un quiste que constantemente puede ser confundido con un quiste dentífero. El presente capítulo concluye con la determinación de las variables de la investigación.

En el tercer capítulo se maneja la metodología, y el tipo de investigación así como los recursos empleados para la realización de la investigación, también se detallan las fases metodológicas y el análisis de resultados.

# **CAPITULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los quistes dentígeros son muy frecuentes debido a múltiples causas, teniendo como causas locales: La retención de piezas dentales, densidad del hueso que cubre al diente, la falta de espacio en los maxilares poco desarrollados, la irregularidad en la presión y posición de un diente adyacente, también pueden provocar retención dentaria causas generales o sistémicas. Cuando se trata de lesiones pequeñas, el pronóstico es bueno ya que se elimina quirúrgicamente sin dificultad y en su mayoría no hay recidiva. Mientras que si las lesiones son grandes, el pronóstico es reservado ya que conllevan una gran pérdida ósea y adelgazan peligrosamente al hueso, existiendo el riesgo de producir fractura patológica del maxilar comprometido. Con esta investigación se propone dar a conocer los peligros que esta patología puede desarrollar si no es diagnosticada y tratada a tiempo.

### **1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

El quiste dentígero suele ser asintomático, pero también puede presentar alguna tumefacción o dolor especialmente si está inflamado. Los quistes son diagnosticados mediante radiografía, presentándose como imágenes radiolúcidas bien circunscritas que rodean la corona de un diente impactado. Por lo tanto, el estudio radiológico muestra una lesión radiolúcida unilocular. El quiste está unido al cuello del diente, impide su erupción y puede desplazarlo a una distancia considerable, no solo al diente que origina este quiste sino desplazar también a los dientes de su alrededor provocando alteraciones graves en la oclusión y simetría facial del paciente.

### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Qué secuelas graves y complicaciones que comprometan la integridad maxilofacial del paciente se pueden presentar en un quiste dentígero?

### **1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

**Tema:** Secuelas graves del Quiste Dentígero que comprometen la integridad maxilofacial.

**Objeto de estudio:** Secuelas graves del Quiste Dentígero

**Campo de acción:** integridad maxilofacial

**Área:** Facultad Piloto de Odontología

**Periodo:** 2014 – 2015

### **1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACION**

¿Qué es un quiste dentígero?

¿Cómo se forma un quiste dentígero?

¿Cómo se diagnostica un quiste dentígero?

¿Cuáles son los aspectos clínicos y radiográficos del quiste dentígero?

¿En qué piezas dentarias es más frecuente el quiste dentígero?

¿Qué consecuencias graves para el paciente trae la presencia de un quiste dentígero no diagnosticado y tratado a tiempo?

¿Cuál es el tratamiento más indicado para un quiste dentígero?

### **1.6 OBJETIVOS**

#### **1.6.1 OBJETIVO GENERAL**

Analizar las diferentes secuelas graves producidas por el quiste dentígero que comprometen la integridad maxilofacial de nuestros pacientes.

#### **1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar el aspecto clínico de un quiste dentígero avanzado.
- Especificar las consecuencias de no tratar a tiempo un quiste dentígero.

- Evaluar el tratamiento más adecuado y eficaz para tratar los quistes dentígeros.

### **1.7 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Este trabajo de investigación se justifica por el poco conocimiento que se tiene sobre las consecuencias y secuelas graves que puede traer un quiste dentígero no tratado a tiempo ya que muchas veces se la ve como una patología benigna por no presentar síntomas en sus inicios. Los resultados serán beneficiosos para la comunidad odontológica tanto estudiantes como profesionales ya que se tomara mayor importancia al diagnosticar un quiste dentígero en un control radiográfico además de que el profesional puede fomentar conciencia de las visitas odontológicas preventivas en cada paciente. Este trabajo tiene un valor teórico muy importante ya que se podrá conocer en mayor medida el comportamiento agresivo del quiste dentígero y la posibilidad de prevenir cualquier secuela que comprometa la anatomía facial de los pacientes.

### **1.8 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

Este estudio se realiza mediante revisión literaria científica. Evaluaremos el presente estudio mediante varios aspectos:

**Delimitado.-** el problema a investigar se centra en describir las secuelas graves que puede causar el quiste dentígero el cual es una patología asintomática en sus inicios por lo cual no siempre es diagnosticado a tiempo, puede deformar los maxilares del paciente al no ser tratado adecuadamente o tempranamente, nos limitaremos a describir estas patologías agresivas que alteran la integridad maxilofacial.

**Evidente,** se redacta el presente trabajo en forma precisa y fácil de comprender con manifestaciones claras y observables.

**Concreto**, ya que la redacción expuesta es corta, precisa y directa.

**Relevante**, el estudio será importante para la comunidad estudiantil y odontológica. Es necesario que el área estudiantil y profesional odontológica estén informados de las huellas o consecuencias que deja una patología benigna pero expansiva al no ser tratada adecuadamente o tratada a tiempo, se presentará el resultado de la investigación y así poder llevar estos resultados profundamente en el área investigativa.

**Factible**, pues se encontrará soluciones en el problema a investigar ya que se han tenido todos los recursos necesarios tales como libros, textos del internet, artículos científicos además será una guía para la comunidad interesada en este tema.

**Identifica los productos esperados**, esta investigación será de gran utilidad al contribuir con soluciones al problema planteado.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

El quiste dentígero o folicular es una patología oral que se da por acumulación de líquido entre el epitelio reducido del órgano del esmalte y la corona dentaria, circunscribe a ésta impidiendo su erupción. Es el segundo quiste más común dentro de los quistes odontogénicos, éstos representan el 12% de las patologías y producen alteraciones considerables a nivel maxilofacial. Es potencialmente capaz de convertirse en una lesión agresiva produciendo expansión ósea, asimetría facial, desplazamiento dental, resorción radicular de los dientes adyacentes y dolor. Los de origen embrionario derivan de los restos de Malassez que son restos de la vaina epitelial radicular de Hertwig que persisten en el ligamento periodontal después de completarse la formación de la raíz.

Se realizó un estudio retrospectivo clínico patológico de 418 quistes odontogénicos. Se revisaron 1235 diagnósticos histopatológicos de pacientes tratados en el Departamento de Cirugía Bucal de la Clínica Dental de la Universidad de Barcelona resultó de prevalencia del quiste folicular o dentígero (21,8%). (col N. U., 2010)

Realizaron un estudio para determinar el perfil demográfico de los quistes odontogénicos en una población brasileña en un período de 38 años. Se revisaron 9216 biopsias orales de los archivos del Servicio de Patología Oral de la Universidad de Rio Grande del Norte, Natal, Brasil resultó de prevalencia de quistes dentígeros (20,1%) (col B. S., 2010)

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con el objetivo de determinar el comportamiento epidemiológico de los quistes maxilares intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Docente Ciro Redondo García de Artemisa, en el periodo comprendido entre enero de 2000 y diciembre de 2012. En la tabla 1 se puede observar que del total de 172 pacientes con quistes de los maxilares hubo un ligero predominio del sexo femenino 50.6% sobre el masculino, siendo más frecuentes en pacientes de menos de 45 años de edad, el grupo de edades más afectado fue el de 16–30 años y el de menos número de casos el de mayores de 60 años. Los tres tipos de quistes más frecuentes fueron el periapical 60.5%, el residual 13.9% y el dentígero 11.0%; para un total de 85.4% al sumar estos tres tipos de quistes, el 14.6% correspondía al resto. (Quintada JC, Quistes de los maxilares en el servicio de cirugía maxilofacial de artemisa, 2014)

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal de 230 quistes odontogénicos de la cavidad bucal, intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico “Saturnino Lora de Santiago de Cuba, con vistas a determinar sus características clínicas y epidemiológicas más importantes. El predominio de los quistes inflamatorios por localizarse en la mandíbula, pues 83 de ellos (56,1%), de un total de 148, mostraron preferencias por dicha ubicación; asimismo, las aéreas más afectadas en la mandíbula correspondieron al sector bicúspides/molares, con 53 QI (36,0 %). Por su parte, en el maxilar superior (27,0 %). En general, los quistes inflamatorios presentaron mayor incidencia por ubicarse en el sector bicúspide/molares (78, para 52,7 % del total de estos quistes.

De los 82 quistes en desarrollo, 64 se localizaron en la mandíbula (78,0 %) y el área del tercer molar fue la más afectada (56,1 % del total de los QD que se ubicaron en el maxilar inferior). Solo 22,0 % de dichos quistes afectaron al

maxilar superior, con primacía de los del sector bicúspides/molares (13,4 %). (Msc. José Manuel Díaz Fernández, I MsC. Luis Emilio Puig Ravinal II y Dra., 2014)

En estudio realizado por Asaumi y col. acerca del examen radiográfico de mesiodens y sus complicaciones asociadas, reporta que de un total de 200 casos, se observó una tasa de 11% de la formación de quistes dentígeros asociados con mesiodens, lo cual, comparado con los reportes previos, es alta, debido posiblemente a que los exámenes radiográficos incluían edades por debajo de los 20 años y superiores a los 84 años de edad. (Shibata, 2010)

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. QUISTE DENTIGERO**

El quiste dentígero, también llamado quiste folicular o quiste coronodentario se define como una bolsa conectivo epitelial, tapizada en su interior por epitelio y recubierta en su cara externa por tejido conectivo, que encierra un contenido líquido o semilíquido. Los quistes que afectan la región maxilo mandibular se clasifican de acuerdo a la OMS 2005 en ontogénicos y no odontogénicos, considerándose al quiste dentígero o folicular como un quiste odontogénico de desarrollo, que se deriva del cúmulo de fluidos entre el epitelio reducido del esmalte y la corona de un diente ya formado dejando por fuera la raíz o raíces de dicha estructura dentaria. Es uno de los quistes más comunes en la cavidad bucal, ocupando el segundo lugar de frecuencia después del quiste periapical; casi siempre va a estar asociado a la corona de un diente incluido, es asintomático por lo que suelen descubrirse por un estudio radiográfico de rutina. Es de crecimiento lento. Pueden originar expansión del hueso, asimetría facial, gran desplazamiento de los dientes y gran reabsorción radicular de los dientes adyacentes.

El Diagnóstico diferencial se lo puede realizar con: un ameloblastoma, queratoquiste odontogénico, Tumor odontogénico adenomatoide y Fibroma ameloblástico.

#### **2.2.1.1 Etiología del quiste dentígero**

El diente deriva en parte del mesénquima (saco folicular, cemento, alveolo y ligamento), en parte del epitelio (lámina dentaria, ameloblastos y vaina de Hertwig) y en parte del ectomensénquima inducido por el epitelio (odontoblastos). A lo largo de la odontogénesis se forman una serie de estructuras que, tras cumplir su función, deben desaparecer. Sin embargo, pueden dejar tras de sí residuos o restos que pueden ser punto de partida de neoformaciones. Tanto los quistes del desarrollo como los inflamatorios se caracterizan por un crecimiento lento y una tendencia expansiva. A pesar de ser entidades con un comportamiento benigno, pueden alcanzar un tamaño considerable si no se diagnostican y se tratan a tiempo. Existen hasta la actualidad varias teorías que tratan de explicar el origen de los quiste dentígero, aunque no se logre una comprensión completa y uniforme en cuanto a su mecanismo de producción. Aún cuando estas teorías no fueron propuestas recientemente, en la actualidad mantienen su vigencia y son consideradas las de mayor importancia.

La teoría más conocida según Malassez entre 1885-1887, plantea que el quiste dentígero o folicular se origina después que la corona del diente se ha formado por completo, mediante la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del órgano del esmalte y la corona del diente subyacente ya formado. Mientras que Gillette y Weihmann en 1958 y Bloch-Jorgensen en 1928, hablaron sobre el origen extra folicular del quiste dentígero, el cual sugiere que se origina de quistes periapicales en dientes primarios que van creciendo y englobando al germen del diente permanente. Aún cuando estas sugerencias son posibilidades teóricas, no existe suficiente evidencia para

soportarlas. Una tercera teoría propuesta en 1941 por Thoma sugiere que algunos quistes dentígeros pueden comenzar su formación por degeneración del retículo estrellado durante la aposición del esmalte (Killey y cols., 1979). Por otra parte, Al-Talabani y Smith en 1980, realizaron un estudio de quiste dentígero experimentales e hipoplasia de esmalte, su importancia y significación con la patogénesis. Las observaciones en este estudio sugirieron la posibilidad de existencia de dos tipos de quiste dentígero; quizás con causas diferentes y de aparición en distintas etapas del desarrollo dentario.

Ciertos quistes podrían comenzar en una etapa temprana del desarrollo y es comúnmente asociada con hipoplasia de esmalte; estos quistes comienzan con degeneración del retículo estrellado del órgano del esmalte. El otro tipo comenzaría a desarrollarse después de que la corona se ha formado totalmente y se origina por la separación de las células dentro del órgano del esmalte, debido a la acumulación de fluidos; la hipoplasia del esmalte, en este caso, no es una característica significativa.

#### **2.2.1.2 Epidemiología**

El quiste dentígero casi siempre está asociado con la corona de un diente permanente normal retenido, no erupcionado, rara vez en primarios. Se presenta más comúnmente en pacientes de sexo masculino, en la segunda y tercera décadas de la vida, en un 70 a 75 % en el maxilar inferior. Aparece, según orden de frecuencia, asociado a los terceros molares inferiores, seguido por los caninos superiores. (Morales y cols., 1994).

#### **2.2.1.3 Características clínicas**

Durante el desarrollo del quiste dentígero podemos considerar un periodo subclínico, en el cual no se aprecia ninguna sintomatología; solo se puede llegar a detectar su presencia a través de una radiografía. Durante su

crecimiento se comienza a exteriorizar la etapa clínica al expandir las corticales con deformación en el lugar de nacimiento del quiste (vestibular, paladar, entre otros) borrando los surcos de la cara o producir una deformidad facial, pérdida de dientes por intensa resorción radicular de los dientes adyacentes y dolor, tras un periodo más largo, la cortical termina, por adelgazarse y a la palpación se produce una sensación de pergamino (signo de Dupuytren) posteriormente se puede infectar y presentarse los signos y síntomas de la inflamación hasta fistulizar dejando escapar un líquido seropurulento.

#### **2.2.1.4 Características radiográficas**

El quiste dentígero se diagnostica con mayor frecuencia por su aspecto radiográfico, en el cual se revela una imagen radiolúcida unilocular bien definida por márgenes escleróticos relacionados con la corona dental de un diente no erupcionado. En la interface con el hueso se observa una cortical indicativa de un crecimiento lento y uniforme que representa una reacción ósea, la lesión producida por el quiste dentígero es lisa unilocular, pero en ocasiones puede presentarse con apariencia multilocular. Las lesiones pequeñas de menos de 2,0 cm de diámetro son "uniloculares". Sin embargo, si no son detectadas tempranamente, la lesión puede crecer y se vuelve un quiste dentígero "grande y multilocular", lo que hace posible la confusión con otras lesiones más agresivas, como por ejemplo el ameloblastoma (School of Dentistry. U. S. C., 1997).

Con el fin de detectar la presencia de quistes dentígeros y otras lesiones mediante el estudio radiográfico, se han realizado diversas investigaciones que analizan el espesor de radiolucidez alrededor de la corona clínica de un diente sin erupcionar. Ahlqwist y Grondahl muestran que con un ancho folicular de 3 a 4 mm no se presentan cambios por 12 años en la lesión estudiada; en algunas radiolucidez de mayor tamaño puede tratarse de la presencia de folículos dentales hiperplásicos y quistes no dentígeros. En

resumen, mientras un espacio folicular normal es de 3 a 4 mm, se puede sospechar de un quiste dentífero cuando el espacio es mayor a 5 mm

#### **2.2.1.5 Características histopatológicas**

Para esta lesión no hay características microscópicas típicas que puedan distinguir entre un quiste dentífero y cualquier otro quiste odontogénico. Por lo general, está constituido por una pared de tejido conectivo con dos a tres capas de células epiteliales planas o cúbicas que tapizan la luz del quiste. Hacia la cavidad hay células mucosas que liberan su contenido en el interior del quiste. Por fuera, en la cápsula de tejido conjuntivo, que se puede infectar; se pueden encontrar restos epiteliales odontogénicos (ni de Serré ni Malassez), corresponden a restos de los ameloblastos.

Generalmente no presenta queratina, pero algunos pueden presentar esta característica que muchas veces es señal de transformación a otras lesiones más agresivas, como el queratoquiste odontogénico. Otros pueden mostrar la proliferación de los restos epiteliales en la luz del quiste indicando que se ha desarrollado una neoplasia benigna pero agresiva, como lo es el ameloblastoma (Shafer y cols., 1986).

#### **2.2.1.6 Tratamiento**

Las opciones terapéuticas del quiste dentífero son la descompresión, marsupialización o la enucleación según las características de las lesiones. Los criterios que dictarán la modalidad de tratamiento son el tamaño y la localización de la lesión, la edad del paciente, la dentición que presenta y la posible afectación de estructuras anatómicas importantes. La exégesis simple estará indicada cuando no haya riesgo de lesionar estructuras anatómicas, tales como, ápices de dientes vitales vecinos, seno maxilar o el nervio dentario inferior. En cambio, la marsupialización estará indicada en aquellos casos donde se presenta un quiste dentífero de gran tamaño, que involucra una seria pérdida ósea y que adelgaza peligrosamente el hueso,

cuando el quiste haya desplazado dientes, o si queremos que el diente impactado asociado al quiste erupcione; esta técnica es muy utilizada sobretodo en niños.

Con relación a la enucleación, siempre que sea posible se prefiere este procedimiento, porque pueden existir transformaciones ameloblásticas o carcinomatosas asociadas a la pared del Quiste Dentífero, lo cual hace necesario enuclear el quiste y someterlo a un estudio histopatológico, de esta manera se hace una escisión total del tejido patológico, disminuyendo posibilidades de recurrencia y de transformaciones desfavorables

#### **2.2.1.7 Pronóstico**

El pronóstico de la mayoría de quistes dentíferos es excelente y la recurrencia rara vez es notada después de una completa remoción, varias complicaciones potenciales deben ser consideradas. Si las lesiones son grandes, el pronóstico es reservado ya que conllevan una gran pérdida ósea y adelgazan peligrosamente al hueso, existiendo el riesgo de producir fractura patológica del maxilar comprometido.

Mucho se ha escrito sobre la posibilidad de que el revestimiento del quiste pueda experimentar transformación neoplásica a un ameloblastoma. Aunque indudablemente esto puede ocurrir, la frecuencia de tales transformaciones neoplásicas son bajas. Raramente, un carcinoma de células escamosas puede surgir en el revestimiento del quiste dentífero. Es probable que algunos carcinomas mucoepidermoides intraóseos se desarrollen de células mucosas en el revestimiento del quiste dentífero.

#### **2.2.1.8 Complicaciones del quiste dentífero**

Stephens y otros afirmaron el riesgo de desarrollar un quiste dentífero asociado con una pieza dentaria no erupcionada o retenida ha sido ampliamente recalado. Girod y otros señalaron la necesidad de investigaciones adicionales que permitan identificar factores de riesgo para

extraer selectivamente el tercer molar retenido, ante el peligro de que un quiste grande se desarrolle y calcular el riesgo cuando un tercer molar asintomático es dejado en su sitio. El quiste dentígero es potencialmente capaz de convertirse en una lesión agresiva produciendo expansión ósea, asimetría facial, desplazamiento dental, resorción radicular de los dientes adyacentes y dolor.

En el maxilar inferior a consecuencia de un quiste dentígero de la zona molar puede llegar a producirse una resorción casi total de la rama ascendente, con el desplazamiento del molar. Un quiste dentígero en un canino superior produce expansión de la porción anterior del maxilar superior y puede semejarse a una celulitis o a una sinusitis, también en el maxilar superior esta expansión del quiste puede invadir el seno maxilar y producir una sinusitis y progresar hacia las fosas nasales y la fosa pterigomaxilar produciendo dolor e infección en ocasiones produciendo supuración y fístulas al exterior. Además, la posibilidad de recurrencia y formaciones neoplásicas malignas después de realizar una remoción quirúrgica incompleta.

Mucho se ha escrito sobre la posibilidad de que el revestimiento del quiste pueda experimentar transformaciones neoplásicas más serias como un ameloblastoma. Aunque indudablemente esto puede ocurrir, la frecuencia de tales transformaciones neoplásicas son bajas. Raramente, un carcinoma de células escamosas puede surgir en el revestimiento del quiste dentígero. Es probable que algunos carcinomas mucoepidermoides intraóseos se desarrollen de células mucosas en el revestimiento del quiste dentígero.

### **2.2.2 AMELOBLASTOMA**

El Ameloblastoma (de la palabra inglesa antigua amel, que significaba esmalte + la palabra griega blastos, que significa germen) es un tumor odontogénico benigno, de comportamiento agresivo e infiltrante, con una gran capacidad de recidiva. Es un tumor derivado de los componentes

epiteliales residuales del desarrollo del diente, como por ejemplo: remanente de la lámina dental (restos de malassez), órgano reducido del esmalte, células basales del epitelio de los maxilares, epitelio del órgano del esmalte, epitelio de quistes odontógenos en especial el dentígero y odontomas. En general, su aparición se manifiesta entre la tercera a la séptima década de la vida, no existiendo diferencias entre sexos.

Se localizan principalmente en la mandíbula, con una prevalencia del 85%, sobre todo en la zona de molares y rama ascendente del maxilar inferior y, con menor frecuencia, en la zona de premolares y región anteroinferior. En el maxilar superior se presenta con una prevalencia del 15%. Son más frecuentes en el área de los molares, pudiendo afectar al seno maxilar y al suelo de las fosas nasales en el caso del maxilar superior. Se localizan principalmente en la mandíbula, con una prevalencia del 85%, sobre todo en la zona de molares y rama ascendente del maxilar inferior y con menor frecuencia, en la zona de premolares y región antero inferior.

#### **2.2.2.1 Clasificación del ameloblastoma**

Según la clasificación de los tumores odontogénicos de la Organización Mundial de la Salud (2005) se reconocen 4 tipos de ameloblastomas denominados sólido, multiquístico, uniquístico, periférico o extra óseo y desmoplásico. Histológicamente pueden clasificarse en folicular, plexiforme, acantomatoso, células granulosa y células basales, siendo la forma folicular la más frecuente, seguida de la plexiforme.

Folicular: El epitelio tumoral adopta la forma de islotes más o menos dispersos, constituidos por una masa central de células poliédricas o por un conjunto poco trabado de células angulosas semejante al retículo estrellado, rodeado de una capa de células cubicas o cilíndricas que recuerda el epitelio

dental interno o los preameloblastos. Es frecuente que en el interior de estos islotes se formen quistes.

**Plexiforme:** El epitelio tumoral está dispuesto en forma de masas irregulares o de una red de cordones. Cada masa o cordón está circunscrito por una capa de células cilíndricas en la que se encuentran células semejantes a las del retículo estrellado, por lo general menos numerosas que en los ameloblastomas del tipo folicular. A veces se forman quistes, pero estos suelen deberse más a una degeneración del estroma que a una verdadera transformación quística en el interior del epitelio.

**Acantomatoso:** Se clasifican dentro de este tipo los ameloblastomas que presentan una extensa metaplasia escamosa, a veces con formación de queratina, dentro de los islotes de células tumorales. El aspecto general del tumor es semejante al del tipo folicular.

**Tipo basocelular:** Algunos de los tumores que se originan en el interior del maxilar o en el epitelio superficial de las zonas de implantación de los dientes tienen una estructura muy similar a la del carcinoma basocelular de la piel. Como el epitelio odontogénico es el epitelio anexial propio de la boca, parece lógico considerar que este tipo de ameloblastoma es el equivalente histológico del carcinoma basocelular, aunque por lo general el ameloblastoma presenta características estructurales distintivas y, naturalmente, una localización específica. Cuando en el interior del maxilar se desarrolla un tumor basocelular habrá que poner especial cuidado en distinguir entre el ameloblastoma del tipo basocelular y el carcinoma adenoquistico intraóseo.

**Tipo de células granulosas:** Algunos ameloblastomas presentan una transformación granulosa de las células epiteliales. A veces pueden verse

tumores en los que casi todo el epitelio es de este tipo. Las células son de gran tamaño y pueden ser cubicas, cilíndricas o redondeadas. Su voluminoso citoplasma aparece lleno de granulos acidofilos.

#### **2.2.2.2 Aspecto Clínico**

Aparece como un aumento de volumen sobre todo en la mandíbula, que hace prominencia tanto lingual como vestibular, en raras ocasiones puede provocar ruptura de la pared ósea y ulcerar las partes blandas. Los síntomas incluyen edema indoloro, deformidad facial en casos severos, dolor si la hinchazón comprime otras estructuras, perdidas dentales, úlceras, y enfermedades periodontales. Pueden presentarse lesiones en la mandíbula o el maxilar, sin embargo la mayoría de las lesiones se dan en la rama mandibular presentándose con deformidad extensa de la región facial afectada.

En el maxilar puede extenderse dentro del seno maxilar y base de la nariz. La lesión tiene una tendencia a engrosar las cortezas óseas, debido a que el lento crecimiento de la lesión permite que el periostio desarrollar una capa delgada de hueso alrededor de la lesión en expansión. Esta capa de hueso se rompe al ser palpada y el fenómeno es descrito como ruptura de cáscara de huevo (crépito), un signo de diagnóstico importante. El ameloblastoma es tentativamente diagnosticado por medio de radiografías y debe ser confirmado por medio del examen histológico

#### **2.2.2.3 Aspecto radiográfico**

Radiográficamente, aparece como una zona radiolúcida en el hueso, de tamaño y apariencia variables, en ocasiones es una lesión única, bien demarcada, pero en ocasiones se presenta en apariencia, como "burbujas de jabón" ya que está dividida por múltiples tabiques óseos de densidad radiopaca y puede estar o no asociado con dientes retenidos. Los dientes

relacionados con la lesión están vitales; posteriormente estos pueden causar migración, movilidad, resorción radicular y parestesia multiloculada.

#### **2.2.2.4 Tratamiento**

La cirugía es el tratamiento de elección para este tumor comprendiendo desde formas conservadoras, como el curetaje, la enucleación y la criocirugía, hasta tratamientos más radicales, como la resección marginal, en bloque o la resección segmentaria o hemisección debido a la naturaleza invasiva del crecimiento. También se requiere la escisión de tejido normal en la vecindad del tumor. A menudo se requiere retirar márgenes amplias para asegurar un buen pronóstico. Muchas veces el tratamiento requiere la resección de porciones enteras de la mandíbula.

#### **2.2.3 CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE**

El carcinoma mucoepidermoide es una neoplasia epitelial maligna que está compuesta de 3 tipos celulares que son las mucosas, epidermoides, intermedias, células columnares y células claras, casi siempre presenta un patrón de crecimiento quístico. En base a las características morfológicas y citológicas se gradifica en bajo, intermedio y alto grado de malignidad. Tomando en cuenta que las neoplasias de bajo grado puede metastatizar, el término llega ser controversial sin embargo esto dependerá del comportamiento biológico.

Es la neoplasia maligna de glándula salival más común, y está encuadrada en ese rubro de las malignidades epiteliales de glándula salival, junto con el adenocarcinoma de glándulas salivales, el adenocarcinoma polimorfo de bajo grado, y el carcinoma adenoideo quístico. Representa el 15.5% de los tumores de glándulas salivales. El 29% de los tumores malignos originados de las glándulas salivales menores, y el 22 % de los originados de las glándulas salivales menores. Cerca del 53% de los carcinomas

mucoepidermoides se presentan en glándulas salivales mayores, el 45 % en parótida, el 7% en submandibular, el 1 % en sublingual. El 21 % ocurre en glándula salival menor en el paladar. El resto ocurre en sitios de la mucosa oral y labial con menor frecuencia. El carcinoma mucoepidermoide tiene predilección por mujeres en un índice de 3:2, se presenta entre la tercera y sexta década de vida. (Facultad de Odontología UNAM 2013)

### **2.2.3.1 Características clínicas**

Se presenta como aumento de volumen solitario y asintomático en la región periauricular o submandibular, de crecimiento relativamente lento, pueden llegar a pasar 3 años antes del diagnóstico del tumor, en el caso del paladar puede presentarse como un aumento de volumen ulcerado o como una úlcera que no cicatriza en 15 días, dos terceras partes de los pacientes cursan con la enfermedad de manera asintomática, Si existieren síntomas puede presentarse: laxitud de la zona, dolor, dolor ipsilateral de los oídos, disfagia, trismus, y parálisis facial.

La presentación clínica en las glándulas salivales menores varía considerablemente, generalmente son enmascaradas con condiciones neoplásicas benignas o inflamatorias de la zona, muchas lesiones en especial en el paladar con fluctuantes, azulosas, aumentos de volumen con superficie lisa, que asemejan mucocelos, otras penden llegar a tener un color magenta que siguiere a una lesión vascular o melánica, algunas de esas descargan un fluido a través de una pequeña fistula hacia la mucosa, asemejando un absceso dental. Raramente tiene una superficie granular o papilar.

La parálisis del nervio facial es frecuente en los tumores de parótida, el carcinoma mucoepidermoide es un tumor sin cápsula, razón por lo cual tiende a infiltrar los tejidos vecinos y un número elevado de casos tienden a

dar metástasis a los ganglios linfáticos regionales. Además se han reportado metástasis a distancia en huesos, pulmones y tejido subcutáneo. Una característica clínica importante es el crecimiento lento y asintomático de la lesión cuando se trata de un Carcinoma Mucoepidermoide de bajo grado de malignidad, no así el del alto grado de malignidad que crece rápidamente y puede producir dolor espontáneo o a la palpación como síntomas tempranos, algunos de los cuales se pueden ulcerar con facilidad

### **2.2.3.2 Características histopatológicas**

El carcinoma mucoepidermoide se caracteriza por presentar células escamosas, células mucosecretoras y células de tipo intermedio. La proporción de los diferentes tipos de células y su configuración arquitectónica (incluyendo la formación de quistes) varía entre los tumores. La infiltración del parénquima glandular es evidente. Los Carcinomas Mucoepidermoides pueden ser categorizados en tres grados histopatológicos, la clasificación ésta basada en:

- La cantidad de quistes formados
- El grado de atipia celular
- El número relativo de células mucosas, epidermoides e intermedias

En los tumores de bajo grado de malignidad están presentes los tres tipos de células, aunque las células predominantes sean las mucosas. Además presentan la formación prominente de espacios quísticos, atipia celular mínima y una alta proporción de células mucosas.

Los tumores de alto grado de malignidad consisten en islas sólidas de células escamosas e intermedias, que pueden mostrar un considerable pleomorfismo y actividad mitótica, las células productoras de moco son escasas y algunas veces se tiene dificultad para distinguirlas de un Carcinoma Epidermoide.

Los tumores de grado intermedio muestran características que caen en las neoplasias de bajo grado y las de alto grado de malignidad. La formación de espacios quísticos está presente pero son menos prominentes que en los tumores de bajo grado, hay predominio de células intermedias, se puede o no observar la atipia celular. En el tumor se pueden observar capas o nidos de células epiteliales y/o células mucosas dispuestas en estructuras glandulares y a veces formando microquistes, estos últimos pueden romperse y liberar el contenido mucoso que se puede acumular en el tejido conjuntivo y producir en el mismo irritación con la consecuente reacción inflamatoria.

### **2.2.3.3 Tratamiento y pronóstico**

El tratamiento del Carcinoma Mucoepidermoide depende de la localización, grado histopatológico y el estado clínico del tumor. Los tumores de parótida que se diagnostican de manera temprana se tratan con paroditectomía subtotal con conservación del nervio facial. Los tumores avanzados pueden requerir remoción total de la glándula parótida con sacrificio del nervio facial; cuando se trata de la glándula submaxilar se hace remoción de la glándula. En los Carcinomas Mucoepidermoides de las glándulas salivales accesorias, la curación del paciente se logra con la excisión quirúrgica del tumor y dejando los márgenes libres de tumor.

El pronóstico es mejor en niños que en adultos. Los tumores de la glándula submaxilar están asociados a pronóstico muy pobre con respecto a los de glándula parótida. Para los tumores que se originan en la base de la lengua la tasa de curación es sumamente baja. Aunque el tratamiento fundamental del Carcinoma Mucoepidermoide es quirúrgico, algunos casos han respondido de buena manera a la radioterapia, a pesar de que ésta última se ha reservado para los tumores de alto grado de malignidad, cuya metástasis

se produce en forma temprana. La mayoría de los carcinomas mucoepidermoides manifiestan metástasis locales o a distancia. Otros autores recomiendan de primera elección la cirugía seguida de radioterapia. En algunos casos hay que considerar la posibilidad de eliminar todos los ganglios linfáticos cercanos a la lesión para lograr la cura total del paciente. Cuando invade el plano óseo se recomienda resección ósea eliminando el hueso palatino y la apófisis pterigoides hasta la base del cráneo. La supervivencia de 5 años el 95% se asocia con los tumores de bajo grado de malignidad, para los de alto grado la tasa es de 40%, la proporción más alta de cura de los Carcinomas Mucoepidermoides es de 25% o menos, otros autores citan 10% de recidiva en los pacientes con tumores bien diferenciados. (Cirugía Oral y Maxilofacial. España 1997).

#### **2.2.4 CARCINOMA EPIDERMÓIDE O DE CELULAS ESCAMOSAS**

El carcinoma de células escamosas, denominado además carcinoma espinocelular, carcinoma epidermoide y carcinoma escamocelular es un tumor maligno derivado de los queratinocitos de la piel y las membranas mucosas, que retienen algunas de las características de la epidermis suprabasal normal. El tumor se manifiesta de diversas formas con diferentes grados de malignidad y sus características más importantes son la anaplasia, el rápido crecimiento, la destrucción tisular local y su capacidad para hacer metástasis. Constituye la segunda forma más frecuente de cáncer cutáneo, superado únicamente por el carcinoma basocelular, con el que conforma el denominado cáncer cutáneo no melanoma

##### **2.2.4.1 Etiología**

La etiología del carcinoma epidermoide es desconocida, aunque se sabe que los mayores factores de riesgo son:

Tabaco y alcohol: Son los principales factores de riesgo para esta enfermedad, en especial el tabaco mascado que provoca la mayoría de

cánceres orales y de orofaringe en la India 90% en mujeres y 50% en hombres. El tabaco contiene más de 19 carcinógenos conocidos, y la combustión de éstos y sus productos secundarios, es el principal modo de acción. El masticar o inhalar tabaco causa irritación por contacto directo con las membranas mucosas. El alcohol tiene un efecto cáustico aumentando la permeabilidad de la mucosa y permitiendo el paso de otros carcinógenos (como puede ser el tabaco). A él se asocian diversas lesiones como pueden ser la ulceración de la mucosa, la aparición de lesiones blancas o el desprendimiento del endotelio entre otras.

Papiloma Humano (VPH): El VPH (Virus del Papiloma Humano), en especial las cepas 16 y 18 (existen más de 100 variedades) es uno de los factores de riesgo y agentes causales independientes de cáncer de boca. Los VPH-16 y 18 son el mismo virus que causa la gran mayoría de cáncer cervical y es la forma de enfermedad de transmisión sexual más común en los Estados Unidos. El cáncer de boca en este grupo de pacientes tiende a favorecer las amígdalas, los pilares tonsilares, la base de la lengua y el orofaringe. Ciertos datos recientes sugieren que aquellos en quienes aparece un cáncer de boca de esta etiología en particular, tienen un mayor índice de supervivencia que el resto de los casos.

Otras: Infecciones, radiaciones, dieta (el consumo excesivo de algunos alimentos como pueden ser carnes rojas fritas o condimentos picantes están asociados a una mayor incidencia de cáncer oral, inmunosupresión (el incremento de la incidencia de cáncer oral en jóvenes podría deberse a un problema de inmunosupresión crónica por el virus del VIH).

#### **2.2.4.2 Localización**

Puede aparecer en cualquier localización aunque existen ciertas áreas en las que se observa con mayor frecuencia. La localización más frecuente es la lengua y el suelo de la boca, sobre todo en los países occidentales, donde se encuentra en más del 50% de los casos. Otras zonas de afectación son la mucosa yugal, el área retromolar, la encía, el paladar blando y menos frecuentemente, el dorso de la lengua y el paladar duro. El labio se afecta con más frecuencia en algunas áreas geográficas.

#### **2.2.4.3 Cuadro clínico**

El carcinoma epidermoide o de células escamosas suele aparecer como una tumoración ulcerada e indurada o como una úlcera dolorosa o indolora. Sin embargo, también puede manifestarse como una lesión blanca y roja con pérdida de elasticidad. A menudo se acompaña de adenopatías cervicales. El tamaño de las lesiones suele variar desde unos milímetros hasta varios centímetros. La localización más frecuente es la lengua, el suelo de la boca y la zona del paladar blando pilar amigdalino. En cuanto a la sintomatología el dolor es el síntoma común de los pacientes con cáncer. Aunque el dolor va a constituir el síntoma principal, generalmente el paciente lo experimenta cuando la lesión ya ha alcanzado un tamaño notable, siendo entonces cuando solicita asistencia médica. Así, las lesiones iniciales suelen pasar inadvertidas, ya que muchas veces son asintomáticas. A medida que la neoplasia se desarrolla el paciente puede notar la presencia de una úlcera que no cura.

La sintomatología en las lesiones de mayor tamaño puede variar desde una leve molestia hasta un fuerte dolor, sobre todo en las lesiones localizadas en lengua. Otros síntomas incluyen: otalgia, hemorragias, movilidad de dientes, halitosis, dificultad para la fonación, deglución y uso de prótesis, trismus, parestesias, etc. En algunas localizaciones, como la lengua o suelo de boca,

el dolor puede producirse desde el inicio. En el caso de presentarse la lesión en la lengua, la movilidad de ésta produce el roce con los dientes provocando dolor y en el suelo de boca, es la propia alimentación lo que puede producirlo. Por el contrario, en los carcinomas de labio y mucosa yugal, las algias sólo son intensas en estadios avanzados. Ocasionalmente los pacientes pueden presentar adenopatías cervicales sin ninguna otra sintomatología de las lesiones orales

#### **2.2.4.4 Tratamiento**

El tratamiento es multidisciplinario, en el que participan diferentes especialistas formando comités clínicos, los cuales planifican de forma protocolizada esta neoplasia. Aunque la cirugía y la radioterapia son los dos métodos más empleados, en algunos casos, sobre todo avanzados, se emplea la quimioterapia, sola o asociada a la radioterapia, la cual está dando resultados satisfactorios con la nuevas pautas de actuación

En los estadios iniciales el tratamiento de elección es el quirúrgico, eliminándose el tumor con márgenes de seguridad y con o sin vaciamiento cervical según la localización, tamaño o sospecha de metástasis regional. Una vez realizado el vaciamiento cervical, se analiza histopatológicamente, y en el caso de estar afectadas las estructuras extirpadas se valora el tratamiento postquirúrgico con radioterapia.

#### **2.2.4.5 Pronóstico**

El pronóstico depende de factores relacionados con el tumor, el tratamiento y el paciente. Está generalmente aceptado que el pronóstico es mejor en carcinomas detectados tempranamente y sin metástasis. Los pacientes detectados en estadios avanzados tienen una alta tasa de mortalidad. El tratamiento tiene una gran relevancia en el pronóstico, dependiendo de si se han limpiado los bordes y los ganglios. La presencia de metástasis

ganglionares es uno de los factores pronósticos más importantes para el pronóstico del paciente, reduciendo la supervivencia hasta el 50%

### **2.2.5 QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO**

El queratoquiste odontogénico es un tipo histológico de quiste odontogénico de desarrollo que fue inicialmente descrito por Phillipsen en 1956. Se estima que los queratoquistes se presenta entre la segunda y tercera década de la vida y tiene un segundo pico de aparición hacia la quinta década. La ubicación más frecuente es en la zona del tercer molar inferior, ángulo mandibular desde donde progresan hacia la rama y el cuerpo. Su importancia radica en alta tasa de recurrencia.

El Queratoquiste Odontogénico presenta características histopatológicas que lo diferencian de otras lesiones quísticas. Está también relacionado con la agenesia dentaria, fundamentalmente del tercer molar. Cuando se localizan en el maxilar superior, también están relacionados con el tercer molar, difiriendo de los quistes mandibulares en que se presentan en grupos de edades más avanzadas, que alcanzan un menor tamaño y que recurren con menor frecuencia.

#### **2.2.5.1 Etiología**

Frecuentemente esta lesión está asociada a dientes impactados. Se acepta que el queratoquiste se origina en restos de la lámina dental localizados en la mandíbula o en el maxilar superior, sin embargo hay evidencia que sugiere que también puede derivar de una extensión del componente de células basales del epitelio bucal que lo cubre. También podrían derivar del órgano dentario por degeneración del retículo estrellado, antes de que se inicie la aposición del esmalte.

### **2.2.6.2 Características histopatológicas**

El epitelio es muy característico, está compuesto de una superficie de paraqueratina, la cual está habitualmente corrugada, rizada o arrugada. Tiene uniformidad de grosor, por lo regular entre 6 y 10 células de profundidad sin formación de invaginaciones dermo epidermales. En ocasiones se encuentra ortoqueratina pero si la hay también es evidente la paraqueratina. La interfase epitelio- tejido conectivo es plana, no forman un borde epitelial y el grosor de la cubierta varia de 8 a 10 capas de células.

La capa fibrosa de este quiste es generalmente delgada, con poca o ninguna célula inflamatoria. La capa basal es típica y presenta células pálidas con núcleos prominentes, polarizados e intensamente teñidos. La luz del quiste puede contener grandes cantidades de restos de queratina o líquido claro similar a un trasudado seroso. También puede haber colesterol así como cuerpos hialinos en el sitio de la inflamación. Con frecuencia la pared de tejido conectivo muestra pequeños islotes de epitelio similares a los del epitelio de revestimiento. Estos y los quistes pequeños o “hijas” representan las terminaciones de epitelio de revestimiento de la cavidad quística principal. Si sobreviene la inflamación a la cápsula, esta se viene a engrosar, el epitelio prolifera y la queratinización desaparece

### **2.2.6.3 Características clínicas**

Clínicamente se presenta como un aumento de volumen que compromete una tabla ósea (lingual en la mandíbula y vestibular en el maxilar superior). Puede alcanzar grandes dimensiones ya que crece más a través de los espacios medulares que transversalmente. En general estos quistes se caracterizan por su lenta evolución. Cuando debutan con tumoración y dolor, el tamaño que han desarrollado es muy grande.

#### **2.2.6.4 características radiográficas**

Radiográficamente muestran un aspecto cavitario oval o redondeado. Esta lesión se presenta como una imagen radiolúcida, bien circunscrita que presenta bordes radiopacos delgados. Es posible observar multilocularidad, en especial en lesiones grandes, sin embargo la mayoría de las lesiones son uniloculares, y más del 40% es adyacente a la corona de un diente sin erupcionar. La lesión puede aparecer como una sombra radiolúcida unilocular o multilocular, a menudo con un borde esclerótico delgado que representa hueso activo. Este borde se puede alisar o festonear, pero por lo general está agudamente marcado. Rara vez se presenta como una imagen radiolúcida interradicular y periradicular. En estos casos los dientes adyacentes conservan la vitalidad. (Regezi, Joseph; Sciubba, James J., 1991)

#### **2.2.6.5 Diagnóstico diferencial**

Quiste Dentígero: es muy frecuente el quiste dentígero de tipo uniuístico y el sólido. Siempre está asociado a la corona de un diente en desarrollo o sin erupcionar. Esta adherido a la porción cervical del diente lo que lo diferencia del quiste primordial.

Ameloblastoma: en cuanto a su histopatología se observa polarización de las células alrededor de nidos proliferantes, similares a las del órgano del esmalte, en cuyos centros las células pierden su organización y simulan el retículo estrellado de este órgano. Otra característica es la gemación de las células tumorales. En ocasiones las células forman islotes, en otras forman una red epitelial, incluso las células centrales del tumor pueden presentar granulaciones citoplasmáticas.

Tumor Odontogénico Adenomatoide: frecuente en la segunda década de la vida, más en mujeres que en hombres. Aparece con más frecuencia en la

zona anterior de la mandíbula y maxilar. Está relacionado a un diente retenido.

Fibroma Ameloblástico: predomina en niños y adultos jóvenes con edad promedio de 12 años y máxima de 40 años. Es una lesión lobulada y la rodea una cápsula fibrosa. La masa tumoral está compuesta por tejido conectivo mixoide en el que la ausencia de colágena le da la apariencia de pulpa dental. Es una lesión radiolúcida y radiopaca.

#### **2.2.6.6 Tratamiento y pronóstico**

Puede comenzar por aspiración del material que contiene el quiste (queratina), para descartar malformaciones vasculares; posteriormente la toma de una biopsia incisional si la lesión es grande y seguidamente la enucleación y curetaje de la lesión. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica de la lesión con curetaje óseo periférico o bien con osteotomía segmentaria. Los dientes asociados a esta lesión se conservan, así como el nervio mentoniano y Dentario Inferior. Este parece ser el método más radical y eficaz para erradicar esta lesión pero la experiencia clínica ha demostrado que puede ser difícil su total extirpación porque la pared del quiste es muy delgada y friable y puede fragmentarse con facilidad<sup>10</sup>. Además es común que haya perforación del hueso cortical, en particular en las lesiones que afectan la rama y esto complica la remoción total.

Debe lograrse un acceso grande para curetear bien. Se conservan los dientes y de 6 meses a 1 año estos tienden a responder al frío y al calor, es decir, no los desvitaliza. El abordaje agresivo de la lesión se debe a la alta tasa de recurrencia que varía entre el 30 y 62% de los casos y cuyas causas no son claras. Entre las posibles causas de la recurrencia se sugiere: la persistencia de pequeños fragmentos epiteliales o satélites debido a que la pared de tejido conectivo es delgada y friable. La presencia de pequeños

restos de lámina dental localizados en el hueso adyacente a la lesión primaria también puede relacionarse con proliferación quística de la capa epitelial de células basales. La tasa de mitosis de las células de la cubierta epitelial del Queratoquiste es mayor que en otras formas de quistes odontógenos. Según Sándor y Weinberg opciones de tratamiento pueden ser: Eucleación, Marsupialización, Resección: si se trata de grandes tumores o ha habido más de 4 recurrencias, pues puede estar asociado a Carcinoma de Células Escamosas. (Regezi, Joseph; Sciubba, James J., 1991).

### 2.3. MARCO CONCEPTUAL

**Ameloblastoma:** Un tumor benigno poco común de la mandíbula superior o inferior.

**Carcinoma:** Tumor canceroso formado principalmente por células epiteliales que se infiltran en los tejidos contiguos.

**Células Escamosas:** son células delgadas y planas que se parecen a las escamas de los peces; se encuentran en el tejido que forma la superficie de la piel, el revestimiento de los órganos huecos del cuerpo y el revestimiento de los aparatos respiratorio y digestivo.

**Enucleación:** Extirpación de un tumor u otra formación patológica de nueva formación, procurando separarlo de los tejidos circundantes.

**Queratoquiste:** quiste odontogénico de paredes gruesas revestidas de epitelio queratinizante. Puede presentarse en forma de lesión solitaria o múltiple, con mayor frecuencia en la parte posterior del cuerpo y de la rama de la mandíbula, y puede estar o no asociado con los dientes.

**Quiste:** es una bolsa cerrada con una membrana propia que se desarrolla anormalmente en una cavidad o estructura del cuerpo.

**Quiste dentífero:** Lesión quística de aparición en los huesos maxilares, que es originado por tejidos procedentes de los estadios dentales embrionarios. Frecuentemente aparece en relación con piezas dentarias incluidas o no erupcionadas, sobre todo terceros molares.

**Secuela:** es la consecuencia o el resultado de algo. El término puede referirse más específicamente a: Secuela (medicina), en medicina, lesión o trastorno remanente tras una enfermedad o un traumatismo.

## 2.4 MARCO LEGAL

De acuerdo con lo establecido en el Art.- 37.2 del Reglamento Codificado del Régimen Académico del Sistema Nacional de Educación Superior, "...para la obtención del grado académico de Licenciado o del Título Profesional universitario o politécnico, el estudiante debe realizar y defender un proyecto de investigación conducente a solucionar un problema o una situación práctica, con características de viabilidad, rentabilidad y originalidad en los aspectos de acciones, condiciones de aplicación, recursos, tiempos y resultados esperados".

**Los Trabajos de Titulación deben ser de carácter individual.** La evaluación será en función del desempeño del estudiante en las tutorías y en la sustentación del trabajo. Este trabajo constituye el ejercicio académico integrador en el cual el estudiante demuestra los resultados de aprendizaje logrados durante la carrera, mediante la aplicación de todo lo interiorizado en sus años de estudio, para la solución del problema o la situación problemática a la que se alude. Los resultados de aprendizaje deben reflejar tanto el dominio de fuentes teóricas como la posibilidad de identificar y resolver problemas de investigación pertinentes. Además, los estudiantes deben mostrar:

Dominio de fuentes teóricas de obligada referencia en el campo profesional;

Capacidad de aplicación de tales referentes teóricos en la solución de problemas pertinentes; Posibilidad de identificar este tipo de problemas en la realidad;

Habilidad

Preparación para la identificación y valoración de fuentes de información tanto teóricas como empíricas; habilidad para la obtención de información significativa sobre el problema.

Capacidad de análisis y síntesis en la interpretación de los datos obtenidos;

Creatividad, originalidad y posibilidad de relacionar elementos teóricos y datos empíricos en función de soluciones posibles para las problemáticas abordadas. El documento escrito, por otro lado, debe evidenciar:

Capacidad de pensamiento crítico plasmado en el análisis de conceptos y tendencias pertinentes en relación con el tema estudiado en el marco teórico de su Trabajo de Titulación, y uso adecuado de fuentes bibliográficas de obligada referencia en función de su tema.

Dominio del diseño metodológico y empleo de métodos y técnicas de investigación, de manera tal que demuestre de forma escrita lo acertado de su diseño metodológico para el tema estudiado;

Presentación del proceso síntesis que aplicó en el análisis de sus resultados, de manera tal que rebase la descripción de dichos resultados y establezca relaciones posibles, inferencias que de ellos se deriven, reflexiones y valoraciones que le han conducido a las conclusiones que presenta

## 2.5 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

### 2.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Secuelas graves del Quiste dentígero

### 2.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Integridad Maxilofacial

## 2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
<b>Independiente:</b> Secuelas graves del Quiste dentígero	Cavidades patológicas de contenido líquido, semilíquido, sólido o gaseoso, revestidas de epitelio en su cara interior y por tejido conectivo en el exterior, que causan consecuencias graves en la anatomía maxilofacial.	Determinar su comportamiento agresivo en los maxilares y complicaciones que pueden existir y como resolverlas.	Se relaciona a la corona de dientes no erupcionados en mandíbula y maxilar.	Asintomático Expansivo Crecimiento lento Radiolúcido
<b>Dependiente:</b> Integridad Maxilofacial	Anatomía de mandíbula y maxilar que están completos o poseen todas sus partes.	Para determinar las consecuencias de una lesión o traumatismo en los componentes anatómicos maxilofacial.	Se relaciona con las diferentes patologías expansivas que dejan consecuencias graves a nivel de los maxilares.	Expansión y adelgazamiento de corticales. Reabsorción de piezas dentarias. Formación de carcinomas.

## CAPITULO III

### 3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación es no experimental ya que se limita a observar los acontecimientos sin intervenir en los mismos, se realizó un estudio sin manipular deliberadamente las variables. El método teórico utilizado fue el método analítico-sintético ya que esta investigación se basa en la observación de fenómenos para ser analizados o examinados con posterioridad y luego los datos observados ser sintetizados realizando una composición de todo lo analizado. La técnica empleada para la realización de la investigación fue una técnica de carácter documental recopilando antecedentes a través de documentos, ya sean artículos científicos, casos clínicos o textos referentes al tema de diversos autores para así complementar y fundamentar los datos de esta investigación. Como herramienta principal utilizada en la investigación tenemos el internet, la web ha sido la herramienta escogida para obtener la información y datos de diferentes artículos científicos de varios autores publicados en diversas revistas

### 3.2 TIPOS DE INVESTIGACION

Según la naturaleza de los objetivos en cuanto al nivel de conocimiento que se desea alcanzar, el tipo de investigación que se aplicó fue:

- **Investigación Documental.**- esta investigación es documental ya que está basada en conocimientos ciertos y falsos, la con la finalidad de desarrollar y profundizar el conocimiento de su naturaleza, con apoyo, principalmente, en trabajos previos, información y datos difundidos por medios impresos, audiovisuales o electrónicos. La presente investigación se realizó a través de la consulta de documentos (libros, revistas, artículos científicos, casos clínicos)

**-Investigación Descriptiva.-** Es un método científico que implica observar y describir el comportamiento de un sujeto sin influir sobre él de ninguna manera, mediante el empleo de un sistema de recopilación de datos y hechos se exponen artículos, inventarios e incluso generalizaciones empíricas. En esta investigación se trató de describir las diferentes secuelas graves ocurridas en los maxilares ocasionadas por un Quiste dentígero.

**-Investigación Explicativa.-** esta investigación es explicativa porque se encarga de buscar el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa - efecto. En este sentido, los estudios explicativos pueden ocuparse tanto de la determinación de las causas, como de los efectos, mediante la prueba de hipótesis. En nuestro caso tenemos los efectos negativos que causa un Quiste dentígero no diagnosticado o tratado a tiempo.

**-Correlacional.-** esta investigación es correlacional porque es aquel tipo de estudio que persigue medir el grado de relación existente entre dos o más variables. Comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas. En el caso de que dos variables estén correlacionadas, ello significa que una varía cuando la otra también varía y la correlación puede ser positiva o negativa.

### **3.3 RECURSOS EMPLEADOS**

#### **3.3.1 TALENTO HUMANO**

Tutor: Dr. José Zambrano Pico

Investigadora: Sara Elizabeth Moran Molina

#### **3.3.2 RECURSOS MATERIALES**

Para la realización de este estudio se requirió recursos materiales tales como: computadora, internet, recopilación de revistas científicas, artículos electrónicos, papel, impresora.

### 3.4 LA POBLACION Y LA MUESTRA

Para la presente investigación no se ha tomado una población específica ya que el caso en estudio es muy general, es por esto que se ha hecho en base a recolección de estudios clínicos anteriores.

### 3.5 FASES METODOLÓGICAS

Podríamos decir, que este proceso tiene tres fases claramente delimitadas:

Fase conceptual

Fase metodológica

Fase empírica

**Fase conceptual.-** Esta investigación es aquella que va desde la concepción del problema de investigación a la concreción de los objetivos del estudio que pretendemos llevar a cabo. Esta es una fase de fundamentación del problema en el que el investigador descubre la pertinencia y la viabilidad de su investigación, o por el contrario, encuentra el resultado de su pregunta en el análisis de lo que otros han investigado.

Revisión bibliográfica de lo que otros autores han investigado sobre las secuelas graves del quiste dentígero que comprometen la integridad maxilofacial.

**La fase metodológica.-** Es una fase de diseño, en la que la idea toma forma. En esta fase dibujamos el "traje" que le hemos confeccionado a nuestro estudio a partir de nuestra idea original. Sin una conceptualización adecuada del problema de investigación en la fase anterior, resulta muy difícil poder concretar las partes que forman parte de nuestro diseño:

Elección del diseño de investigación: para esta investigación se eligió el modelo de estudio descriptivo, identificando las partes teóricas hasta obtener resultados de alta calidad al modelo.

Definición de los sujetos del estudio:

¿Quién es nuestra población de estudio?

Secuelas graves del quiste dentígero

¿Quiénes deben resultar excluidos de la investigación?

Quistes de origen no odontogénico.

### **Descripción de las variables de la investigación**

Variable Independiente: Secuelas graves del Quiste dentígero

Variable Dependiente: integridad maxilofaxial.

Elección de las herramientas de recogida y análisis de los datos: Se aborda desde el punto ¿Qué herramientas son las más adecuadas para recoger los datos de la investigación? Para nuestro trabajo se recolectaron datos e información de varios artículos científicos publicados hasta 5 años atrás para ofrecer al lector una información lo mas actualizada posible.

La última fase, la fase empírica es, sin duda, la que nos resulta más atractiva,

Recogida de datos: En esta etapa recogeremos los datos de forma sistemática utilizando las herramientas que hemos diseñamos previamente.

Análisis de los datos: Los datos se analizan en función de la finalidad del estudio, según se pretenda explorar o describir fenómenos o verificar relaciones entre variables.

Interpretación de los resultados: Después de tabulados los datos recogidos se exponen en la conclusiones los aspectos relevantes de la investigación, se darán las recomendaciones de acuerdo a lo más relevante de la investigación.

## 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En base a toda la información y datos recopilados de diferentes fuentes y autores obtuvimos resultados sobre las consecuencias y secuelas que deja un quiste dentígero no tratado y diagnosticado a tiempo. Un diagnóstico y tratamiento a tiempo del quiste dentígero evitara que este siga creciendo y se convierta en una patología agresiva multilocular, lo que puede causar lesiones más serias que comprometen la integridad anatómica del paciente.

El quiste dentígero es potencialmente capaz de convertirse en una lesión agresiva produciendo deformaciones principalmente expansión ósea, asimetría facial, desplazamiento dental, resorción radicular de los dientes adyacentes y dolor. En el maxilar inferior a consecuencia de un quiste dentígero de la zona molar puede llegar a producirse una resorción casi total de la rama ascendente, con el desplazamiento del molar.

Un quiste dentígero en un canino superior produce expansión de la porción anterior del maxilar superior y puede semejarse a una celulitis o a una sinusitis, también en el maxilar superior esta expansión del quiste puede invadir el seno maxilar y producir una sinusitis y progresar hacia las fosas nasales y la fosa pterigomaxilar produciendo dolor e infección en ocasiones produciendo supuración y fístulas al exterior.

El plan de tratamiento se realizará en función al diagnóstico clínico obtenido inicialmente, la técnica quirúrgica deberá ser elegida de acuerdo a las características del caso clínico, con el objetivo de proteger y preservar las estructuras adyacentes tratando de que el trauma para el paciente sea mínimo, debiendo tomarse en cuenta la edad y el estado de salud en general.

La posibilidad de recurrencia y formaciones neoplásicas malignas después de realizar una remoción quirúrgica incompleta. En ocasiones, se constataba

una marcada asimetría facial y gran deformidad de la encía en la zona afectada con gran expansión maxilar vestibular que desaparece una vez se intervino quirúrgicamente. Esto permite afirmar que a partir de un buen estudio preoperatorio, se logra un buen resultado.

Es un requisito que todos los tejidos provenientes del quiste dentígero deben ser sometidos a un examen histopatológico debido a que en algunas áreas de este pueden presentarse cambios a nivel de las células epiteliales que no deben pasar desapercibido. La completa exérecis del quiste dentígero eliminara todo el epitelio que representa un potencial para desarrollar un nuevo quiste dentígero, es decir, de esta manera se previene su recidiva y posible formación de nuevas lesiones más agresivas como carcinomas o ameloblastomas.

## 5. CONCLUSIONES

El quiste dentígero solo puede ser identificado clínicamente cuando se ha expandido es decir en una etapa mas avanzada. Se puede observar expansión de las corticales con deformación en el lugar de nacimiento del quiste produciendo una deformidad facial, perdida de dientes por intensa resorción radicular de los dientes adyacentes y dolor, tras un periodo más largo, la cortical termina, por adelgazarse. Debemos obligatoriamente confirmar nuestro diagnostico con un examen histopatológico, ya que hay muchas patologías con similares características clínicas como el Queratoquiste odontogénico.

Los quistes dentígeros representan una de las principales causas de destrucción de los maxilares a pesar de ser entidades con un comportamiento benigno, pero si no se diagnostican a tiempo pueden alcanzar tamaños considerables y repercutir negativamente en la anatomía maxilar del paciente.

El quiste dentígero puede ser recidivante por lo que es necesario un tratamiento adecuado, la completa remoción del quiste dentígero eliminará todo el epitelio que represente un potencial para desarrollar o dar origen a un nuevo quiste o una patología mas grave, se trata de remover todo el quiste de los tejidos, ya que las células remanentes en el tejido podrían producir proliferaciones neoplásicas. Raramente, un carcinoma puede surgir en el revestimiento del quiste dentígero pero no se debe descartar esta posibilidad.

## 6. RECOMENDACIONES

Recomendar como prevención el motivar a los pacientes a realizarse chequeos mínimo una vez año, mucho más a pacientes jóvenes que aun no presentan sus 3ros molares erupcionados.

Escoger el tratamiento mas adecuado y oportuno para tratar un quiste dentígero y realizar un seguimiento del caso para así evitar recidiva y complicaciones mas serias.

Realizar un examen histopatológico de la lesión para confirmar el diagnostico.

Realizar una investigación de incidencia de quistes dentígeros en nuestro país.

Realizar una investigación mas amplia con respecto a recidivas y formaciones neoplásicas a partir de un quiste dentígero.

## BIBLIOGRAFIA

1. sanfelice cm, d. c. (2010). effects of four instruments on coronal preenlargement by using cone beam computed tomography. *j endod.* 2010; 36:85861. *j endod*, 36:85861.

al, p. g. ( 2014, jun 28). deformation and fracture incidence of reciproc instruments: a clinical evaluation. *international endodontic journal*, 48, 199–205, .

arévalo, i. a. (2004). quiste de los maxilares. *revista de la facultad de ciencias de la salud*, 1.

col, b. s. (2010). perfil demografico de los quistes odontogenicos.

col, n. u. (2010). estudio retrospectivo clinico patologico de quistes odontogenicos. *universidad de barcelona*.

cristina, n. c. (2014). *determinación de la prevalencia y etiología del quiste dentigero y su impacto a nivel maxilofacial*.

díaz, j. c., & giralt, m. q. (2011). quiste dentígero que causa deformación facial en un niño. *acta odontologica colombiana*.

gunter erdody m.1, j. c. (2011). quiste dentígero asociado a diente supernumerario. *ciencia odontologica*, 8.

hernandez, j. f. (2011, marzo). tratamiento del carcinoma epidermoide de la cavidad oral. *gamo* , 10(2).

lara, c. a. (2014). *dialnet*.

ma j, a.-a. a. (2012). efficacy of protaper universal. 15-20.

mateos, s. y. (2014). comparación in vitro del desgaste compensatorio de tres instrumentos de acceso (gates glidden, introfile flexmaster® y sx protaper®) utilizados en endodoncia. lima, peru.

monica, d. a., rosario, d. g., & fernando, d. c. (2014). quiste dentigero. *odontologia actual*.

montoya, j. s. (2008, mayo). estudio comparativo del trabajo biomecanico del sistema protaper y la instrumentacion manual invit. *lxv(3)*, 126-132.

msc. José Manuel Díaz Fernández, i. m. (2014). perfil epidemiológico, clínico y terapéutico de los quistes odontogénicos en santiago de cuba. *medisan 2014; 18(1):52, 18*.

msc. José Manuel Díaz Fernández, i msc. Luis Emilio Puig Ravinal II y Dra. (2014). perfil epidemiológico, clínico y terapéutico de los quistes odontogénicos en santiago de cuba. *medisan 2014, 1-52*.

muñoz, p. d. (n.d.). *notas para el estudio de endodoncia*. retrieved from <http://www.iztacala.unam.mx/rrivas/notas/notas4instrumentos/rotagates.html>. (n.d.).

navarro, d. m., acuña, g. s., & lay, l. r. (2009). presentacion clinica atipica de un quiste dentigero. *revista cubana de estomatologia*.

pindborg, j. j., kramer, i. r., & torloni, h. (1972). *tipos histologicos de tumores odontogenicos, quistes de los maxilares y lesiones afines*. roto-sadag s.a., ginebra.

plotino g, g. n. ((2012). cyclic fatigue of reciproc.

quintada jc, q. m. (2014). quistes de los maxilares en el servicio de cirugía maxilofacial de artemisa. *acta odontologica colombiana*.

quintada jc, q. m. (2014). quistes de los maxilares en el servicio de cirugía maxilofacial de ardenia. *acta odontologica colombiana*.

quispe, m. e., & lópez, l. z. (2012). manejo quirúrgico de quistes en los maxilares de origen odontogénicos. *revista de actualización clínica*, 25.

rené pedraza\*, j. c. (2013). resección mínimamente invasiva y asistida mediante endoscopia de quiste dentígero gigante de crecimiento rápido en maxilar. *acta de otorrinolaringología* .

revisión analítica de los quistes odontogénicos. (2011, noviembre). *odontoestomatología / vol. xiii. nº 18 / noviembre 2011, 13(18)*.

reyes, r. l., arraascue, m., aguilar, m. t., mosquera, a., & reyes, a. (2005). quistes dentígeros múltiples en los maxilares presentación de un caso. *estomatología heredia*.

rivas, e. m. (2014, julio). *repositorio de la universidad de guayaquil*. retrieved junio 11, 2015, from <http://repositorio.ug.edu.ec/>

roberto, l. m. (n.d.). sistemas rotatorios en endodoncia. barcelona: artes medicas.

rodríguez romero fj\*, c. f. (2011). quiste dentígero asociado con mesiodens: exposición de un caso. *avances en odontoestomatología*.

romero yulis, j. c. (2007). presentación inusual de un quiste dentígero en paciente pediátrico. reporte de un caso. *acta odontologica venezolana*.

s., b. (2013, abril). incidence of dentinal defects after root canal preparation. *journal endod*, 39(4), 501-504.

shibata, a. y. (2010). radiographic examination of mesiodens and their associated complications.

vázquez diego j\*, g. p. (2008). quiste dentígero: diagnóstico y resolución de un caso. *avances en odontoestomatología*, 24(6).

vega llauradó a\*, a. m. (2013). opciones terapéuticas en quistes odontogenicos. *avances en odontoestomatología*.

villalobos, d. s. (2012). análisis comparativo de la remoción de dentina. *arch med camagüey*, 16(4).

zona de lectura. (n.d.). retrieved from [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90024072&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=305&ty=96&accion=l&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=305v10n02a90024072pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90024072&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=305&ty=96&accion=l&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=305v10n02a90024072pdf001.pdf)

## **ANEXOS**

Anexo #1

**Quiste dentígero gigante del antro maxilar izquierdo**



Fuente: René Pedraza, Juan Carlos Serna, et al.  
Hospital de San José. Bogotá - Colombia

Anexo # 2

**Radiografía periapical que muestra un quiste asociado a un diente supernumerario retenido.**



Fuente: Rodríguez Romero FJ, Cerviño Ferradanes S, Muriel Cueto P.  
*Av. Odontoestomatol* 2011; 27 (6): 289-299

Anexo # 3

**Imagen radiolúcida unilocular, con borde radiopaco periférico bien definido, de 5 cm por 4 cm**



Fuente: González José, Moret De González Yuli, Bandres Coralís, Chirinos Luis, Guerra Virginia, Hernández Rosemilia. Acta Odontológica Venezolana.

Foto # 4

**Radiografía Panorámica que muestra un Ameloblastoma en piezas 43 - 47**



Fuente: Shwetha V. Kumar, Niharika Swain  
journal of Contemporary Dentistry. Jun-Sept 2011