



Anónimo

# Quistes Odontogénicos de desarrollo

2003 - Reservados todos los derechos

Permitido el uso sin fines comerciales

## Anónimo

# QUISTES ODONTOGÉNICOS DEL DESARROLLO

QUISTE	ORIGEN	EDAD	SEXO	UBICACIÓN	CLÍNICA	RADIOGRAFÍA	HISTOLOGÍA
QUERATOQUISTE	Lámina Dentaria	20-30(21%) 50-60(16%)	Hombres 2:1	Zona del 3 M, < y rama mandibular, mandíbula 75% y 90% posterior al canino.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entidad muchas veces agresiva</li> <li>• Tiene gran tendencia a RECIDIVAR (10-50%):               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia de quistes satélites</li> <li>- Separación epitelio-conectivo</li> <li>- Alta actividad mitótica epitelial</li> <li>- Permanencia de restos epiteliales postoperatorios.</li> </ul> </li> <li>• En la mayoría de los casos se presenta en forma única, pero con cierta frecuencia puede ser múltiple (Síndrome).</li> <li>• Rara vez aumenta de volumen (tabla L (MI) y V (MS). Aumento de volumen por infección.</li> <li>• Puede alcanzar gran tamaño ya que crece por espacios medulares y no dar información.</li> <li>• Compromiso de piezas dentarias:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Movilidad, rizálisis</li> <li>- Desplazamiento</li> <li>- Divergencia radicular</li> </ul> </li> <li>• Asociación a piezas incluídas 26,6%:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- PD que erupciona y penetra QQ.</li> <li>- QQ que crece y engloba a PD.</li> </ul> </li> <li>• Asociado a SÍNDROME DE NEVUS BASOCELULAR o S. De Goltz.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Área radiolúcida pequeña, redonda u ovoídea.</li> <li>• Borde bien delimitado, corticalizados, festoneado.</li> <li>• Unilocular o multilocular.</li> <li>• Borde recortado en infección.</li> <li>• Rizálisis no es lo más característico (5%).</li> <li>• Diagnóstico diferencial:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Q. Dentífero.</li> <li>- Q. Radicular Residual.</li> <li>- Granuloma central de células gigantes.</li> <li>- Ameloblastoma.</li> <li>- mixoma</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epitelio plano pluriestratificado que se caracteriza por ser:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paraqueratinizado u ortoqueratinizado (menos agresivo)</li> <li>- Delgado de grosor uniforme (5 a 8 capas).</li> <li>- Sin presencia de papilas del corion.</li> <li>- Capa basal de células columnares polarizadas alargadas dispuestas en empalizada.</li> <li>- Sin presencia de estrato espinoso.</li> <li>- Se presenta corrugado y separado del T.conjuntivo cuando no está inflamado.</li> </ul> </li> <li>• En muchos casos es posible observar en el tejido conjuntivo quistes satélites de epitelio similar al descrito, como también islotes epiteliales.</li> <li>• Contenido:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proteína (Queratina), en menor cantidad que en el resto de los quistes (4g. en vez de 7g por 100ml, en comparación al suero).</li> </ul> </li> </ul>

<b>QUISTE DENTÍGERO O CORONODENTARIO O FOLICULAR</b>	Epitelio Reducido del órgano del esmalte después de que la corona se ha formado completamente.	20-40 años	Hombres levemente mayor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 M Inferior</li> <li>• C superior.</li> <li>• Supernumerarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Q MÁS PREVALENTE DE LOS Q DEL DESARROLLO.</b></li> <li>• Siempre está asociado con la corona de un diente retenido.</li> <li>• Tiene la capacidad potencial de transformarse en una lesión agresiva.</li> <li>• Expansión del hueso con la consiguiente asimetría facial.. expansión de hueso con compromiso de ambas tablas (Q. Que crece más en sentido antero-posterior).</li> <li>• Asintomático a menos que se infecte.</li> <li>• Se infecta muy rara vez.</li> <li>• Produce desplazamiento de PD y rizálisis (Q QUE MÁS PRODUCE RIZÁLISIS 30%).</li> <li>• Debe diferenciarse de saco folicular agrandado, debe medir más de 2,5 mm. de ancho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zona radiolúcida unilocular con relación a PD no erupcionada.</li> <li>• Límites netos corticalizados.</li> <li>• Puede estar asociado a supernumerario o un odontoma.</li> <li>• Por crecimiento a veces va dejando trabéculas óseas y se produce una pseudo imagen de multiloculación.</li> <li>• Generalmente unilocular.</li> <li>• Lesión por lo general parte del límite amelocementario.</li> <li>• Diagnóstico diferencial:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- QQ. Unilocular.</li> <li>- Ameloblastoma.</li> <li>- TOA</li> <li>- Fibroma ameloblástico.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay características típicas que puedan ser usadas con seguridad para distinguir el Q Dentífero de otros Q.</li> <li>• Cápsula muy gruesa de TC.</li> <li>• Pared de epitelio plano pluri (2 a 3 capas), rara queratinización.</li> <li>• En el epitelio se pueden encontrar células productoras de mucus (Q. Com mayor posibilidad de generar tumores malignos.)</li> <li>• No posee papilas del corion.</li> <li>• Presencia de islotes de epitelio odontogénico.</li> <li>• Se acumula líquido entre corona y el epitelio reducido, o entre capas del epitelio reducido del O del Esmalte.</li> <li>• Si se infecta el epitelio se engrosa. También se puede ver epitelio grueso en Q viejo.</li> <li>• Se creía que era potencial desarrollo de ameloblastoma desde restos odontogénicos de la pared del quiste. Puede derivar a un carcinoma epidermoide, carcinoma mucoepidermoide.</li> </ul>
<b>QUISTE DE ERUPCIÓN</b>	Epitelio reducido del órgano del esmalte.			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asociado con PD en vías de erupción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es una forma especial de Q Dentífero en tejido blando.</li> <li>• Aumento de volumen circunscrito, fluctuante, a menudo translúcido en el sitio de la erupción de PD.</li> <li>• Si contiene sangre se aprecia de color azul</li> </ul>		

## QUISTES ODONTEGÉNICOS DEL DESARROLLO

QUISTE	ORIGEN	EDAD	SEXO	UBICACIÓN	CLÍNICA	RADIOGRAFÍA	HISTOLOGÍA
--------	--------	------	------	-----------	---------	-------------	------------

<b>QUISTE GINGIVAL DEL RECIÉN NACIDO (Q. De la lámina dental del recién nacido, perlas de Epstein, nódulos de Bohn)</b>	Lámina Dentaria	Frecuentemente antes de los 3 meses.		Tejido blando del reborde alveolar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se presenta como múltiples nódulos, blancos de superficie lisa, ocasionalmente solitarios sobre el reborde alveolar.</li> <li>• A veces estos quistes se agrandan lo suficiente para apreciarse como pequeñas tumefacciones circunscritas blandas del reborde alveolar, que en ocasiones aparecen isquémicas por la presión interna.</li> <li>• Son asintomáticas y parecen no provocar molestias en el lactante.</li> <li>• Se resuelven solos.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delgado revestimiento epitelial queratinizado.</li> <li>• Lumen lleno de queratina descamada.</li> <li>• Ocasionalmente contiene células inflamatorias.</li> </ul>
<b>QUISTE GINGIVAL DEL ADULTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios degenerativos en un epitelio proliferante.</li> <li>• Remanentes de la lámina dental (lo más probable).</li> <li>• Órgano del esmalte o islotes epiteliales del periodonto.</li> <li>• Implantación traumática del epitelio.</li> </ul>	Sobre los 40 años		Al nivel de PM Inferior e IL Superior (En relación estrecha con superficie lateral de diente erupcuionado).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede presentarse a cualquier edad, pero es más común en adultos.</li> <li>• Aparece por lo general como una hinchazón pequeña, bien circunscrita e indolora de la encía.</li> <li>• A veces es muy semejante a un mucocelo superficial, pequeño.</li> <li>• Tiene el mismo color que la mucosa normal adyacente.</li> <li>• Es raro que mida más de 1 cm. de diámetro.</li> <li>• Se , localiza en la encía libre o insertada, aveces también en la papila.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este quiste es una lesión de tejido blando y por lo general no se manifiesta en la radiografía.</li> <li>• Si adquiere el tamaño suficiente llega a producir una erosión superficial de la lámina cortical, pero aún así no suele ser visible en la Rx.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epitelio de revestimiento por lo general es plano muy delgado.</li> <li>• Características idénticas al QPL.</li> </ul>
<b>QUISTE PERIODONTAL LATERAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicialmente como Q. dentígero y al erupcionar PD adquiere posición lateral.</li> <li>• Proliferación de restos epiteliales de Malassez o del epitelio reducido del esmalte.</li> <li>• LÁMINA DENTAL (según clase).</li> </ul>	40 – 50 años	hombres	Igual localización que Q. G. Del adulto. Al nivel de PM Inferior e IL Superior (En relación estrecha con superficie lateral de diente erupcuionado).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayoría de los casos no presenta signos ni síntomas.</li> <li>• Cuando está localizado por vestibular de la raíz puede dar un leve aumento de volumen cubierto por mucosa normal.</li> <li>• PD vital.</li> <li>• Si se infecta se asemeja a un absceso periodontal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesión radiolúcida adosada a la cara lateral de la raíz.</li> <li>• Usualmente es pequeña.</li> <li>• Puede o no estar bien circunscrita.</li> <li>• Variedad Quiste Botroídeo es multilocular.</li> <li>• Diagnóstico diferencial: <ul style="list-style-type: none"> <li>- QQ.</li> <li>- Q inflamatorio (Radicular).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Junto con Q G del adulto comparten hstogénesis común, (representación central y periférica de una misma lesión).</li> <li>• Epitelio plano escamoso (5 capas), no queratinizado.</li> <li>• Sin papilas del corion.</li> <li>• Los núcleos de las células se observan muy picnóticos.</li> <li>• Puede haber zonas con células claras (no son macrófagos), son células con glicógeno (característicos de este Q).</li> <li>• Variedad del Q es el Q. Botroídeo, el cual posee mayor cantidad de estas células claras.</li> </ul>

## QUISTES ODONTEGÉNICOS INFLAMATORIOS

QUISTE SIALOODONTOGÉNICO O GLANDULAR ODONTOGÉNICO	Lámina dental	50 años		Preferentemente en la zona anterior de la mandíbula.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Muy raro de observar.</li> <li>MAYOR potencial de crecimiento.</li> <li>MAYOR recidiva.</li> <li>Único que duele aunque no esté infectado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Radiolucidez bien definida.</li> <li>Uni o multilocular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Epitelio cúbico o columnar de pocas capas.</li> <li>Presenta células mucosecretoras (mucina), también presentes en QD.</li> <li>En algunas zonas hay proliferación hacia el interior del lumen y también hay Criptas.</li> </ul>
QUISTE	ORIGEN	EDAD	SEXO	UBICACIÓN	CLÍNICA	RADIOGRAFÍA	HISTOLOGÍA
QUISTE RADICULAR	Epitelio deriva de los restos epiteliales de Malassez, los cuales proliferan como resultado del estímulo inflamatorio en granuloma.	A toda edad, pero más frecuente en personas mayores de 30 años.	Hombres (1,7:1)	Maxilar superior zona incisiva, en especial IL.	<ul style="list-style-type: none"> <li>QUISTE MÁS FRECUENTE (60%)</li> <li>Mayoría de las veces es asintomático, y no evidencian su presencia, salvo PD desvitalizada.</li> <li>PD raramente duele</li> <li>Es un proceso crónico, aveces sufre reagudización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Área radiolúcida redondeada u ovalada que rodea ápice radicular.</li> <li>Límites netos, corticalizados.</li> <li>Pérdida de lámina dura.</li> <li>Rizálisis es común.</li> <li>Topográficamente puede ser: apical, lateral o residual (quiste radicular que permanece después de la extracción dentaria).</li> <li>Puede alcanzar gran tamaño.</li> <li>Diagnóstico diferencial: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Granuloma (Quiste mayor 1,5 cm)</li> <li>- Defecto quirúrgico, en este caso espacio periodontal está intacto.</li> <li>- Displasia cementaria periapical, la cual en el estado inicial se ve radiolúcida, pero PD no está desvitalizada.</li> </ul> </li> <li>QUISTE RADICULAR LATERAL: discreta radiolucidez a lo largo del aspecto lateral de la raíz de un diente desvitalizado. Pérdida de lámina dura, área semiredondeada.</li> <li>QUISTE RESIDUAL: No se ve pieza dentaria, está ubicado en el espesor del hueso alveolar en el sitio donde se efectuó la exodoncia.</li> <li>Diagnóstico diferencial: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Defecto quirúrgico.</li> <li>- Quiste óseo simple.</li> <li>- QQ</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Epitelio escamoso, en general no queratinizado, de pocas capas celulares.</li> <li>Como es inflamatorio el epitelio se puede disgregar (inflamación severa el epitelio prolifera y se ve disgregado).</li> <li>Característica constante es el encontrar infiltrado inflamatorio bajo el epitelio.</li> <li>También encontramos <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cristales de colesterol en forma de puntas (no es propio del Q Radicular)</li> <li>- Células en espuma, célula grande, blanca (macrófagos con lípidos de las mb. Plasmática).</li> <li>- Cuerpos hialinos o cuerpos de Rushton.</li> <li>- Cuerpos de Russell, asociado siempre a célula plasmática (Ig que se acumula en la célula y también inmediatamente fuera de ella).</li> </ul> </li> <li>Contenido: líquido cristalino con colesterol, proteínas y restos celulares necróticos.</li> </ul>

<b>QUISTE PARADENTARIO O DE CRAIG</b>	Epitelio reducido del órgano del esmalte por estímulos inflamatorios provenientes de una pericoronaritis.	30 años	Hombres (87%)	Se presenta especialmente en 3 M inferiores comprometidos por pericoronaritis aguda, crónica o crónica reagudizada. (Pieza semiincluida).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PD vital., semiincluida</li> <li>• PD con pericoronaritis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Área radiolúcida en relación a PD semiincluida, que sufre pericoronaritis a repetición.</li> <li>• Generalmente se ubica por D del 3 M o distovestibular.</li> <li>• Límites netos, corticalizados.</li> <li>• No hay alteración del espacio periodontal.</li> <li>• También se asocia a 1 y 2 M inferiores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Histopatológicamente es igual al resto de los Q Inflamatorios.</li> </ul>
<b>QUISTE FOLICULAR INFLAMATORIO</b>	Restos epiteliales de PD definitiva son estimulados por lesión periapical de PD temporal correspondiente a su vecina más próxima. Teoría dice que se debe a productos del Tratamiento Endodóntico de PD temporal.	Niños con dentición mixta			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede crecer y provocar deformación facial.</li> <li>• Aumento de volumen por V, por lo tanto el vestíbulo está ocupado..</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Área radiolúcida.</li> <li>• PD temporal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Histológicamente no se diferencia del resto de los Q inflamatorios.</li> </ul>
<b>QUISTE</b>	<b>ORIGEN</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>UBICACIÓN</b>	<b>CLÍNICA</b>	<b>RADIOGRAFÍA</b>	<b>HISTOLOGÍA</b>
<b>QUISTE NASOLABIAL o naso alveolar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restos epiteliales fisurales.</li> <li>• Restos de la mucosa nasal.</li> <li>• Remanentes epiteliales del conducto nasolagrimal.</li> </ul> <p>Las dos últimas hipótesis son las más aceptadas.</p>	41 – 46 años	Mujeres (75%)	Tejido blando	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede causar un aumento de volumen en el vestíbulo superior, cercano a la unión del ala de la nariz y el maxilar.</li> <li>• Al crecer puede producir obstrucción nasal.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• El quiste puede estar revestido por un epitelio escamoso pseudoestratificado, o respiratorio, o por una combinación de ambos.</li> </ul>

## QUISTES NO ODONTOGÉNICOS

<b>QUISTE DEL CONDUCTO NASOPALATINO</b>	Restos epiteliales del conducto nasopalatino (incisivo).	40 – 60 años	mujeres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En conducto palatino anterior o en tejidos blandos cercanos al orificio del conducto (QUISTE PAPILA PALATINA)</li> <li>• Principalmente en parte más inferior del conducto.</li> <li>• Atrás: Quiste Palatino medio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quiste poco frecuente, aunque es el Tipo más frecuente de quiste no odontogénico.</li> <li>• Síntomas muy leves a no ser que esté inflamado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Área radiolúcida redondeada u ovoídea, simula forma de corazón (debido a la espina nasal anterior)</li> <li>• Localizado en la línea media entre las raíces de las piezas 8 y 9 o sobre ellas.</li> <li>• En las radiografías oclusales está ubicado por detrás de los I.</li> <li>• Continuidad cortical alveolar.</li> <li>• Línea periodontal respetada.</li> <li>• Puede ocasionar divergencia de raíces.</li> <li>• Diagnóstico diferencial: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fosa incisiva amplia. (Q debe medir más de 6 mm.)</li> <li>- Quiste radicular (al hacer desplazamiento debe separarse de la raíz).</li> <li>- Quiste residual.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epitelio plano no queratinizado o epitelio de origen respiratorio (Ciliado pseudoestratificado, si está más alto).</li> <li>• Ambos epitelios pueden coexistir.</li> <li>• Presencia de nervios y vasos sanguíneos en el TC de la pared del quiste.</li> </ul>
---	--	--------------	---------	--	--	---	---

## PSEUDOQUISTES

QUISTE	ORIGEN	EDAD	SEXO	UBICACIÓN	CLÍNICA	RADIOGRAFÍA	HISTOLOGÍA
--------	--------	------	------	-----------	---------	-------------	------------

<b>QUSITE ÓSEO ANEURISMÁTICO</b>	Estímulo traumático, trauma que rompe vasos sanguíneos y se produce hemorragia, persistiendo comunicación con vaso roto.	10 – 20 años	mujeres	Huesos largos, pelvis, vértebras (99%) Maxilares 1%: Mandíbula 53,3%, maxilar 45%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• asimetría facial.</li> <li>• Crecimiento lento.</li> <li>• Compromiso de ambas tablas.</li> <li>• Indoloro.</li> <li>• PD móviles o desplazadas.</li> <li>• Mucosa indemne o rojo vinoso (si hay perforación del hueso)</li> <li>• Sangra bastante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Área radiolúcida uni o multilocular.</li> <li>• Frecuentemente asociado a expansión.</li> <li>• Abombamiento de corticales con perforación.</li> <li>• Puede haber rizálisis.</li> <li>• Diagnóstico diferencial: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ameloblastoma.</li> <li>- GCCG</li> <li>- Mixoma.</li> <li>- QQ.</li> <li>- Fibroma.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espacios llenos de sangre., de tamaños variables.</li> <li>• Asociado con tejido fibroblástico, con células gigantes multinucleadas, osteoide (Tejido óseo inmaduro) y hueso fibroso.</li> </ul>
<b>QUISTE TRAUMÁTICO DEL HUESO U ÓSEO SIMPLE</b>	También se postula trauma, luego sangre se reabsorbe.	10 – 20 años	M = H	Mandíbula (M y PM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asintomático.</li> <li>• Puede haber aumento de volumen, pero discreto.</li> <li>• Crece principalmente en sentido M- D.</li> <li>• PD vitales.</li> <li>• No hay compromiso de PD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Área radiolúcida.</li> <li>• Límites netos, a veces corticalizados.</li> <li>• Si afecta a PD se mete entre las raíces (festoneado).</li> <li>• No produce abombamiento de hueso.</li> <li>• No produce rizálisis</li> <li>• Cavity unilocular vacía.</li> <li>• Diagnóstico diferencial: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Defecto óseo de Stafne.</li> <li>- Médula ósea hematopoyética.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede estar ocupado por exudado claro o serosanguinolento.</li> </ul>

[Facilitado por la Universidad de Chile](#)

Súmese como [voluntario](#) o [donante](#) , para promover el crecimiento y la difusión de la [Biblioteca Virtual Universal](#).

Si se advierte algún tipo de error, o desea realizar alguna sugerencia le solicitamos visite el siguiente [enlace](#).

