



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESINA DE GRADO
PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGA

TEMA

PATOLOGÍAS BUCODENTALES ASOCIADAS A LOS QUISTES
DENTALES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL PATRONATO DEL
GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PROVINCIA
DE CHIMBORAZO EN EL PERÍODO DICIEMBRE 2013 - ABRIL
2014

AUTORA

ALBA REGINA MARCILLO CUSME

TUTORA

DRA. KATHY MARILOU LLORI OTERO

RIOBAMBA - ECUADOR

NOVIEMBRE - 2014

CERTIFICADO DE APROBACIÓN

El tribunal de defensa privada conformada por la Dra. Kathy M. Llori O., Presidenta del tribunal; Lcda. Mónica del Pilar Santillán E., miembro del tribunal y el Dr. Luis Alfredo Ríos Tixi miembro del tribunal; certificamos que la Sra. Alba Regina Marcillo Cusme, con cédula de identidad N° 171387304-8, egresada de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH), se encuentra apta para el ejercicio académico de la defensa pública de la tesina previa a la obtención del título de Odontóloga con el tema de investigación: **“PATOLOGÍAS BUCODENTALES ASOCIADAS A LOS QUISTES DENTALES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL PATRONATO DEL GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PROVINCIA DE CHIMBORAZO EN EL PERÍODO DICIEMBRE 2013 - ABRIL 2014”**.

Una vez que han sido realizadas las revisiones periódicas y ediciones correspondientes a la tesina.


Riobamba, 19 de Noviembre del 2014



Dra. Kathy M. Llori O.
Presidenta del tribunal



Lcda. Mónica Santillán E.
Miembro del tribunal



Dr. Luis Ríos Tixi
Miembro del tribunal

FICHA TÉCNICA

Título de la Tesina: “Patologías bucodentales asociadas a los quistes dentales en pacientes atendidos en el Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo en el período Diciembre 2013 - Abril 2014”.

Organismo responsable: Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH), Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Odontología.

Autora: Alba Regina Marcillo Cusme

Tutora: Dra. Kathy Marilou Llori Otero

Lugar de realización: Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo ubicado en las calles Primera Constituyente y Carabobo, ciudad de Riobamba, provincia de Chimborazo.

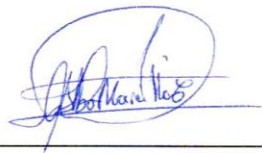
Beneficiarios: Pacientes con quistes dentales

Tiempo estimado de realización: 6 meses

Costo: USD 500.00 (Dólares Estadounidenses Quinientos)

DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, Alba Regina Marcillo Cusme portadora de la cédula de identidad N° 171387304-8, declaro ser responsable de las ideas, resultados y propuestas planteadas en este trabajo investigativo y que el patrimonio intelectual del mismo, pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Alba Regina Marcillo Cusme

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Por medio de la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Tesina de Grado presentado por la señorita **ALBA REGINA MARCILLO CUSME** para optar al título de **ODONTÓLOGA** y que acepto asesorar a la estudiante en calidad de Tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 19 de Noviembre de 2014.



.....
Dra. Kathy Marilou Llori Otero

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar un profundo agradecimiento a la Universidad Nacional de Chimborazo, a sus autoridades y docentes que nos acogieron en esta prestigiosa institución, permitiendo alcanzar una meta importante en mi vida.

A las autoridades del Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo por su apertura, colaboración y excelente predisposición para la ejecución de la tesina.

A la Directora de carrera, la Dra. Kathy M. Llori O., por sus acertadas gestiones para el crecimiento de esta hermosa profesión.

Al Tutor Dra. Katty Llori Otero, por acompañarme, asesorarme y guiarme en el desarrollo de mi tesina.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo en primer lugar a mi madre Rosalina que nunca dejó de guiarme en este bello camino llamado vida.

A mi padre Segundo, que me protege desde el paraíso, para vivir plenamente y feliz por lo que soy.

A mis hijos Xavier, Álvaro y Angie por todo el apoyo incondicional y paciencia que me brindaron a lo largo de mi carrera.

A los profesionales y futuros odontólogos, a quienes doy esta humilde investigación para beneficio de nuestros pacientes y la sociedad toda.

RESUMEN

Existen diferentes tipos de quistes en donde observamos que el origen de la mayoría de estos, es fruto de las patologías dentales que se encuentran quistes, las cuales provocan una serie de inconvenientes que son detectados cuando la estructura está completamente formada, lo que da como resultado, ciertas patologías; por tal motivo, la presente investigación, busca examinar las patologías bucodentales asociadas a los quistes dentales en pacientes atendidos en el Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo en el período Diciembre 2013 - Abril 2014. La epidemiología de los quistes dentales en pacientes responde a la falta de higiene bucal, caries mal tratadas, endodoncia mal obturada y necrosis pulpar. Las patologías prevalentes y asociadas a los quistes dentales, fueron: Patología pulpar con bacterias en 50 pacientes (45 %), restos dentarios en 28 pacientes (25 %), acumulación de sangre en 17 pacientes (16 %) y, traumatismo facial en 15 pacientes (14%). Se recomienda que los pacientes realicen visitas más frecuentes al profesional odontólogo, para que frente a cualquier problema relacionado con quiste dentales, se tratado a tiempo y de forma menos traumática para el paciente. Se recomienda compartir los resultados de la investigación con los profesionales del Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

There are different kinds of tumors that were observed, the origin the most of these, is the result of dental pathologies described in the theoretical framework, which cause a number of problems that are detected when the structure is completely formed, giving as result, surgery to correct these pathologies; for this reason, the present research pursues to investigate and examine the epidemiological origins of oral pathologies associated with dental tumors in patients attending the Board of the Autonomous Decentralized Government of Chimborazo Province in the period December 2013 - Epidemiology April 2014 dental tumors in patients responding to the lack of oral hygiene, poorly treated caries, closed endodontic and tissue necrosis. Prevalent and associated with dental tumors, lesions were Pathology tissue with bacteria in 50 patients (45 %), dental fragments in 28 patients (25 %), combining of blood in 17 patients (16 %) and facial disturbance in 15 (14 %). It is recommended that patients made more frequent visits to the dentist

Professional to deal with any problem related to dental tumor is treated quickly and in a less traumatic for the patient. It is recommended to share the results of research professionals Decentralized Self-Government Board of Chimborazo Province

In order to that such institution professionals provide better education about oral health, with respect to prevention, treatment, and complications caused by dental tumors.

Reviewed by: Dra. Marcela Suarez C.

ENGLISH TEACHER

November, 18th, 2014



ÍNDICE DE ABREVIATURAS

%	Por ciento
ATM	Articulación Temporomandibular
°C	Grados Celsius
OMS	Organización Mundial de la Salud

ÍNDICE GENERAL

Portada.....	i
Certificado de aprobación.....	ii
Ficha Técnica.....	iii
Derechos de autoría.....	iv
Aceptación de la tutora.....	v
Agradecimiento.....	vi
Dedicatoria.....	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Índice de abreviaturas.....	x
Índice general.....	xi
Índice de gráficos.....	xv
Índice de tablas.....	xv
Introducción.....	1
CAPÍTULO I	
1. PROBLEMATIZACIÓN.....	2
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3. OBJETIVOS.....	3
1.3.1. Objetivo general.....	3
1.3.2. Objetivos específicos.....	3
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	4
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. POSICIONAMIENTO PERSONAL.....	5
2.2. POSICIONAMIENTO INSTITUCIONAL.....	5
2.3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	6
2.3.1. Quistes dentales.....	6
2.3.2. Quistes maxilares.....	9
<i>2.3.2.1. Histología de los quistes dentales.....</i>	<i>10</i>

2.3.2.2. Factores etiológicos.....	10
2.3.3. Quistes odontogénicos.....	11
2.3.3.1. Quiste gingival del recién nacido.....	11
2.3.3.2. Queratoquiste odontogénico (Quiste primordial).....	11
2.3.3.3. Quiste dentífero o folicular.....	13
2.3.3.4. Quiste de erupción.....	15
2.3.3.5. Quiste periodontal lateral.....	16
2.3.3.6. Quiste gingival del adulto.....	16
2.3.3.7. Quiste odontogénico glandular (Quiste sialodontogénico).....	17
2.3.4. Quistes no odontogénicos (quistes fisurarios).....	19
2.3.4.1. Quiste nasopalatino (del conducto incisivo).....	19
2.3.4.2. Quiste nasolabial (nasoalveolar).....	20
2.3.4.3. Quiste globulomaxilar.....	21
2.3.5. Quistes inflamatorios.....	21
2.3.5.1. Quiste radicular o periapical.....	21
2.3.5.2. Quiste apical y radicular lateral.....	23
2.3.5.3. Quiste residual radicular.....	23
2.3.6. Quistes no epiteliales (seudoquistes).....	24
2.3.6.1. Cavidad idiopática de Stafne (defecto cortical lingual mandibular)	24
2.3.6.2. Quiste óseo solitario (traumático o hemorrágico).....	25
2.3.6.3. Quiste óseo aneurismático.....	25
2.3.7. Farmacología utilizada en lesiones quirúrgicas dentales.....	26
2.3.7.1. Penicilina.....	28
2.3.7.2. Eritromicina.....	28
2.3.7.3. Metronidazol.....	28
2.3.7.4. Clindamicina.....	29
2.3.7.5. Conclusión.....	29
2.3.8. Quistes de glándulas salivales.....	30
2.3.8.1. Parótida.....	31
2.3.8.2. Submandibular o submaxilar.....	32
2.3.8.3. Sublingual.....	32
2.3.8.4. Glándulas salivales menores.....	32
2.3.8.5. Funciones de la saliva.....	33
2.3.8.6. Métodos de investigación.....	33

2.3.9. Patología de las glándulas salivales	35
2.3.9.1. <i>Sialoadenitis viral</i>	35
2.3.9.2. <i>Sialoadenitis bacteriana</i>	36
2.3.9.3. <i>Sialoadenitis crónica recidivante</i>	38
2.3.9.4. <i>Sialoadenopatía linfoepitelial benigna</i>	38
2.3.9.5. <i>Síndrome de Sjögren</i>	39
2.3.9.6. <i>Sialolitiasis</i>	39
2.3.9.7. <i>Sialoadenosis</i>	40
2.3.9.8. <i>Ránula</i>	40
2.3.9.9. <i>Tumores de glándulas salivales</i>	41
2.3.9.10. <i>Glándulas salivares</i>	41
2.3.10. Patologías pulpar con bacterias	42
2.3.11. Acumulaciones de sangre	43
2.3.12. Remanentes radiculares	44
2.3.13. Traumatismo facial	44
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	45
2.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	45
2.5.1. Hipótesis	45
2.5.2. Variables	46
2.5.2.1. <i>Variable dependiente</i>	46
2.5.2.2. <i>Variables independientes</i>	46
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	47
CAPÍTULO III	
3. MARCO METODOLÓGICO	48
3.1. MÉTODO.....	48
3.1.1. Tipo de investigación	48
3.1.2. Diseño de la investigación	48
3.1.3. Tipo de estudio	49
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	49
3.2.1. Población	49
3.2.2. Muestra	49
3.2.2.1. <i>Criterios de exclusión</i>	49
3.2.2.2. <i>Criterios de inclusión</i>	49

3.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50
3.4.	TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	50
CAPÍTULO IV		
4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	51
CAPÍTULO V		
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56
5.1.	CONCLUSIONES.....	56
5.2.	RECOMENDACIONES.....	56
6.	BIBLIOGRAFÍA.....	57
7.	ANEXOS.....	58

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1:	Patologías asociadas a quistes dentales.....	52
Gráfico N° 2:	Ha tenido alguno de los problemas que a continuación se mencionan en su cavidad bucal.....	53
Gráfico N° 3:	Con qué intensidad o frecuencia aparece.....	54
Gráfico N° 4:	Se acuerda desde que tiempo tiene estos problemas.....	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1:	Patologías asociadas a quistes dentales.....	51
Tabla N° 2:	Ha tenido alguno de los problemas que a continuación se mencionan en su cavidad bucal.....	53
Tabla N° 3:	Con qué intensidad o frecuencia aparece.....	54
Tabla N° 4:	Se acuerda desde que tiempo tiene estos problemas.....	55

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud, en su última clasificación en 1992, distingue dentro de los quistes epiteliales a los quistes del desarrollo odontogénicos (quistes dentígero, de erupción, odontogénico calcificante, primordial, etc.); y no odontogénicos (quistes del conducto nasopalatino, nasoalveolar y globulomaxilar). Dentro de los quistes maxilares inflamatorios se incluyen los quistes apical, lateral y residual.

Una adecuada exploración clínica y radiográfica por parte del profesional odontólogo, es suficiente para alcanzar un diagnóstico de presunción que debe ser corroborado por la anatomía patológica. Los quistes maxilares tienen distinto origen y comportamiento clínico. Su crecimiento es siempre lento, expansivo y no infiltrante. No se consideran neoplasias pero ocasionalmente pueden malignizarse.

Los maxilares están expuestos a una gran variedad de quistes y neoplasias que pueden ser de difícil diagnóstico. Tal vez, de todos los procesos tumorales que se dan en el territorio maxilofacial, los quistes maxilares son los más importantes debido a la frecuencia de su presentación. Los quistes constituyen una cavidad patológica revestida por una pared de tejido conectivo definida, y con un tapiz epitelial, que presenta en su interior un contenido líquido, semilíquido o gaseoso y su crecimiento es de forma centrífuga y expansiva.

La frecuencia de cada uno de estos quistes es variable y de complejos comportamientos; por tal motivo, se hace necesario conocer el comportamiento epidemiológico y sus posibles patologías, en la población objeto del presente estudio.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los quistes ontogénicos se originan del componente epitelial del aparato ontogénico o de sus restos celulares que quedan atrapados dentro del hueso o en el tejido gingival que cubre a los maxilares. Existe poca información acerca de la prevalencia de estas lesiones, y la mayor parte proviene de servicios de patología diagnóstica. Esta información es valiosa para definir su inclusión y extensión dentro de los diversos cursos de patología y cirugía.

En México se registraron 856 QO, de los cuales 449 (52,5%) se presentaron en hombres, 403 (47%) en mujeres y en 4 casos (0,5%) no se conoció el sexo. Se identificaron 8 variedades de QO de un total de 10 entidades reconocidas por la OMS. Los QO más frecuentes fueron: quiste radicular (342 casos), quiste dentígero (283 casos) y queratoquiste ontogénico (184 casos). En conjunto, estas tres entidades representaron el 94,5% del total. Tanto el sexo como el tipo de servicio de procedencia tuvieron una asociación significativa con quistes dentígeros y radiculares ($p < 0,01$).

En Ecuador 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. Se realizó un estudio descriptivo tipo transversal, cuantitativo, en el cual se analizaron 650 radiografías panorámicas obtenidas de la clínica dental SERVIDENT, donde se observaron una serie de QD y se analizó el impacto que producía cada uno de ellos. Resultados: de las 650 radiografías analizadas el 3% presentó QD, de los cuales el 53% fueron hombres, dentro de maxilar superior la prevalencia fue mayor en canino (67%) y en el maxilar inferior el tercer molar (64%) de acuerdo a la muestra fue más común encontrar quistes en edades de 11-16 años (76.47%) y en edades de 17 a 25 años (23.53%), el 82% de los quistes encontrados

produjeron reabsorción radicular de las piezas adyacentes y el 70% alteración ósea.

El tema de investigación demuestra las diferentes manifestaciones de quistes dentales, en donde se investigó el origen, la exposición clínica y radiográfica, así como también sus tratamientos. Existen diferentes tipos de quistes en donde se observó que el origen de la mayoría de estos, es fruto de las patologías dentales descritas en el marco teórico. Estos provocan una serie de alteraciones, que lamentablemente son detectados cuando la estructura está completamente formada, por lo tanto los pacientes mencionados anteriormente deben estar en control permanente, no obstante cuando el quiste está formado el tratamiento de elección sería la cirugía, para corregir estas patologías.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cómo afecta las patologías bucodentales asociadas a los quistes dentales en pacientes atendidos en el Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo en el período Diciembre 2013 - Abril 2014?

1.3 OBJETIVOS.

1.3.1 **Objetivo general.**

Estudiar las patologías bucodentales asociadas a los quistes dentales en pacientes atendidos en el Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo en el período Diciembre 2013 - Abril 2014.

1.3.2 **Objetivos específicos.**

- 1) Analizar las diferentes patologías bucodentales asociadas a los quistes dentales.
- 2) Diferenciar las patologías bucodentales en los pacientes.

- 3) Reconocer los resultados de la investigación, para ser debatidos y entregados al Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Los quistes son lesiones frecuentes y clínicamente importantes ya que a menudo son destructivos, provocando síntomas y signos silenciosos y significativos, especialmente al hacerse grandes o cuando se infectan, provocando destrucción y/o alteración del hueso.

Este estudio a más de ser un requisito fundamental para la obtención del título de la carrera, es realizado para obtener una información real acerca de la problemática de los pacientes q acuden al Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo.

Porque diferentes anomalías y lesiones son presentadas en el organismo humano, en especial en la región orofacial y tienen su origen en problemas surgidos en el desarrollo dentario, provocando inconvenientes de diferente orden, que pueden ir desde una pequeña lesión periapical, hasta presentar una inflamación mayor, con pérdida de piezas dentarias múltiples.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. POSICIONAMIENTO PERSONAL.

Un quiste dental puede ser un gran problema, pero no se puede detectar por lo general, a simple vista y es necesario conocer su origen y tipo de formación por medio de un examen radiológico, en estos casos una RX panorámica. Entender sobre los quistes sin una radiografía y análisis histopatológicos, podría llevar a graves errores por parte del profesional odontólogo. Una endodoncia no se debe realizar sin una radiografía y sin un análisis completo de la patología bucal que lo originó, para que en definitiva, el tratamiento sea el correcto y más adecuado.

2.2. POSICIONAMIENTO INSTITUCIONAL



El Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de Chimborazo, organización sin fines de lucro, adscrita al Gobierno Provincial de Chimborazo, fue creado el 15 de Enero de 1997, cuyo mandato es realizar apoyo social para solucionar los problemas de la población de la provincia de

Chimborazo en las áreas de salud (medicina general, odontología, terapias), educación, atención prioritaria, servicios básicos, producción, entre otros.

El trabajo decidido de la Lic. María Narcisa Curicama como Presidenta del Patronato Provincial del GADPCH, junto con la Coordinadora Ab. Rosa Elvira Muñoz, y el equipo de profesionales que lo conforman hacen posible la atención a la población de la Provincia y del país en los distintos proyectos que se ejecutan en Educación, Salud, Grupos Vulnerables.

Gracias a la cooperación Nacional e internacional de la Empresa privada como Fundación Telefónica, Instituciones Públicas MIES, MRL, Ministerios de Educación, Ministerio de Salud. Gobiernos Aliados como Japón, Korea del Sur.

La investigación se realizó en el área de Odontología con la colaboración de la Dra. Alexandra Pérez funcionaria de la institución.

2.3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

2.3.1. Quistes dentales.

Las lesiones quísticas bucales, constituyen cavidades patológicas con contenido líquido, semi líquido o gaseoso, secretado por las células que tapizan la cavidad o procedente del líquido tisular.

Este contenido puede ser: claro, turbio, incoloro o de color, fluido, acuoso o espeso, viscoso y cremoso, y contiene cristales de colesterol. Las lesiones suelen estar revestidas de epitelio en su cara interior y en el exterior por tejido conectivo. No hay una posición única referente a su etiología; su aparición en los maxilares puede obedecer a mecanismos etiopatogénicos, tales como: hiperplasias de origen inflamatorio (quiste radicular), alteraciones del desarrollo e inclusiones del tejido ectópico.

Pero, a pesar de su origen, presentan un comportamiento clínico similar; su crecimiento es lento, expansivo, no infiltrante, respondiendo a un aumento de presión interior y no a proliferación tisular. La presión hidrostática en el interior del quiste, responsable de su expansión, produce alteraciones metabólicas en las zonas adyacentes, con predominio de destrucción ósea. Con relación a sus signos y síntomas, Howe (1987), considera que no es raro que un quiste carezca por completo de síntomas y el paciente ignore su presencia hasta que su odontólogo o médico lo diagnostica. En otros casos, la presencia de tumefacción o secreción intrabucal hacen que el paciente solicite ayuda profesional. Refieren Wood y col (1998), que aunque algunos quistes pequeños no presentan signos clínicos y sólo se pueden identificar mediante radiografías, la generalidad se caracteriza por tumefacción.

A pesar que la expresión "crepitación de cáscara de huevo", se ha relacionado durante mucho tiempo con los quistes intra óseos, la palpación puede mostrar que la tumefacción es francamente fluctuante o sólida como el hueso.

La infección aguda de un quiste puede causar un absceso agudo extenso, si bien las infecciones menos graves, causan sólo dolor sordo y palpitante.

En los quistes mandibulares grandes este síntoma puede acompañarse de disminución de la sensibilidad del labio inferior. En algunos casos, el dolor y la alteración de la sensación labial pueden ser consecuencias de un quiste no infectado en la mandíbula y, en tales circunstancias, por lo general se atribuyen los síntomas a la presión de la formación hacia el epitelio.

En el paciente total o parcialmente edéntulo, un quiste puede ser motivo de malestar por debajo de la prótesis o causar dificultades cuando se utilizan. Conforme la lesión se expande, los dientes naturales vecinos pueden moverse o inclinarse produciendo mal oclusión o pérdida de la prótesis. Los signos varían de una zona a otra.

El color de los tejidos blandos que cubren un quiste puede ser normal; sin embargo, cuando la lesión perfora al hueso de revestimiento, los tejidos blandos muchas veces tienen un tono azulado sí el quiste no está infectado, y color rojo oscuro sí presenta infección aguda, caso en el cual los tejidos son sensibles al tacto.

Sí bien los quistes maxilares pueden expandirse a expensas de las láminas óseas vestibular o palatina, los quistes mandibulares situados en el cuerpo del hueso afectan la lámina vestibular y sólo pocas veces la lingual; de hecho, es raro que la expansión del lado lingual de la mandíbula sea el resultado de la presencia de un quiste, y muchos clínicos experimentados consideran que dicha expansión del cuerpo mandibular es signo de un tumor, hasta que se demuestre lo contrario, signo que en ocasiones, se relaciona con la presencia de un queratoquiste odontogénico.

Existen múltiples clasificaciones de las lesiones quísticas bucales, dependiendo estas de su origen, etiología o localización. Sapp y col (1998) clasifican los quistes en odontógenos y embrionarios o no odontógenos.

Los primeros derivan de las siguientes estructuras epiteliales:

- Restos de Malassez, restos de la vaina epitelial radicular de Hertwig que persisten en el ligamento periodontal después de completarse la formación de la raíz
- Epitelio del esmalte reducido, epitelio residual que rodea la corona del diente después de completarse la formación del esmalte.
- Restos de la lámina dental (restos de Serres), islotes y tiras de epitelio que se originan en el epitelio oral y permanecen en los tejidos después de inducir el desarrollo del diente.

Estas tres fuentes de epitelio odontógeno, representan los grupos sobre los cuales se puede fundamentar una clasificación histogenética de los quistes odontógenos.

En el caso de los quistes embrionarios de las regiones bucales, se han considerado los quistes derivados del epitelio presente durante el desarrollo embrionario, estimándose que algunos quistes de los maxilares se desarrollaban a partir del epitelio que resulta secuestrado a lo largo de las líneas embrionarias de sutura. Los dos quistes que permanecen en esta categoría, el quiste del conducto nasopalatino y el quiste nasolabial no son de origen fisural.

Howe (1987) clasifica los quistes en odontogénicos y no odontogénicos. Los primeros (dentígeros o foliculares), se relacionan con la corona de un diente no erupcionado. La presencia de un diente o raíz necrótica es característica del quiste dental o radicular. Por otra parte, refiere que existe variedad de quistes no odontogénicos, siendo el más común el quiste del conducto incisivo.

2.3.2. Quistes maxilares.

Se consideran los quistes de los maxilares como lesiones no tumorales, y por tanto, benignas, aunque en algunos casos se produzca malignización sobre los mismos. Se lo define como una cavidad patológica con un contenido líquido, semilíquido o gaseoso, no originado por el acumulo de pus, y que suele estar aunque no siempre, revestida de epitelio.

Así se engloban como quistes las lesiones de los maxilares, epiteliales o no y las de los tejidos blandos, descartando los abscesos por acumulo de pus. Otros autores definen el quiste como cavidades formadas por epitelio y tejido conectivo, con contenido líquido o semilíquido. Desde la primera clasificación propuesta por Robinson en 1945, se han sucedido múltiples clasificaciones.

La última, en 1992, suscrita por Kramer, Pindborg y Shear, es la siguiente:

Odontogénicos:

Quiste gingival infantil,

Queratoquiste odontogénico (primordial),

Quiste dentífero (folicular),
Quiste de erupción,
Quiste periodontal lateral,
Quiste gingival del adulto,
Quiste odontogénico glandular y,
Quiste sialodontogénico.

No Odontogénicos:

Quiste del conducto naso palatino,
Quiste nasolabial (nasoalveolar),
Quistes medianos palatino, alveolar, mandibular y,
Quistes epiteliales (Inflamatorios).

paradental. (Colateral inflamatorio, bucal mandibular infectado).

Quistes no epiteliales.

Quiste óseo solitario y,

Quiste óseo aneurismático.

2.3.2.1 Histología de los quistes dentales

Todos los quistes tienen tres características microscópicas comunes:

Cavidad central,

- Epitelio, la mayoría de las veces plano estratificado escamoso no queratinizado y,
- Tejido conjuntivo vascular que puede estar colagenizado o con infiltración inflamatoria mononuclear.

2.3.2.2 Factores etiológicos.

Los quistes odontogénicos se originan del componente epitelial del aparato odontogénico o de sus restos celulares que quedan atrapados dentro del hueso o en el tejido gingival que cubre a los maxilares. De acuerdo a su patogénesis, se clasifican como lesiones del desarrollo o de tipo inflamatorio. Los

quistes radiculares son lesiones de origen inflamatorio que invariablemente se encuentran asociadas a órganos dentarios desvitalizados por la existencia de caries, con frecuencia debido a una mala higiene oral.

2.3.3. Quistes odontogénicos.

2.3.3.1 Quiste gingival del recién nacido.

Se originan a partir de la lámina dentaria. Aparecen en el recién nacido como pequeñas excrecencias gingivales grisáceas o blanquecinas, pudiendo presentarse de forma múltiple. Se localizan sobre la cresta gingival (Perlas de Epstein) o en la línea media del paladar (Nódulos de Bohn). Generalmente no requieren tratamiento, ya que se abren espontáneamente durante los primeros meses de vida. En sus características histológicas se observan múltiples nódulos quísticos llenos de queratina.

2.3.3.2 Queratoquiste odontogénico (Quiste primordial).



Queratoquiste odontogénico

Se originan en restos de la lámina dental o del epitelio del esmalte. A diferencia de los quistes dentígeros, no tiene ningún tejido dentario (diente o supernumerario) incluido en su interior, ya que se forma por degeneración del retículo estrellado de un germen dentario antes de la formación de la dentina y el esmalte.

Predominan en la 2ª y 3ª década, aparecen de forma preferente en la zona del tercer molar y rama ascendente de la mandíbula. Generalmente son asintomáticos, salvo que aparezcan complicaciones como parestesia del nervio dentario inferior, fracturas patológicas o infección intercurrente.

Puede provocar desplazamiento o movilidad dental y, excepcionalmente, reabsorción de las raíces. Presentan un crecimiento típico, haciéndose largos y estrechos sin deformar apenas la cortical. Tras su extirpación quirúrgica recidiva en un porcentaje comprendido entre el 10 y el 60%, en función de las series. Radiográficamente, muestra una imagen osteolítica, bien definida, uni o multilocular. El crecimiento expansivo sin apenas deformidad cortical es bastante característico.

Normalmente superan los 3 cm. de diámetro. La pared del queratoquiste es sumamente delgada y se adhiere firmemente al hueso.

Histológicamente el epitelio es de tipo escamoso estratificado queratinizado de reducido espesor, sin formar papilas, con una basal hiper cromática, estando rodeado de un tejido conectivo delgado.

El diagnóstico diferencial se debe hacer con entidades como el ameloblastoma, mixoma odontogénico y el quiste folicular.

Los signos que nos hacen sospechar que nos hallemos ante un queratoquiste son:

- Imagen quística en región de ángulo y rama ascendente mandibular,
- Escasa expansión de la cortical,
- Tamaño mayor de 3 cm.,
- Contenido quístico característico y,
- No incluye piezas dentarias ni suele afectar a los dientes adyacentes.

Los microquistes satélites son un hallazgo frecuente. No existe evidencia de que pueda asociarse con signos de displasia epitelial,

transformación ameloblástica o degeneración maligna con mayor frecuencia que el resto de quistes maxilares.

El problema del queratoquiste radica en su gran porcentaje de recidiva por: tratamiento insuficiente, su cubierta fina y adherida o la presencia de microquistes o islotes epiteliales que perforan el hueso.

En casos excepcionales puede ser necesaria la resección parcial ósea con reconstrucción del defecto, preferiblemente de forma inmediata.

El tratamiento es la enucleación quirúrgica. En casos de una perforación extensa de la mandíbula, se emplea resección quirúrgica. Usando la marsupialización, no logra la reducción del tamaño de los queratoquistes.

2.3.3.3 *Quiste dentígero o folicular.*



Quiste dentígero

Se desarrolla por acumulación de líquido entre la corona del diente y las células del epitelio del órgano del esmalte, es decir, originado en el epitelio del folículo dentario. Rodea la corona dentaria de una pieza normal o supernumeraria e impide su erupción, es decir, están en relación con piezas dentarias retenidas.

Son más frecuentes en el sexo masculino y entre la segunda y tercera década de la vida. Afecta con mayor frecuencia a los terceros molares inferiores y caninos superiores, correspondiendo a los dientes que tienen mayores frecuencias de retención.

Se debe sospechar ante la erupción tardía de una pieza, ya que normalmente son asintomáticos. Presentan un crecimiento lento pero continuo, provocando expansión de las corticales óseas, en ocasiones con perforación de éstas, y afectación de las estructuras próximas, pudiendo extenderse a seno maxilar y suelo de órbita cuando se originan en la región canina superior, y hacia la rama ascendente cuando afectan al tercer molar inferior.

Puede provocar la reabsorción de las raíces de piezas adyacentes. En ocasiones pueden alcanzar gran tamaño, rechazando el diente y planteando entonces el diagnóstico diferencial con lesiones con mayor agresividad como el ameloblastoma o el queratoquiste.

Pared formada por tejido conectivo fibroso y epitelio escamoso estratificado en 2-3 capas celulares.

Pueden encontrarse también células mucosas. Hay que destacar su potencial de transformación hacia tumores odontogénicos (ameloblastoma, de un 5 a un 17 % según series) y carcinomas. El diagnóstico diferencial principalmente debe hacerse con el ameloblastoma uniloculado, el queratoquiste y el tumor odontogénico adenomatoide. No presenta rasgos característicos que lo distinguan de otros quistes, pared delgada de tejido conectivo, con capa de epitelio pavimentoso estratificado que tapiza el quiste. Con frecuencia presenta infiltrado inflamatorio en el tejido conectivo. Contenido líquido amarillo a veces manchado de sangre.

La disposición del epitelio puede propiciar proliferación neoplásica bajo la forma de un ameloblastoma. También existe posibilidad de transformación disqueratósica y aparición de un carcinoma epidermoide. El tratamiento de elección para los quistes dentígeros es la quistectomía con extracción de la pieza dentaria asociada a la lesión, siendo así raras las recidivas.

En el caso de adolescentes, con un desarrollo casi completo de la pieza y una posición no muy anómala, se tiende a un tratamiento más conservador para intentar preservar la pieza dentaria, mediante separación del

revestimiento quístico de la pieza o mediante descompresión primaria y, una vez haya disminuido el tamaño de la lesión, extirpación de ésta.

La mayoría de los quistes dentígeros se tratan mediante enucleación quirúrgica. En el caso de dientes molares, el diente asociado suele extraerse en el momento de enuclear el quiste.

En el caso de los caninos del maxilar superior, el quiste puede ser escindido o marsupializado y el diente se lleva a su posición correcta en la arcada con ayuda de un aparato ortodóncico.

2.3.3.4 Quiste de erupción.



Quiste de erupción

Poco frecuente, generalmente en niños y adolescentes, habiendo descritos muy pocos casos en adultos en la literatura. Es esencialmente una dilatación del espacio folicular alrededor de la corona que está erupcionando, causada por la acumulación de fluido o sangre. Clínicamente aparece como un aumento de volumen circunscrito, fluctuante, a menudo translúcido, en el sitio de erupción de una pieza dentaria. Cuando el quiste contiene sangre se observa de un color azul profundo o púrpura. Se presenta como una tumoración gingival blanda de color azulado en el borde alveolar sobre la corona de una pieza temporal en erupción, asociándose a su retención. No da imagen porque abarca tejidos blandos de dientes que ya van a erupcionar. No suele necesitar tratamiento, desapareciendo con la erupción del diente. Si esta se retrasa demasiado, puede realizarse la apertura para exponer la corona o enucleación de la lesión quística.

La mayoría no requieren tratamiento porque se rompen espontáneamente y acaban siendo exteriorizados.

Los que no evolucionan espontáneamente, la corona del diente afectado puede exponerse quirúrgicamente, tratando simultáneamente el quiste y dejando que el diente afectado haga erupción.

2.3.3.5 *Quiste periodontal lateral.*

Se origina en restos epiteliales odontogénicos, localizándose en el sector lateral de la raíz de una pieza dentaria.

Poco frecuente y asintomático, se observan sobre todo en torno a la 5ª década, en áreas de caninos, premolares e incisivos laterales mandibulares. Se suele detectar radiográficamente como una imagen radiotransparente, unilocular, con un borde opaco y bien delimitado y un tamaño menor de 1 cm.

Similar a la de otros quistes odontógenos y se halla revestido por un epitelio no queratinizado con engrosamiento en placa. La pared está formada por un epitelio delgado, no queratinizado.

Debe hacerse diagnóstico diferencial con el quiste radicular lateral, el quiste primordial y el quiste gingival. Tratamiento consiste en enucleación cuidadosa del quiste mediante la técnica del curetaje.

2.3.3.6 *Quiste gingival del adulto.*



Quiste gingival del adulto

Proviene del ligamento periodontal lateral de un diente erupcionado. Debe distinguirse de los quistes radiculares laterales de origen inflamatorios. Sin embargo, el origen del epitelio es muy controvertido. Se halla revestido por un epitelio no queratinizado con engrosamiento en placa.

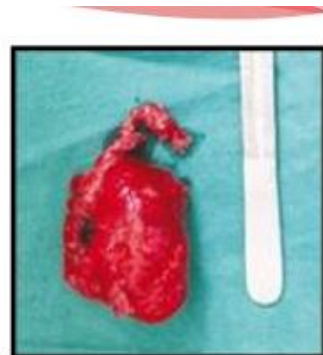
Situado lateral a la raíz de un diente vital, puede aparecer con la edad, se localiza con mayor frecuencia en la mandíbula (en las regiones premolar, canina y zona del tercer molar) o en la región anterior del maxilar.

Algunos autores lo identifican con el quiste primordial. Suele ser descubierto en un examen radiológico casual. Suelen ocasionar tumefacción gingival, en ocasiones de aspecto azulado, debiendo hacerse entonces diagnóstico diferencial con el mucocele. Imagen radiolúcida situada entre las raíces de dos dientes (entre el diente y la cresta alveolar).

El tejido conectivo puede o no presentar infiltrado inflamatorio. Presentan un epitelio escamoso estratificado delgado al igual que el quiste periodontal lateral del desarrollo, aunque a diferencia de éste, no afecta al hueso y se encuentra localizado en la encía. Quirúrgico, teniendo en cuenta la vitalidad de los dientes.

Este quiste se trata fácilmente con enucleación quirúrgica conservadora.

2.3.3.7 Quiste odontogénico glandular (Quiste sialodontogénico).



Quiste odontogénico glandular

Generalmente se presenta en adultos, siendo tres veces más frecuente en la mandíbula que en el maxilar superior, con localización preferentemente anterior. Su comportamiento suele ser localmente invasivo, provocando adelgazamiento, erosión e incluso perforación del hueso adyacente en no pocas ocasiones. Se ha observado un porcentaje de recurrencia mucho mayor que para el resto de quistes de origen inflamatorio, siendo el riesgo mayor en lesiones multiloculares o que comprometen la cortical del hueso adyacente.

Clínicamente se suele manifestar con inflamación, dolor o parestesia. Es de reciente descripción por lo que se han registrado pocos casos. Posiblemente deriva de restos de la lámina dental. Imagen radiolúcida uni o multilocular de bordes bien definidos. En el revestimiento epitelial en superficie, se objetivan células mucosecretoras formando estructuras de tipo glandular. La cápsula se estructura en base a tejido fibroso. La histología es algo compleja: cavidad bordeada por capa de epitelio escamoso de variado espesor depapilado, presencia de material musicarminófilo y células mucosas, que constituyen el hecho microscópico más notable. Debe hacerse diagnóstico diferencial con los quistes periapicales, residuales, queratoquistes, mixomas, ameloblastoma.

En caso de lesiones de gran tamaño uniloculares, se procederá a enucleación seguida de escisión marginal hasta el hueso sano. Si el quiste se encuentra próximo a estructuras vitales se puede optar por la marsupialización, seguida de curetaje y escisión marginal en un segundo tiempo quirúrgico.

Para lesiones con alto riesgo de recurrencia (grande y multilocular), se recomienda cirugía más agresiva, con resección en bloque, resección marginal o resección parcial de la mandíbula. Se considera localmente agresivo por lo que precisa de seguimiento a largo plazo (al menos 3 años, debiendo aumentarse a 7 años en aquellas lesiones con mayor riesgo de recurrencia).

Este quiste se trata mediante enucleación, resección quirúrgica o legrado.

2.3.4. Quistes no odontogénicos (quistes fisurarios).

Son quistes que aparecen en los maxilares sin relación con los tejidos dentarios y cuyo origen parece ser la degeneración de restos epiteliales localizados en las uniones embrionarias a partir de las que se forma el maxilar superior y las alas nasales. Las piezas dentarias adyacentes son vitales.

2.3.4.1 Quiste nasopalatino (del conducto incisivo).

Restos epiteliales del conducto incisivo. La incidencia varía entre un 1.7 % y un 12 % de los quistes maxilares, en función de los autores. Generalmente son asintomáticos, descubriéndose durante un examen clínico o radiológico de rutina. En otras ocasiones pueden manifestarse como tumoración en la parte anterior del paladar, con infección secundaria, o más raramente con dolor o creación de fistulas.

Imágenes radiolúcidas en la línea media del paladar de bordes netos. La lesión se encuentra rodeada de una banda de esclerosis cortical de grosor variable. Puede provocar divergencia de las raíces de incisivos centrales superiores. Epitelio que varía entre escamoso, cuboidal, columnar o ciliado, rodeado por una cápsula fibrosa hialina que contiene arteriolas y estructuras nerviosas. Puede estar recubierto según venga de la mucosa respiratoria o de la oral por:

- Epitelio escamoso pseudoestratificado,
- Columnar y,
- Cúbico simple (una capa de células).

Enucleación con disección cuidadosa por su fijación a la fibromucosa palatina y su asociación con vasos.

Se deben conservar las piezas dentarias adyacentes que, aunque desplazadas, suelen mantener su vitalidad.

2.3.4.2 Quiste nasolabial (nasoalveolar).

Restos del cordón que forma la terminación caudal del conducto nasolacrimal. Más frecuente en mujeres entre la tercera y cuarta década de la vida. No se desarrolla en el interior del hueso, aunque puede provocar una erosión de la cortical externa del maxilar superior.

Se expansiona sobre el suelo del vestíbulo nasal, provocando una hinchazón del mismo. Tiene tendencia a la infección y cuando se infecta provoca borramiento del surco nasolabial del lado de la lesión, distorsión del ala nasal e incluso obstrucción nasal leve. Pero generalmente es asintomático. En un 10% de los casos es bilateral.

Sin expresión radiográfica, ocasionalmente es posible observar una impronta en el hueso. En el caso presentado se puede observar en la Rx de perfil el Quiste Nasolabial relleno con material radiopaco y es notable la posición artificiosa palatina en Rx oclusal y Rx panorámica.

Epitelio que varía entre pseudoestratificado, columnar respiratorio u otros. El contenido quístico es de aspecto mucoso. Tumores salivales y quistes cutáneos.

Puede presentar dos tipos de epitelio:

- Epitelio columnar y,
- Epitelio plano pluriestratificado de escasas capas.

Ya que es extraperióstico se aborda por vía vestibular, mediante una incisión en la mucosa del surco labial superior, quedando la tumefacción superior a ésta y procediendo a la disección cuidadosa de los tejidos blandos y pared quística, que puede estar firmemente adherida a la mucosa nasal y al cartílago del ala nasal.

2.3.4.3 *Quiste globulomaxilar.*

Se forma a partir de restos epiteliales atrapados en la región de la sutura incisiva, entre el premaxilar y el maxilar. Es una entidad rara, en ocasiones puede ser bilateral. Suelen ser asintomáticos, pasando inadvertido si no se infecta o adquiere un gran tamaño.

La vitalidad de las piezas dentarias adyacentes suele estar preservada. Lesión radiolúcida en forma de “pera invertida” que se localiza en el maxilar superior entre el incisivo lateral y el canino, desplazando sus raíces. Revestimiento epitelial de tipo escamoso estratificado o prismático ciliado, rodeado de un tejido conectivo fibroso infiltrado por células inflamatorias.

2.3.5 **Quistes inflamatorios.**

2.3.5.1 *Quiste radicular o periapical.*



Quiste radicular o periapical

Se originan en los restos epiteliales odontogénicos (restos epiteliales de Malassez presentes en el ligamento periodontal). Existen dos variantes de quiste radicular.

El quiste residual, aquel que permanece en el hueso luego de la extracción de la pieza que provocó su origen.

El quiste radicular propiamente tal, que se ubica en la zona apical o más raro lateralmente a la superficie radicular como consecuencia de la presencia de conductillos aberrantes colaterales.

El quiste radicular apical es común, pero no es una secuela inevitable del granuloma periapical, originado como resultado de infección bacteriana o necrosis de la pulpa dental, casi siempre posterior a caries con compromiso pulpar.

Es el más frecuente de los quistes odontogénicos, sobre todo entre la tercera y la sexta décadas de la vida y en hombres. Se localizan más frecuentemente en el maxilar superior, afectando sobre todo a los incisivos centrales. La mayoría son asintomáticos y se detectan de forma casual.

Pueden aumentar de tamaño y provocar complicaciones como:

- deformidad facial,
- borramiento del vestíbulo bucal,
- aumento de la temperatura,
- fistulización,
- tendencia a separar los dientes próximos o síntomas por compresión de estructuras adyacentes.

Los quistes que se hayan abscesificado pueden presentar una sintomatología aguda con las manifestaciones propias de una periodontitis aguda supurada. Suele observarse como una imagen radiolúcida, redonda u ovoide, homogénea, con borde opaco delgado inconstante. Es importante señalar que la diferenciación radiológica entre un quiste radicular y el granuloma apical no es posible, sobre todo cuando éste último ha comenzado a reabsorber el hueso alveolar y sustituirlo por tejido de granulación.

También puede observarse la presencia de células mucosas, ciliadas, cuerpos hialinos, depósitos de colesterol, hemorragia, hemosiderina y calcificaciones. Con el granuloma periapical y cicatriz periapical. Está revestido

por un epitelio escamoso estratificado, a excepción de aquellos que involucran piezas cerca del seno maxilar, en donde ocasionalmente estará revestido de un epitelio cilíndrico pseudoestratificado ciliado.

Existen varias posibilidades quirúrgicas:

- Endodoncia seguida de apicectomía y quistectomía,
- Extracción de los dientes sin vitalidad y curetaje a nivel de la lesión
Si el tratamiento no es adecuado se desarrolla un quiste inflamatorio residual, que progresivamente iría aumentando de tamaño pudiendo provocar una destrucción ósea importante.

El quiste periapical se trata mediante la enucleación tras la exodoncia o el tratamiento endodóntico del diente. Al realizar la exodoncia y sin extirpar el quiste, conduce a su persistencia y crecimiento continuado.

2.3.5.2 Quiste apical y radicular lateral.

Similar al quiste radicular, pero de localización lateral a la raíz dental. Son muy poco frecuentes y su tratamiento es el mismo que para los quistes periapicales.

2.3.5.3 Quiste residual radicular.

Es la misma entidad clínica que el quiste periapical, pero se corresponde con una zona del maxilar donde se extrajo un diente. Se produce por la existencia de un quiste radicular extirpado de forma incompleta o porque existía un granuloma que pasó inadvertido en la extracción. Suelen alcanzar un tamaño mayor que los quistes radiculares y su tratamiento es la quistectomía.

2.3.6 Quistes no epiteliales (pseudoquistes).

2.3.6.1 Cavityad idiopática de Stafne (defecto cortical lingual mandibular).

Su origen es desconocido. Se ha postulado su origen congénito debido a su ocasional bilateralidad, su disposición característica y su estabilidad en el tiempo. En la actualidad se piensa que este defecto cortical podría deberse a atrapamiento durante el desarrollo embrionario de glándulas salivales, principalmente el lóbulo superior de la glándula submaxilar.

Se observa con mayor frecuencia en varones en torno a los 50. Suele ser una lesión muy estable en el tiempo, sin llegar a expandir ni modificar las corticales óseas. Clínicamente es asintomático, no detectándose en un examen rutinario.

La cavityad de Stafne en la zona posterior mandibular presenta una localización y aspecto radiográfico característicos, que la hacen fácilmente diagnosticable, apareciendo típicamente como una lesión radiolúcida unilocular, redondeada o elíptica, bien delimitada por una línea de hueso escleroso, y localizada entre el primer molar inferior y el ángulo mandibular, por debajo del canal dentario inferior.

Raramente el defecto lingual puede ser palpado, y en ocasiones puede ser útil en el diagnóstico la sialografía de la glándula submandibular, al mostrar la distribución del contraste en la zona radiolúcida, ocupada habitualmente por tejido glandular submandibular.

Estos defectos son generalmente asintomáticos y no progresivos, y por ello su tratamiento quirúrgico no está indicado de entrada, pero sí se recomienda su seguimiento radiográfico. Se trata de un defecto en la cortical mandibular, presentándose como un área radiolúcida bien delimitada, única, ovoidea, con un tamaño que oscila de 1 a 3 cm. de diámetro, observándose a menudo un borde más radiopaco.

Se presenta normalmente entre el ángulo de la mandíbula y el primer molar, por debajo del canal del nervio dentario inferior, a la altura donde la arteria facial hace una muesca en el reborde inferior mandibular.

No es infrecuente su presentación de forma bilateral, e incluso algún caso múltiple. La mayoría contienen tejido glandular salivar junto con tejido conectivo, vasos sanguíneos, nódulos linfáticos y fibras musculares.

Debe hacerse con el quiste epidermoide, quiste aneurismático, quiste solitario y el tumor óseo. No precisa, salvo que plantee dudas en su diagnóstico con las entidades antes mencionadas.

2.3.6.2 Quiste óseo solitario (traumático o hemorrágico).

Es más común en huesos largos y, dentro de los maxilares, en el inferior. Se observa con mayor frecuencia en pacientes jóvenes, con antecedentes de traumatismo en dicha zona. Se presenta como una imagen radiolúcida bien delimitada, sin afectación cortical. Se observa más frecuentemente en la zona posterior de la mandíbula, en área de premolares y molares. Presenta una pared formada por tejido fibroso o de granulación y su contenido es hemático o sero-hemático. Se considera un falso quiste por la ausencia de epitelio en su pared. Se debe realizar una exploración quirúrgica con apertura de la cavidad y evacuación de su contenido, confirmando así el diagnóstico y favoreciendo el relleno por tejido óseo neoformado.

2.3.6.3 Quiste óseo aneurismático.

Se observa con mayor frecuencia en mujeres en la segunda década de la vida. Es más común en la zona molar, tanto de maxilar como de mandíbula. Se presenta como una imagen radiolúcida uni o multilocular, de bordes irregulares. Radiográficamente es muy similar a un quiste simple. No presenta cubierta epitelial.

Microscópicamente muestra tejido conectivo fibroso, células gigantes multinucleadas relacionadas con espacios sanguíneos sinusoidales, eritrocitos extravasados y hemosiderina. Debe hacerse con el ameloblastoma, granuloma gigante-celular central y el hemangioma central. Se debe realizar una escisión local y curetaje, debiéndose realizar un seguimiento a largo plazo por la posibilidad de recidivas.

2.3.7 Farmacología utilizada en lesiones quirúrgicas dentales

Hay pocos indicios reales para el uso sistémico de antibióticos en combinación con un tratamiento de después de una cirugía. Ellos sólo son necesarios cuando los esfuerzos del cuerpo de lucha contra las bacterias están fallando. El uso de antibióticos para evitar la infección (profilaxis con antibióticos) puede prevenir algunos casos de endocarditis bacteriana. Por lo tanto, la profilaxis se recomienda para las personas en categorías de alto riesgo y de riesgo moderado. Otro modo de aplicación de antibióticos es la aplicación local como medicamentos intraconducto e irrigantes del conducto radicular.

Los antibióticos sistémicos deberían ser restringidos a pacientes que tienen signos locales de infección, malestares y temperatura corporal elevada. La profilaxis antibiótica se ha recomendado para pacientes con riesgo de endocarditis y en situaciones pre quirúrgica. La tendencia hacia el uso indiscriminado de antibióticos debe ser desalentado. El uso de fármacos de amplio espectro debe restringirse de manera que estos medicamentos sigan siendo eficaces en situaciones graves.

Las lesiones periodontales y cirugías pueden tratarse localmente con agentes antimicrobianos, utilizados en concentraciones que aseguran una fuerte actividad microbicida. El tratamiento del conducto radicular tiene una ventaja evidente, porque los agentes antimicrobianos pueden aplicarse en el conducto durante períodos prolongados. Por otro lado, los agentes antimicrobianos en el 28 conducto radicular ejercen escaso o nulo efecto periapical. En la fase aguda no se recomienda la colocación en un vehículo de agentes antimicrobianos locales por la posible interferencia en el drenaje. Los

abscesos periodontales pueden tratarse con éxito mediante una combinación de drenaje y antibióticos sistémicos.

Herrera y cols. obtuvieron una respuesta similar utilizando azitromicina o amoxicilina y ácido clavulánico. En las lesiones endoperiodontales no se ha estudiado el papel de los agentes antimicrobianos locales. Sin embargo, se recomienda drenar e irrigar la lesión endoperiodontal aguda.

Los agentes antimicrobianos están indicados cuando el paciente presenta signos de fiebre y malestar general, que indica el riesgo de extensión del proceso infeccioso. El tratamiento antimicrobiano en pacientes inmunodeprimidos es especialmente importante y debe considerarse para todos los abscesos dentoalveolares. La elección de los antibióticos debe basarse en principios farmacológicos y microbiológicos adecuados y tener en cuenta las tres situaciones siguientes:

- Caso de emergencia. La penicilina sigue siendo el antibiótico de elección. Dado que la resistencia a la penicilina está aumentando, el Metronidazol o la amoxicilina/ácido clavulánico pueden servir como antibióticos alternativos. En caso de alergia a la penicilina se debe escoger el Metronidazol.
- Caso de fracaso en el que se dispone de diagnóstico microbiológico. El cambio del régimen farmacológico debería basarse en la situación clínica, el perfil microbiológico y las pruebas de sensibilidad antibiótica.
- Caso de fracaso en el que no se dispone de un diagnóstico microbiológico. Se recomienda el cambio de antibiótico por otro de amplio espectro. La amoxicilina/ácido clavulánico o la clindamicina son antibióticos alternativos. La clindamicina se recomienda en los casos de alergia a la penicilina.

Con el paso de los años, la duración del tratamiento antibiótico se ha ido reduciendo. Se recomienda que el período de tratamiento con antibióticos no sea superior a 7-10 días. La mayoría de los odontólogos prescriben 5 días de penicilina o 3 días de Metronidazol para las infecciones orofaciales agudas.

2.3.7.1 *Penicilina*

Tradicionalmente, la penicilina se ha considerado el fármaco de elección en el tratamiento de las infecciones dentoalveolares. En una evaluación prospectiva de la penicilina frente a la clindamicina en el tratamiento de las infecciones odontógenas, Gilmore et al. no observaron fracasos con ninguno de los antibióticos. Las tasas de resistencia de las muestras anaerobias fueron del 8,9 % para la penicilina y del 1,9 % para la clindamicina. En un estudio de 78 pacientes que proporcionaron 143 cepas bacterianas facultativas y 188 cepas anaerobias estrictas, el 23 % era resistente a la penicilina y el 5 % a la amoxicilina/ácido clavulánico

2.3.7.2 *Eritromicina*

La eritromicina se ha utilizado como fármaco alternativo para el tratamiento de pacientes alérgicos a la penicilina. Sin embargo, un elevado número de microorganismos anaerobios importantes es resistente a la eritromicina. El índice de sensibilidad es del 87 % para *Prevotella pigmentada* de negro y del 53 % para *Prevotella* no pigmentada. Sólo el 27 % de las cepas de *Prevotella* betalactamasa-positiva no pigmentada era sensible a la eritromicina. El índice de sensibilidad de *Fusobacterium* es del 9 %. De forma similar, la efectividad de la eritromicina frente a los estreptococos del grupo viridians es escasa. Otros macrólidos, como la azitromicina y la espiramicina, se han utilizado en el tratamiento de infección es dentoalveolares. La azitromicina es más eficaz que la espiramicina y podría servir como alternativa antibiótica en la infección odontógena. La azitromicina también puede ser eficaz en el tratamiento de los abscesos periodontales

2.3.7.3 *Metronidazol*

El metronidazol y otros nitroimidazoles (ornidazol y tindazol) son eficaces frente a cepas estrictamente anaerobias, como los bacilos anaerobios betalactamasa- positivos gramnegativos. Las cepas facultativas anaerobias, como los estreptococos del grupo viridians, son resistentes al metronidazol. Ingham et al

comprobaron que las infecciones dentales agudas respondían satisfactoriamente al metronidazol y a la penicilina.

2.3.7.4 Clindamicina

La clindamicina muestra una excelente actividad frente a las bacterias anaerobias. Los estreptococos anaerobios, los bacilos Gram positivos y la mayoría de los bacilos gramnegativos anaerobios presentan índices de sensibilidad del 93-100 % La clindamicina penetra en los tejidos orales y constituye una excelente alternativa a la penicilina, en particular en infecciones orales resistentes. Sin embargo, debido a sus efectos adversos en la microflora gastrointestinal, la clindamicina no es el fármaco de elección en las infecciones dentoalveolares en general.

En el estudio realizado por Zhou K, et al el 2013 aisló la microflora componente de las lesiones endoperiodontales y comprobó la sensibilidad a antibióticos, y obtuvo los siguientes resultados: Aisló *Streptococcus* spp, *Prevotella* spp, *Actinomycetes* spp, *Veillonella* spp, *Fusobacterium* spp y determinó que el 53.4% eran anaerobios gram-positivos, mientras el 46.51% eran anaerobios gram-negativos De tal forma que, eran sensibles a 6 antibióticos. Los rangos de resistencia a la penicilina, clindamicina y Metronidazol fueron de 6.8%, 13.9% y 2.2% respectivamente.

2.3.7.5 Conclusión

Las lesiones endoperiodontales son 5 en su tipo, que están interrelacionadas. Hay que tener en cuenta, que a pesar de ser 5 diagnósticos distintos, todas tienen en común el factor etiológico de tipo bacteriano, y que el desarrollo de una enfermedad puede ser la etiología de otra lesión, como por ejemplo, ser en un inicio una lesión endodóntica que en el trayecto tiene componentes periodontales y viceversa.

Esto, hace que sean lesiones de difícil diagnóstico, ya que en muchas ocasiones no sabremos cual fue la enfermedad que inició e indujo a la

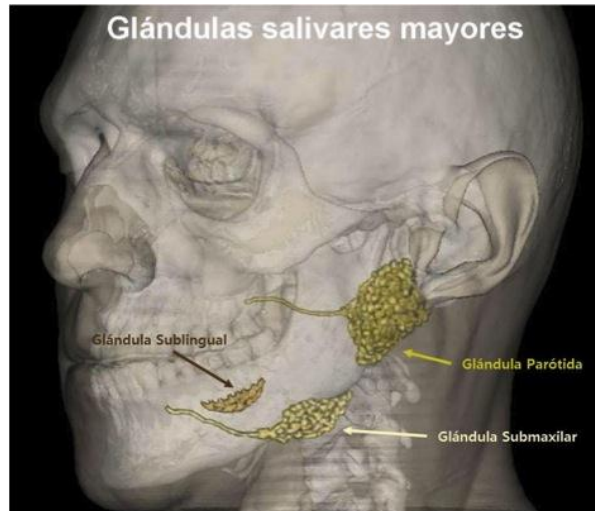
otra. De tal modo, que hay que hacer un examen acucioso para poder determinar el tejido de origen y tomar una decisión con respecto al plan de tratamiento.

Como base, en relación al diagnóstico, es importante hacer el tratamiento mecánico, ya sea la endodoncia o la periodoncia, para realizar la erradicación de las bacterias principalmente. Este tratamiento se puede ver apoyado por farmacología, que a pesar de los años se sigue utilizando el mismo régimen: Penicilinas de primera opción que puede estar asociado a ácido clavulánico o de lo contrario, si el paciente es alérgico puede utilizar algún macrólido. Siempre hay que tener en cuenta, que el uso de medicamentos, y sobre todo de antibióticos, no debe ser indiscriminado, ya que puede generar una resistencia bacteriana. Teniendo en cuenta esto, es ideal dejar este apoyo farmacológico en aquellas ocasiones en el cual el paciente está disminuido inmunológicamente o ya presenta síntomas de fiebre, de lo contrario solo apoyarse del tratamiento mecánico.

2.3.8 Quistes de glándulas salivales.

Las glándulas salivares son los órganos especializados en la fabricación de la saliva y su emisión al interior de la cavidad oral. Existen tres glándulas mayores en cada lado de la cara y cientos de pequeñas glándulas menores distribuidas por la mucosa intraoral de los labios, las mejillas y el paladar.

Las glándulas mayores son las 2 Glándulas Parótidas situadas en la región preauricular, las Glándulas Submaxilares alojadas en las celdas submaxilares del cuello por debajo del reborde mandibular y las Glándulas Sublinguales en el suelo de la boca, por debajo de la lengua.



Glándulas salivares mayores

Las enfermedades de las glándulas salivares son básicamente las infecciones como la Parotiditis viral, los procesos de naturaleza obstructiva-inflamatoria como los Mucocelos de las glándulas menores y las inflamaciones secundarias a la obstrucción por cálculos de los conductos excretores que afectan frecuentemente a las Glándulas Submaxilares y los tumores que pueden asentar en cualquier glándula siendo el más frecuente el Adenoma Pleomorfo o Tumor Mixto de Parótida.

Existen glándulas salivales mayores y menores. El primer grupo está compuesto por 3 pares de glándulas: parótida, submandibular o submaxilar y sublingual. Las glándulas salivales menores son numerosas (700 a 1000) y se distribuyen en las mucosas orofaríngea, nasal, sinusal, laríngea y traqueal.

2.3.8.1 Parótida

Es la glándula salival de mayor tamaño, pesa 25 a 30 gr. y se ubica en la fosa parotídea. Produce el 45% del total de saliva, la cual es principalmente serosa.

El conducto de Stenon o Stensen es el conducto excretor parotídeo, tiene una longitud aproximada de 6 cm. Sale del borde anterior de la glándula, atraviesa el músculo masetero y perfora el músculo buccinador y la mucosa oral. Se abre en la boca a nivel del cuello del 2do molar superior.

2.3.8.2 *Submandibular o submaxilar*

Se ubica en el triángulo submandibular o submaxilar que está limitado por los vientres anterior y posterior del digástrico y el ángulo de la mandíbula. Pesa entre 10 a 15 gr y posee 2 porciones: una superficial y una profunda al milohioideo. Esta disposición anatómica es importante ya que cuadros infecciosos pueden extenderse a la parte posterior del piso de la boca, causando un flegmón o absceso del piso de la boca.

El conducto submandibular o de Wharton tiene alrededor de 5 cm de largo, se dirige hacia anterior, bajo la mucosa del piso de la boca para abrirse al lado del frenillo, en la carúncula sublingual. La saliva que produce es mixta (serosa y mucosa) y corresponde al 45% del total.

2.3.8.3 *Sublingual*

Ubicada debajo el piso de la boca, sobre el milohioideo. Su peso aproximado es 2 gr y produce el 5% de la saliva, principalmente mucosa. La parte posterior contacta con la glándula submandibular.

Tiene 8 a 20 conductos de drenaje que se abren en el piso de la boca. El más voluminoso se llama de Rivinus y se abre en el vértice de la carúncula sublingual. La obstrucción de uno de los conductos de drenaje producen un quiste de retención que es llamado *ránula*.

2.3.8.4 *Glándulas salivales menores*

Son de pequeño tamaño. Como se dijo anteriormente, están dispersas en la mucosa de la vía aérea superior, principalmente en la mucosa orofaríngea. Según su ubicación se clasifican en glándulas labiales, linguales, palatinas, sublinguales menores, bucales y glosopalatinas. Todas ellas poseen conductos independientes que se abren directamente en la cavidad oral.

Estas glándulas tienen mayor riesgo de patología tumoral maligna.

2.3.8.5 *Funciones de la saliva*

La saliva está compuesta en un 99,5% por agua. El resto son electrolitos, proteínas (enzimas y otras), vitaminas, hormonas y material celular. Al día se producen 1000 a 1500 cc. de saliva, su producción está regulada por factores físicos, químicos y mental. Cuando existe una producción aumentada se llama sialorrea, si está disminuida se denomina xerostomía.

Las funciones son variadas:

1. Función Protectora: lubrica las mucosas, favorece la limpieza local, protege los dientes, regula el pH y permite excreción de material autógeno y extraño (virus, factores coagulación, etc). En resumen, es una defensa mecánica e inmunológica, ya que la saliva normal es aséptica y posee lisozima e IgA.
2. Función Digestiva: lubrica el bolo y posee amilasa, de esta manera, participa en 1ª fase de la deglución.
3. Función Sensorial: ayuda en el sentido del gusto.

2.3.8.6 *Métodos de investigación*

a. Examen físico

Se deben examinar todas las glándulas con palpación bimanual. Normalmente no se palpan la parótida ni la sublingual.

- **Glándula parótida**: para diferenciarla de músculo masetero hay que pedir al paciente que junte fuerte los dientes. Un aumento de volumen parotídeo puede producir aumento de volumen facial, cervical u orofaríngeo (medialización de la amígdala).
- **Cavidad oral**: examinar toda la mucosa oral, el piso de la boca y los conductos excretores (ver el Stenon).
- **Características de la saliva**: deben analizarse al exprimir las glándulas.

b. Estudios radiológicos

- **Radiografía simple:** es útil para el estudio de las litiasis radioopacas. Permite también excluir la patología ósea mandibular que asemeja la enfermedad glandular.
- **Sialografía:** se realiza inyectando un medio de contraste yodado radioopaco de manera retrógrada a través del Stenon o Wharton. Este procedimiento siempre debe ser bilateral. Idealmente el medio debe ser hidrosoluble ya que los oleaginosos, si se extravasan, puede producir granulomas. Son contraindicaciones: la inflamación aguda y la alergia al yodo.
- **Ecografía:** es muy útil en lesiones quísticas como ránulas y quistes parotídeos. Hay que tener presente que es operador dependiente.
- **Tomografía Computada (TC):** es utilizada para:
 1. Evaluar el parénquima glandular y tejidos blandos adyacentes
 2. Ver si existe compromiso de las estructuras óseas adyacentes (base de cráneo, mandíbula)
 3. Distinguir la presencia de adenopatías no palpables
 4. Evidenciar litiasis
 5. Evaluar los espacios parafaríngeo y retromandibular
- **Resonancia Magnética (RM):** en general sus indicaciones son las mismas de la TC, pero tiene mayor resolución de las partes blandas:
 - Permite mejor delimitación de las lesiones tumorales
 - Evalúa las estructuras nerviosas
 - Puede diferenciar un tumor superficial de uno profundo

c. Biopsia

Puede ser por aguja fina, sin embargo, ésta requiere de un citólogo experimentado y sirve sólo si los hallazgos son positivos. La biopsia incisional, en general no se utiliza, ya que la mayoría de las veces aumenta la recurrencia de los tumores. La biopsia excisional es la que da mayor información. En muchas ocasiones puede ser un procedimiento diagnóstico y terapéutico. En el caso de la glándula parótida la biopsia mínima de parótida es la parotidectomía suprafacial. Idealmente siempre pedir una biopsia rápida intraoperatoria.

2.3.9 Patología de las glándulas salivales

2.3.9.1 Sialoadenitis viral

Esta infección viral afecta principalmente a la parótida. Pueden comprometerse también la submandibular y/o la sublingual, sin que exista compromiso parotídeo. Los virus que producen esta enfermedad son: virus Parotiditis, Citomegalovirus (CMV), Sarampión, Coxsackie A y B, Echo, Herpes Zoster, Influenza A, Parainfluenza 1 y 3, virus Epstein Barr (VEB) y VIH.

- Sialoadenitis por virus parotiditis

Este cuadro se veía con mayor frecuencia en niños entre 5 y 9 años, sin embargo, con el programa de vacunas, ahora es más frecuente en adultos.

Se contagia a través de la saliva y su período de incubación es de 14 a 20 días. El prodromo está caracterizado por anorexia, astenia, fiebre y odinofagia.

Clínicamente hay aumento de volumen parotídeo súbito, doloroso y difuso, que se asocia a fiebre moderada y compromiso del estado general. En $\frac{2}{3}$ el compromiso parotídeo es bilateral, pudiendo comprometerse las otras glándulas también. El aumento de volumen disminuye gradualmente en un plazo que va desde 3 a 10 días. Este cuadro es subclínico en 25 a 30% de los casos.

Al examen físico se evidencia aumento de volumen parotídeo difuso y doloroso. Se desplaza el lóbulo auricular hacia fuera y hacia arriba, el orificio del Stenon está congestivo y edematoso y la saliva es de aspecto seroso. Dentro de los exámenes de laboratorio, el hemograma presenta linfocitosis.

El diagnóstico por lo general es clínico, pero puede ser confirmado con estudio serológico: aumento de títulos de IgM 4 veces indica infección aguda.

El tratamiento es sintomático, comprende hidratación, analgesia, líquido abundante y supresión de alimentos que estimulen la salivación. El reposo es adecuado mientras el paciente esté decaído o febril, la actividad física no influye en la orquitis u otra complicación. Siempre hay que desinfectar los objetos contaminados con saliva del enfermo para evitar contagio.

La evolución es generalmente benigna, pero puede complicarse con:

- Orquitis 20 – 30%
- Ooforitis 5%
- Meningitis 10%
- Pancreatitis 5%
- Hipoacusia neurosensorial 0,05 – 4%

Los criterios de hospitalización son orquitis, ooforitis, meningitis, pancreatitis y vómitos incoercibles.

La inmunidad del virus parotiditis dura toda la vida, por lo tanto, frente al segundo episodio de parotiditis, hay que sospechar otro virus como agente etiológico o una sialoadenitis crónica.

2.3.9.2 *Sialoadenitis bacteriana*

Cuadro infeccioso que se presenta habitualmente en pacientes con edad avanzada, deshidratados, nefrófatas, inmunodeprimido, que tienen foco

séptico oral, litiasis o están ingiriendo fármacos que disminuyen flujo salival como los antihistamínicos y los diuréticos.

Los agentes etiológicos son: *Stafilococo aureus*, *Streptococo pneumoniae*, *Streptococo pyogenes*, *H. influenzae*, anaerobios (*Bacteroides*, *fusobacterium*,) y gram negativos en pacientes hospitalizados.

La clínica está caracterizada por aumento de tamaño glandular brusco y doloroso, eritema de la piel, fiebre y trismus. Al comprimir la glándula puede no fluir saliva o salir saliva purulenta. El compromiso, a diferencia de la sialoadenitis viral, es con frecuencia unilateral.

El tratamiento en general, es médico. Incluye hospitalización, cobertura antibiótica adecuada (cefalosporinas de 2ª generación, clindamicina, ampicilina/sulbactam), manejo de la patología de base, suspender antisialogogos (antihistamínicos, antidepresivos), usar sialogogos (jugo de limón o naranja), masaje glandular y calor local con compresas. El estudio comprende: hemograma, VHS, PCR, cultivo de secreción (si es posible), TAC de cuello con medio de contraste. Cuando las condiciones del paciente lo permiten, puede manejarse ambulatoriamente con antibióticos como amoxicilina/ácido clavulánico.

El tratamiento quirúrgico es muy raro, siendo necesario sólo en algunos casos.

Esta patología puede complicarse, produciendo compromiso de los tejidos faciales por extensión directa. Generar un absceso parafaríngeo que puede propagarse y comprometer la vía aérea, producir una mediastinitis, trombosar la vena yugular interna o erosionar la carótida. La paresia facial es poco frecuente y revierte con el tratamiento médico. Puede haber sepsis y falla orgánica múltiple con una mortalidad que alcanza 20 a 50%.

Frente a una sialoadenitis bacteriana recurrente, refractaria a tratamiento médico o en la que existen dudas diagnósticas, debe descartarse litiasis, linfoma o infección dental.

2.3.9.3 *Sialoadenitis crónica recidivante*

Patología de etiología desconocida que en general afecta a niños de 2 a 7 años. Cuando se presenta en adultos hay que descartar enfermedad subyacente como: VIH, sialoadenopatía linfoepitelial benigna, tumor, etc.

La parótida es la glándula que se ve más afectada. El compromiso es habitualmente unilateral o alternante.

Son episodios repetidos de aumento de volumen glandular difuso, asociado a dolor de intensidad variable (frecuentemente indoloro o moderadamente doloroso). Al comprimir la glándula, la saliva es grumosa y espesa. Se observa una mejoría espontánea hacia la pubertad.

El estudio sialográfico muestra un patrón de “cuentas de rosario” (dilatación y sialectasia que varían en tamaño y localización). Frecuentemente los hallazgos son bilaterales aunque los síntomas sean unilaterales.

El tratamiento médico es el de elección: antibióticos, antiinflamatorios, hidratación, sialogogos y masaje glandular. La sialografía muchas veces terapéutica ya que elimina los tapones mucosos. Excepcionalmente la cirugía es necesaria.

2.3.9.4 *Sialoadenopatía linfoepitelial benigna*

Lesión de glándulas salivales de etiología desconocida, se cree que es de origen autoinmune, por lo tanto, puede encontrarse en enfermedades reumatológicas. Se produce un infiltrado linfocitario que reemplaza al parénquima glandular, como consecuencia hay una disminución gradual de la producción de saliva. Esto lleva a un aumento de volumen glandular y xerostomía.

Es más frecuente en mujeres mayores de 55 años y por lo general hay compromiso clínico de la parótida. A pesar de lo anterior, histológicamente el resto de las glándulas también están afectadas.

2.3.9.5 Síndrome de Sjögren

Es una exocrinopatía autoinmune de origen desconocido. Se presenta como aumento de volumen glandular firme, levemente doloroso, puede ser local o difuso y generalmente es bilateral. Hay saliva espesa o ausencia de ella, esto lleva a xerostomía, caries, disfagia, disgeusia y queilitis angular. También hay xeroftalmia.

En la sialografía se ve retardo en el vaciamiento y una imagen de “cerezo en flor” (sialectasia difusa puntiforme).

Para el diagnóstico se evalúa la producción lagrimal con el Test de Schirmer y se realiza una biopsia de glándula salival menor.

El tratamiento comprende antibióticos, masaje e hidratación. Es importante siempre tener una evaluación reumatológica.

2.3.9.6 Sialolitiasis

Su frecuencia varía según la glándula afectada:

- Submaxilar 92%
- Parótida 6%
- Sublingual 2%

Los síntomas son: aumento de volumen recurrente, súbito y doloroso que se asocia a la alimentación. Si no cede la obstrucción, puede generarse una inflamación secundaria y aparecer fiebre y saliva purulenta.

Los cálculos no son todos radioopacos, en la glándula submaxilar el 80% lo son y en la parótida sólo el 60%. Por lo anterior, una radiografía simple negativa, no descarta litiasis glandular.

El manejo de la litiasis requiere de abundante líquido, calor local, analgesia y antibióticos si existe sobreinfección. El tratamiento quirúrgico debe ser realizado por un especialista.

Las complicaciones de la sialolitiasis son: fístula salival, sialoadenitis aguda o crónica, abscesos, estenosis 2ª y atrofia glandular.

2.3.9.7 Sialoadenosis

Es una alteración no específica, no inflamatoria del parénquima glandular que se manifiesta como aumento de volumen bilateral, crónico, recurrente e indoloro. Su causa es desconocida.

Afecta principalmente a pacientes mayores de 40 años y generalmente se presenta como un aumento de volumen asintomático que compromete a las parótidas. La célula acinares son 2 a 3 veces más grande que lo habitual por infiltrado adiposo.

Se ha visto que se asocia a malnutrición (desnutrición, bulimia, obesidad, cirrosis hepática), patologías endocrinas o metabólicas (alcoholismo, hipotiroidismo, DM, enfermedad de Cushing), embarazo y fibrosis quística.

2.3.9.8 Ránula

Lesión ubicada en el piso de la boca, secundaria a obstrucción en la glándula sublingual o glándula menor. Se ve como un aumento de volumen translúcido, azulado en el piso de la boca, generalmente es indoloro. Puede cruzar la línea media, producir desviación de la lengua y extenderse hacia el cuello.

La TAC muestra una estructura quística. El tratamiento es quirúrgico a través de un abordaje oral y dependiendo del tamaño de la lesión se hace uno cervical.

2.3.9.9 Tumores de glándulas salivales

Un 70 a 80% de los tumores se ubican en la parótida, de ellos 80% son benignos. La etiología más frecuente es el adenoma pleomorfo o tumor mixto.

A menor tamaño de la glándula mayor es la probabilidad de malignidad del tumor.

Tumores Benignos	Tumores Malignos
Adenoma pleomorfo (tumor mixto)	Tumor mucoepidermoide
Adenoma monomorfo	Tumor de células acinares
Tumor de Whartin	Adenocarcinoma
Otros adenomas	Tumor adenoidoquístico

Los elementos que deben hacer sospechar malignidad son:

- Tumor de consistencia pétreo
- Dolor
- Compromiso de la piel
- Parálisis facial

2.3.9.10 Glándulas salivares

Los cálculos que obstruyen los conductos excretores deben ser extraídos aunque en ocasiones, sobre todo en las Glándulas Submaxilares, producen una destrucción del tejido glandular que obliga a extirpar la glándula entera.

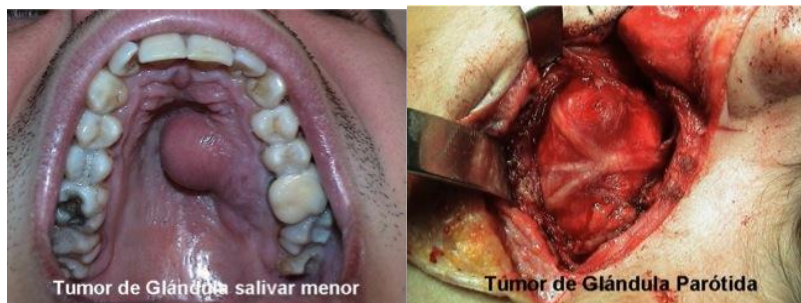


Cálculos en conducto de la Glándula Salivar



Mucocele en Glándula Salivar menor

La presencia de un tumor implica la extirpación de la glándula en la que asienta y, en función de su naturaleza, actuar siguiendo los criterios oncológicos establecidos.



Tumores en Glándulas Salivares menor y parótida

Mención especial requiere la Glándula Parótida que se encuentra atravesada en su espesor por el Nervio Facial. Su extirpación supone una disección extremadamente minuciosa y delicada del Nervio para evitar la parálisis facial derivada de la lesión de cualquiera de sus ramas. La cobertura del Nervio con la Aponeurosis superficial evita el Síndrome de Frey.

2.3.10 Patologías pulpar con bacterias.

Como en cada inflamación, la respuesta del cuerpo es un aumento de la circulación sanguínea (hiperemia): los vasos sanguíneos conductores se dilatan. La hiperemia puede convertirse en una pulpitis crónica o aguda. Un diente con pulpitis aguda es mucho más sensible a la temperatura de lo que es normal. Basta con aire frío para que se desencadene el dolor. En el caso de la pulpitis aguda serosa, la dilatación de los vasos capilares provoca una expulsión de

granulocitos y de suero. Cuando se activan las enzimas proteolíticas se forma pus, que en el caso de la pulpitis aguda purulenta provoca fuertes dolores.

El cuerpo intenta defenderse formando un tejido defensivo, un granuloma apical. En la radiografía se ve como una macha apical oscura. En determinadas circunstancias pueden formarse posteriormente quistes o abscesos. La periodontitis apical crónica a menudo no presenta dolores. El principio de tratamiento en el caso de la pulpitis irreversible y la gangrena pulpar consiste en la extirpación de la pulpa dolorosa e infectada o muerta y el empaste estanco a las bacterias de los conductos radiculares con pastas aptas para el tejido y pernos de gutapercha.

2.3.11 Acumulaciones de sangre.

El sangrado en la boca generalmente es causado por las llagas en la boca, las enfermedades de las encías (periodontales) o por una disminución en el recuento de plaquetas (células que fomentan la coagulación de la sangre). El bajo recuento de plaquetas puede ser un efecto secundario del tratamiento con radiación o quimioterapia.

Este es un problema de corta duración (si el recuento de plaquetas es bajo, refiérase a la sección “Recuentos sanguíneos”). Los tipos de cáncer que afectan al sistema productor sanguíneo, como la leucemia, también pueden causar una disminución de plaquetas. Una persona con bajo recuento de plaquetas puede sangrar fácilmente. Sangre o lesiones en la boca (por o en las encías, la lengua, etc.).

- Erupción o puntos color rojo brillante del tamaño de la punta de un alfiler en la lengua, bajo la lengua, en el paladar o en el interior de las mejillas y,
- Sangre que exuda de la boca.

2.3.12 Remanentes radiculares.

La presencia de restos radiculares en los maxilares de nuestros pacientes es un hecho muy frecuente en la praxis diaria, por motivos muy diversos entre los que destacamos:

- la poca o nula educación sanitaria de los ciudadanos,
- la mínima preocupación que muestran las Administraciones Públicas por la salud bucal de sus administrados tanto en sus aspectos preventivos como curativos, etc.

No se puede hacer un estudio exhaustivo de todas las posibilidades existentes de restos radiculares y de su tratamiento correspondiente pero sí debemos resaltar que la presencia de estos a largo plazo van a producir quistes, por tal motivo se debe hacer la exodoncia y para esto podemos agrupar las técnicas a utilizar en:

- Extracción de restos radiculares con fórceps y,
- Extracción de restos radiculares con botadores o elevadores.

2.3.13 Traumatismo facial.

Los traumatismos faciales representan una patología con características especiales y diferentes de aquellos otros traumatismos o fracturas que pueden acontecer en el resto del organismo. Trauma se define como el daño que sufren los tejidos y órganos por acción de una energía que puede actuar en forma aguda o crónica.

El trauma maxilofacial es aquél que compromete tanto partes blandas como óseas de la región facial y ocurre en aproximadamente el 10 % de los politraumatizados.

La importancia de los traumatismos faciales radica que cuando no son tratados adecuadamente pueden producir procesos quísticos con sus respectivas consecuencias.

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

GRANULOMA DENTAL: Proceso caracterizado por una masa de tejido de granulación rodeada de una cápsula fibrosa fijada al ápex de un diente con lesión de la pulpa.

HIPERCEMENTOSIS: Reacción defensiva de los tejido periapicales caracterizada por una marcada formación de cemento radicular.

ORTOPANTOMOGRAFÍA: Técnica radiológica que representa, en una única película, una imagen general de los maxilares, la mandíbula y los dientes, por tanto, es de primordial utilidad en el área dentomaxilomandibular.

OSTEÍTIS: Inflamación de los huesos, generalmente de origen infeccioso.

OSTEOTOMÍA: Es una técnica quirúrgica que se realiza sobre tejido óseo. Consiste en la remoción de un fragmento de éste que altera la forma o función de los maxilares. Inicialmente se elimina el fragmento con fresas quirúrgicas o con cincel y martillo, posteriormente se regulariza la superficie con una lima para el hueso.

QUISTECTOMÍA: Extracción quirúrgica completa de un pequeño quiste con sellado posterior de la herida.

2.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES.

2.5.1. Hipótesis.

Hi: (Hipótesis de la investigación): El conocimiento epidemiológico y el de las patologías bucales causadas por los quistes dentales, determina un correcto diagnóstico y tratamiento.

Ha: (Hipótesis alternativa): Las patologías bucales causadas por los quistes dentales, tienen variados y diferentes orígenes.

H₀: (Hipótesis nula): El conocimiento epidemiológico y el de las patologías bucales causadas por los quistes dentales, NO es relevante a los fines del correcto diagnóstico y tratamiento.

2.5.2. Variables.

2.5.2.1 Variable dependiente.

- Quistes bucales.

2.5.2.2 Variables independientes.

- Patologías bucodentales:
 - ✓ Patología pulpar con bacterias,
 - ✓ Restos dentarios,
 - ✓ Acumulaciones de sangre y,

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INST.
<i>Dependiente</i>				
Quistes dentales	Cavidades benignas celulares conteniendo fluidos	Odontogénicos No odontogénicos	Patologías buco-dentales varias	Radiografía Análisis intraoral
<i>Independientes</i>				
Patología pulpar con bacterias Restos dentarios Acumulaciones de sangre Traumatismo facial	Enfermedad infecciosa Piezas dentarias Hematomas	Visibles No visibles	Caries Remanentes radiculares	Radiografía Historias clínicas Estudio patológico Examen intraoral Encuestas

Fuente: Investigación propia.

Elaborado por: Alba R. Marcillo C.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO.

3.1. MÉTODO.

Los métodos que se utilizarán en esta investigación son: Deductivo y, Descriptivo.

Deductivo: A través de éste método se analizó el tema partiendo de sus generalidades hasta llegar a sus particularidades.

Descriptivo: Por medio de este método se discernió en el tema planteado detallando las características del mismo. Para describir lo que se investiga es necesario asociar las variables independientes y dependiente entre sí.

3.1.1. Tipo de investigación.

Se desarrolló una investigación de tipo bibliográfica, de campo y descriptiva, que se encuentra orientada fundamentalmente a definir, de una manera detallada las características (Patología pulpar con bacterias, Restos dentarios, Acumulaciones de sangre, Traumatismo facial, etc.) para comprobar los orígenes de los quistes bucales.

3.1.2. Diseño de la investigación.

Bibliográfico: Para que una investigación tenga un contenido científico es indispensable partir de un análisis crítico y doctrinario de fuentes bibliográficas.

Campo: Es una recopilación de datos primarios (Observaciones) y secundarios (Estadísticas) en el campo (Cavidad bucal).

Descriptiva: La Investigación descriptiva, también conocida como la investigación estadística, describen los datos y este debe tener un impacto en las vidas de la gente que le rodea.

3.1.3. Tipo de estudio.

Es un estudio prospectivo, porque posee una característica fundamental, que es la de iniciar con la demostración de una supuesta causa o variables independientes (Patología pulpar con bacterias, Restos dentarios, Acumulaciones de sangre, Traumatismo facial, etc.), para luego seguir a través del tiempo determinando o no, la aparición del efecto (Quistes bucales).

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.2.1. Población.

La investigación planteada, fue realizada sobre una población de 180 individuos, a los cuales se les realiza un control y la toma de datos. Luego de éstos, se analizó las diferentes patologías y los resultados para la comprobación de la hipótesis de la investigación (H_i)

3.2.2. Muestra.

La muestra de la investigación será por medio del cálculo de χ^2 para establecer la cantidad de pacientes involucrados en la presente investigación. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión; por tal motivo, la muestra quedó conformada por 110 pacientes.

3.2.2.1. Criterios de exclusión.

- Pacientes con prótesis totales.
- Niños de 1 a 3 años.
- No regresaron a la visita.

3.2.2.2. Criterios de inclusión.

- Pacientes con prótesis (Removible y fija).

- Niños de > de 5 años.
- Pacientes con posible diagnóstico de: Patología pulpar con bacterias, Restos dentarios, Acumulaciones de sangre, Traumatismo facial

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Encuesta: Con el objetivo de recoger información del tema a investigarse se aplicarán encuestas de forma directa.

Observaciones: El propósito de la observación inicial, permitirá observar el estado general de la salud bucal de los pacientes.

3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Luego de observar los resultados de las encuestas y de las observaciones, se utilizará el método estadístico, el cual es una ciencia formal que estudia la recolección, análisis e interpretación de datos de una muestra representativa, ya sea para ayudar en la toma de decisiones o para explicar condiciones regulares o irregulares de algún fenómeno o estudio aplicado, de ocurrencia en forma aleatoria o condicional.

Sin embargo, la estadística es más que eso, es decir, es la herramienta fundamental que permite llevar a cabo el proceso relacionado con la investigación científica. Para organizar la información observada en el campo, se utilizará un análisis cuantitativo, de tipo estadístico, seleccionando aspectos concretos de los mismos.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

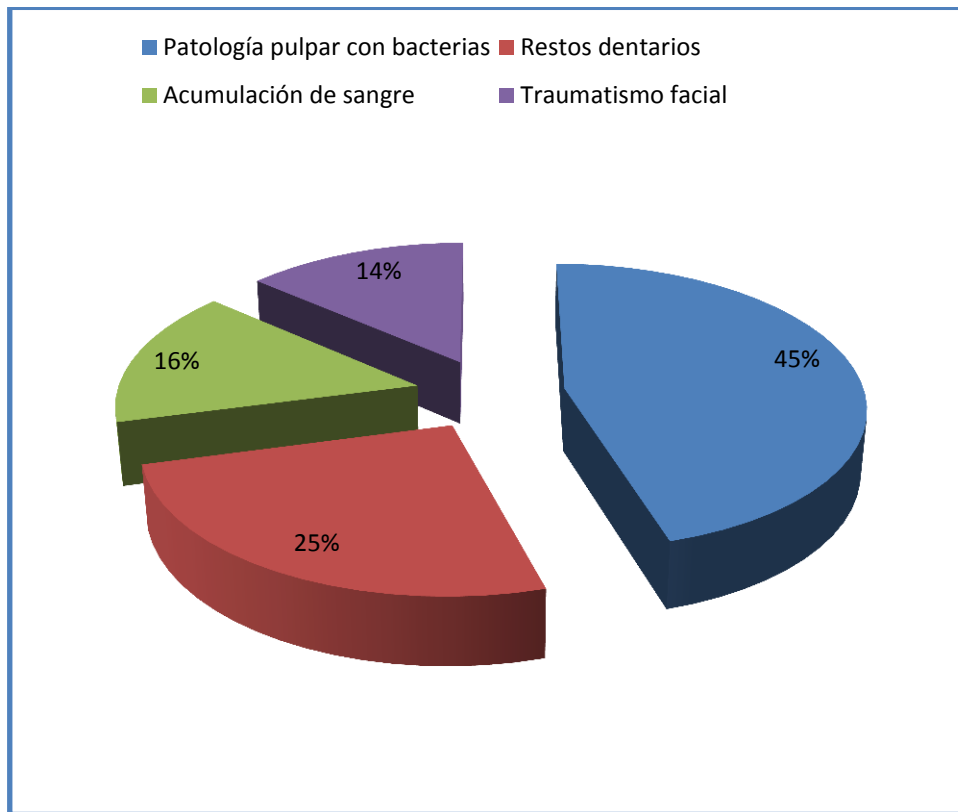
Tabla Nº 1: Patologías asociadas a quistes dentales.

Patologías asociadas	Frecuencia	Porcentaje
Patología pulpar con bacterias	50	45 %
Restos dentarios	28	25 %
Acumulación de sangre	17	16 %
Traumatismo facial	15	14 %
Total	110	100 %

Fuente: Patronato del Concejo Provincial.

Elaborado por: Alba R. Marcillo C.

Gráfico N° 1: Patologías asociadas a quistes dentales.



Fuente: Patronato del Concejo Provincial.

Elaborado por: Alba R. Marcillo C.

Análisis e interpretación: En la tabla N° 1 y su correspondiente gráfico, se demuestra que las patologías prevalentes y asociadas a los quistes dentales, fueron: Patología pulpar con bacterias en 50 pacientes (45 %), restos dentarios en 28 pacientes (25%), acumulación de sangre en 17 pacientes (16 %) y, traumatismo facial en 15 pacientes (14%).

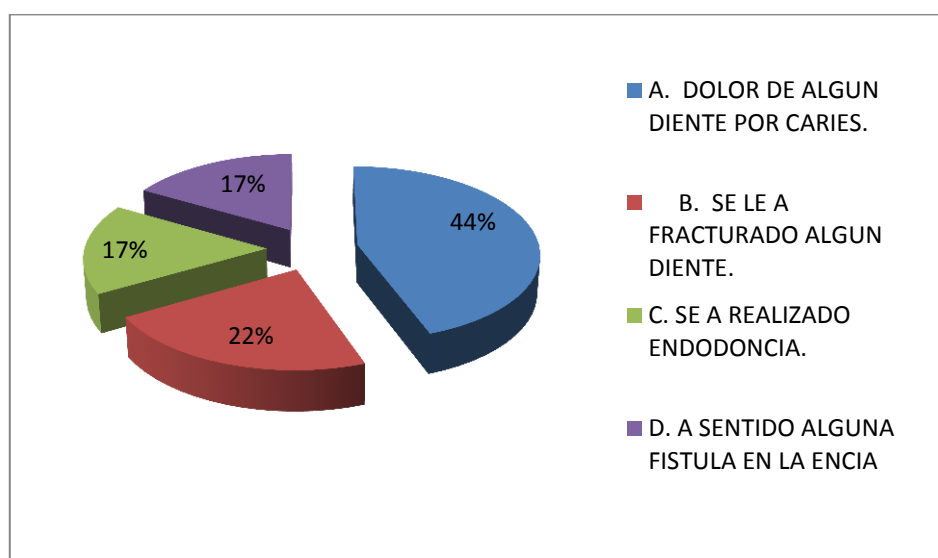
Tabla Nº 2: Ha tenido alguno de los problemas que a continuación se mencionan en su cavidad bucal.

Problemas	Frecuencia	Porcentaje
Dolor de algún diente por caries	8	44 %
Se le ha fracturado algún diente	4	22 %
Se ha realizado endodoncia	3	17 %
A sentido alguna fístula en la encía	3	17 %
Total	18	100 %

Fuente: Patronato del Concejo Provincial.

Elaborado por: Alba R. Marcillo C.

Gráfico Nº 2: Ha tenido alguno de los problemas que a continuación se mencionan en su cavidad bucal.



Fuente: Patronato del Concejo Provincial.

Elaborado por: Alba R. Marcillo C.

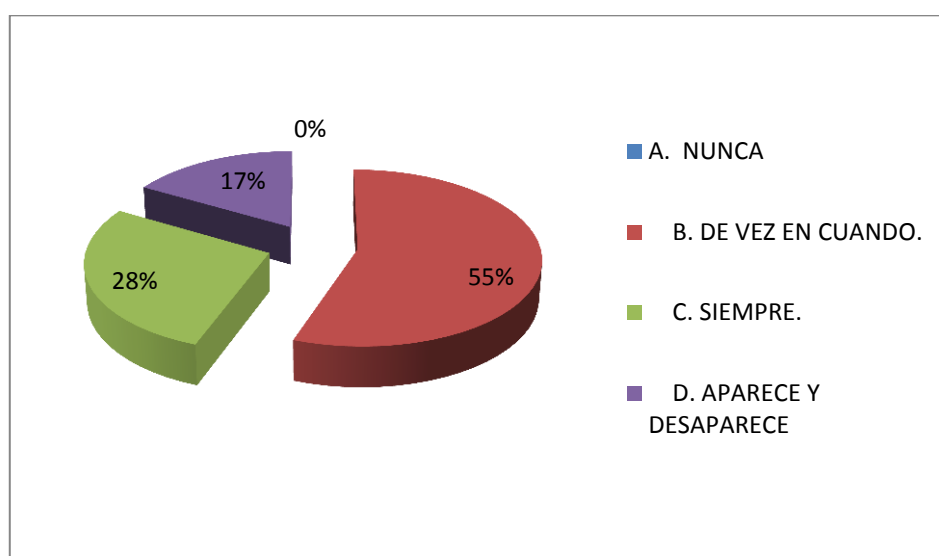
Tabla N° 3: Con qué intensidad o frecuencia aparece.

Intensidad	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0 %
De vez en cuando	10	55 %
Siempre	5	28 %
Aparece y desaparece	3	17 %
Total	18	100 %

Fuente: Patronato del Concejo Provincial.

Elaborado por: Alba R. Marcillo C.

Gráfico N° 3: Con qué intensidad o frecuencia aparece.



Fuente: Patronato del Concejo Provincial.

Elaborado por: Alba R. Marcillo C.

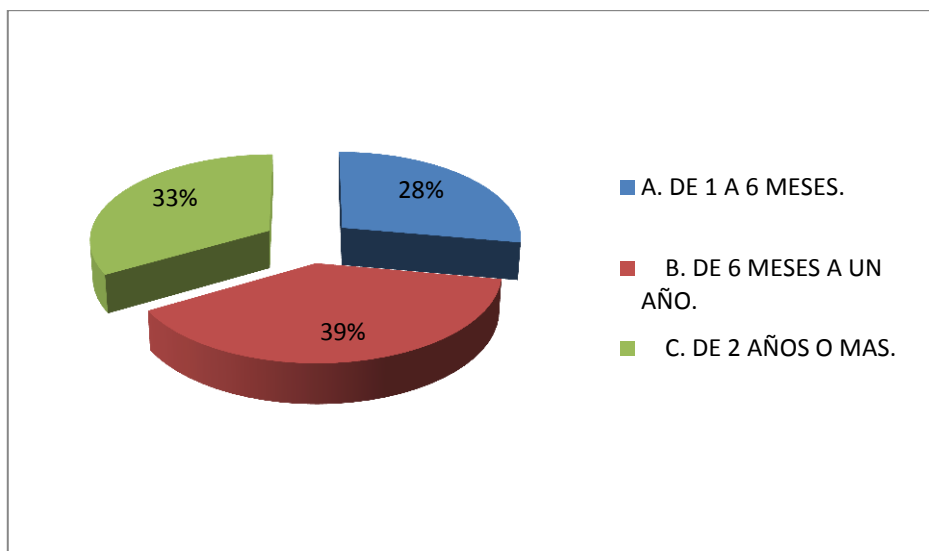
Tabla Nº 4: Se acuerda desde que tiempo tiene estos problemas.

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
De 1 a 6 meses	5	28 %
De 6 meses a un año	7	39 %
De 2 años o más	6	33 %
Total	18	100 %

Fuente: Patronato del Concejo Provincial.

Elaborado por: Alba R. Marcillo C.

Gráfico Nº 4: Se acuerda desde que tiempo tiene estos problemas.



Fuente: Patronato del Concejo Provincial.

Elaborado por: Alba R. Marcillo C.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1. CONCLUSIONES.

- 1) Las patologías prevalentes y asociadas a los quistes dentales, fueron: Patología pulpar con bacterias en 50 pacientes (45 %), restos dentarios en 28 pacientes (25 %), acumulación de sangre en 17 pacientes (16 %) y, traumatismo facial en 15 pacientes (14%).
- 2) Se concluyen los resultados de la investigación, para ser entregados al Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo.

5.2. RECOMENDACIONES.

- 1) Se recomienda educar a los pacientes en prácticas de higiene bucal más frecuente y con mejor técnica y que los profesionales odontólogos, realicen controles periódicos de los tratamientos realizados a los pacientes por medio de placas radiográficas.
- 2) Se recomienda que los pacientes realicen visitas más frecuentes al profesional odontólogo, para que frente a cualquier problema relacionado con quiste dentales, se tratado a tiempo y de forma menos traumática para el paciente.
- 3) Se recomienda compartir los resultados de la investigación con los profesionales del Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo.

6. BIBLIOGRAFÍA.

- ARDA HN, AKDOGAN O, ARDA N, SARIKAYA Y. (2003) An unusual site for an intraoral Schwannoma: A case report. Am J Otoraryngol.
- BANSAL R, TRIVEDI P, SHANTI P. (2005) Schwannoma of the tongue. Oral Oncology Extra 2005.
- BHASKAR S.N. (2006) Periapical lesions-types, incidente and clinical features. Oral Surg; 21: 675.
- BRESCÓ M., BERINI L., GAY ESCODA C. (2008) Análisis retrospectivo de 132 casos de quistes radiculares: clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución. Arch Odontoestomatol; 14:575-83.
- CAVALCANTI MDE G., ANTUNES J.L. (2002) 3D-CT imaging processing for qualitative and quantitative analysis of maxillofacial cysts and tumors. Pesqui Odontol Bras; 16(3):189-94.
- CEBALLOS SALOBREÑA A. (2004) Quistes de los maxilares. En: Bascones Martínez A.
- DUDIC Y. (2003) Schwannoma of the floor of the mouth. Schwannoma of the floor of the mouth. Otolaryngol Head Neck Surg.
- JORDAN RC, REGEZI J. (2003) Oral spindle cell neoplasms: A review of 307 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.
- MARTÍN-GRANIZO LÓPEZ (2002) Tratado de Odontología del Residente III. Madrid. Pág.: 449-456. Smith-Kline-Beecham.
- PETERSON L.W. (2002) Quistes de los huesos y los tejidos blandos de la cavidad oral y de las estructuras contiguas. En: Kruger G.O. Cirugía buco-maxilofacial. 5ta ed. Ciudad de La Habana: Edición Revolucionaria.
- SALINAS SÁNCHEZ, J. Y COLS. (2007) Fracturas dentoalveolares. Cirugía Oral y Maxilofacial. Manual del Residente. Autores: Martín-Granizo López. Pág.: 457-466. Smith-Kline-Beecham.
- SANTANA GARAY J.C. (2005) Quistes y tumores odontogénicos de los maxilares. En: Atlas de Patología del Complejo bucal. 1raed. Ciudad de la Habana: Científico-técnica.
- YANG SW, LIN CY. (2003) Schwannoma of the upper lip: Case report and literature review. Am J Otolaryngol.

7. ANEXOS.

ENCUESTA.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE ODONTOLOGÍA

ENCUESTA SOBRE PATOLOGIAS QUE PUEDEN PRODUCIR QUISTES DENTALES.

ABIERTAS

MARQUE CON UNA X LO QUE UD CREA CONVENIENTE.

1.- HA TENIDO ALGUNOS DE LOS PROBLEMAS QUE A CONTINUACION SE MENCIONAN EN SU CAVIDAD BUCAL.

- A. DOLOR DE ALGUN DIENTE POR CARIES.
- B. SE LE HA FRACTURADO ALGUN DIENTE.
- C. SE HA REALIZADO ENDODONCIA.
- D. A SENTIDO ALGUNA FISTULA EN LA ENCIA.


2.- CON QUE INTENSIDAD O FRECUENCIA APARECE.

- A. NUNCA
- B. DE VEZ EN CUANDO.
- C. SIEMPRE.
- D. APARECE Y DESAPARECE.

3.- SE ACUERDA DESDE QUE TIEMPO TIENE ESTOS PROBLEMAS.

- A. DE 1 A 6 MESES.
- B. DE 6 MESES A UN AÑO.
- C. DE 2 AÑOS O MÁS.

APERTURA DE HISTORIA CLINICAS.



Ministerio de Salud Pública

DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD N° 06 D 01 CHAMBO - RIOBAMBA

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA
	Erika Maria	Chimbo Tixi	F	33	0019

MENOR DE 1 AÑO	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS PROGRAMADO	10 - 14 AÑOS NO PROGRAMADO	15 - 19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	<input checked="" type="checkbox"/>	EMBARAZADA
----------------	------------	-----------------------	----------------------------	--------------	------------------	-------------------------------------	------------

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

Control Odontológico

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SÍNTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

Dolor muelitas

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIHUSIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Sin antecedentes.

4 SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA min.	TEMPERATURA °C	F. RESPIRAT. min.

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A.T.M.	12. GANGLIOS				

Sin Patología Arcos dentales
Arcos Residuales parapi.eol.

6 ODONTOGRAMA PINTAR CON: AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL
MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1,2 ó 3), SI APLICA

<p>RECESIÓN</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>MOVILIDAD</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>VESTIBULAR</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>LINGUAL</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>VESTIBULAR</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>MOVILIDAD</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>RECESIÓN</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55	54	53	52	51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	85	84	83	82	81	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48	47	46	45	44	43	42	41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>RECESIÓN</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>MOVILIDAD</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>VESTIBULAR</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>LINGUAL</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>VESTIBULAR</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>MOVILIDAD</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>RECESIÓN</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	21	22	23	24	25	26	27	28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61	62	63	64	65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	71	72	73	74	75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31	32	33	34	35	36	37	38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	17	16	15	14	13	12	11																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																		
55	54	53	52	51																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
85	84	83	82	81																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
48	47	46	45	44	43	42	41																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																		
21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																		
61	62	63	64	65																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
71	72	73	74	75																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																		

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES						
16	17	55		MODERADA	ANGLE II	MODERADA
				SEVERA	ANGLE III	SEVERA

8 INDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D	3	2	3	
d	3	2	3	
	TOTAL			

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

*rojo SELLANTE NECESARIO	⊗ PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	≡ PRÓTESIS TOTAL
*azul SELLANTE REALIZADO	△ ENDODONCIA	◻ CORONA
X rojo EXTRACCIÓN INDICADA	□ PRÓTESIS FIJA	○ azul OBTURADO
X azul PÉRDIDA POR CARIES	(—) PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo CARIES

SNS-MSP / HCU-form. 033/ 2008

ODONTOLOGÍA (1)



10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL				
BIOMETRIA	QUÍMICA SANGUÍNEA	RAYOS - X	OTROS	
Educativo = Educación sobre higiene Oral.				
Prevención Tratamiento de Quistes de los...				

11 DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO	CIE	PRE DEF	CIE	PRE DEF
DEF-DEFINITIVO						
1				3	-	-
2				4	-	-

FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA	NÚMERO DE HOJA
		Abto. Maricela Casar		[Firma]	

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN 1 FECHA	Patologías.	D 0150 Aperturo H D. 1130 Charte		CÓDIGO FIRMA [Firma]
SESIÓN 2 FECHA	Exclusión.	# 24		CÓDIGO FIRMA [Firma]
SESIÓN 3 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 4 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 5 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 6 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 7 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 8 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 9 FECHA				CÓDIGO FIRMA

FOTOGRAFÍAS DE LA INVESTIGACIÓN.



Foto Dra. Priscila Macías. Jefa del Área de Salud. Fuente: Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo.

Elaborado por: Alba R. Marcillo



Fuente: Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo.

Elaborado por: Alba R. Marcillo



Fuente: Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo.
Elaborado por: Alba R. Marcillo



Fuente: Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo.
Elaborado por: Alba R. Marcillo C .2013-2014



Fuente: Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo.

Elaborado por: Alba R. Marcillo C .2013-2014



Fuente: Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo.

Elaborado por: Alba R. Marcillo C .2013-2014



Fuente: Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo.
Elaborado por: Alba R. Marcillo C .2013-2014



Fuente: Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo.
Elaborado por: Alba R. Marcillo C .2013-2014

FOTOGRAFIAS DE PACIENTES CON QUISTES DENTAL



Fotos de quistes radícula .2.2.52..Fuente: Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo.

Elaborado por: Alba R. Marcillo C .2013-2014



Rx de quistes radícula .2.2.52..Fuente: Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo.

Elaborado por: Alba R. Marcillo C .2013-2014



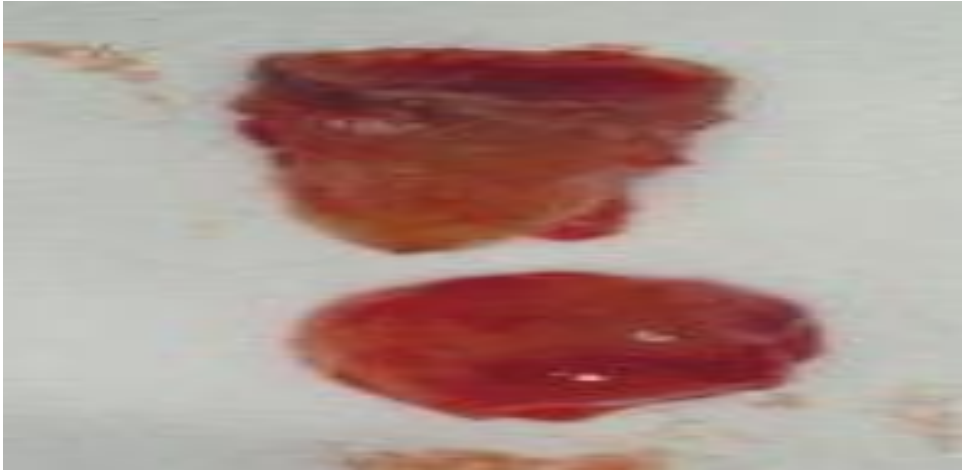
Fotos de quistes radícula .2.2.52..Fuente: Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo.

Elaborado por: Alba R. Marcillo C .2013-2014



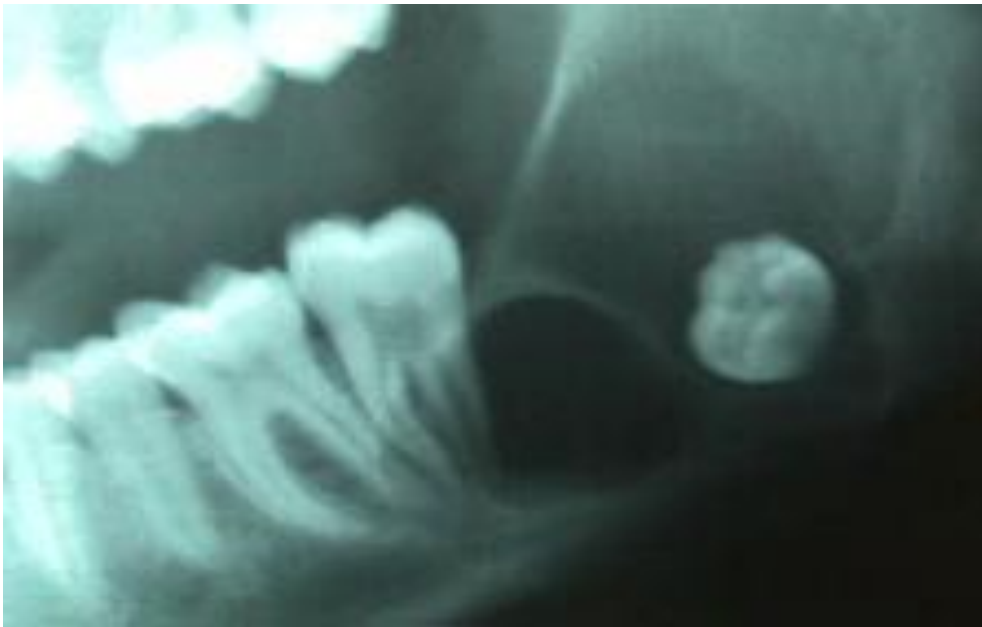
Fotos de quistes radícula .2.2.52..Fuente: Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo.

Elaborado por: Alba R. Marcillo C .2013-2014



Fotos de queratoquistes .2.2.52..Fuente: Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo.

Elaborado por: Alba R. Marcillo C .2013-2014



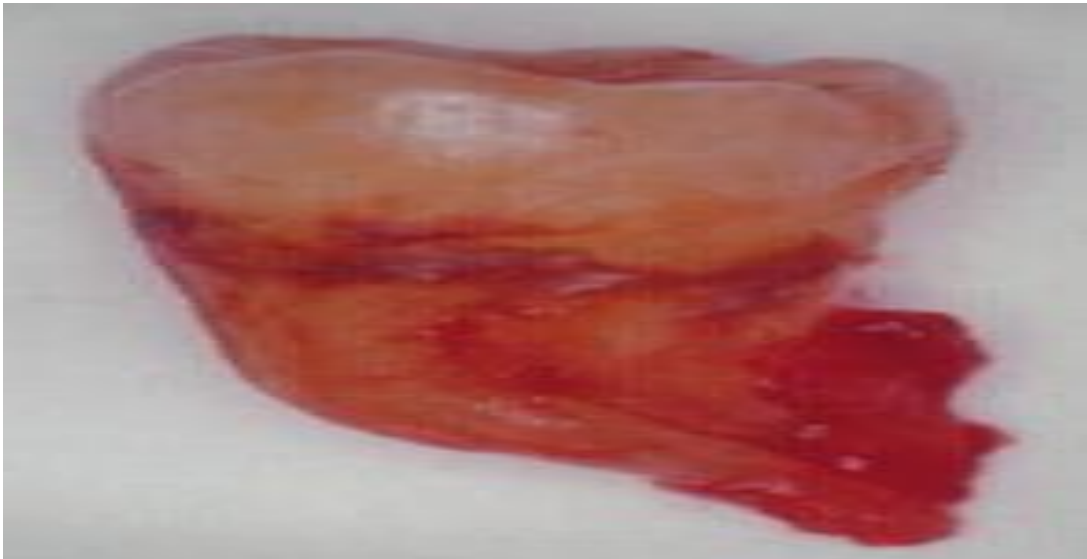
Rx de queratoquistes .2.2.32..Fuente: Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo.

Elaborado por: Alba R. Marcillo C .2013-2014

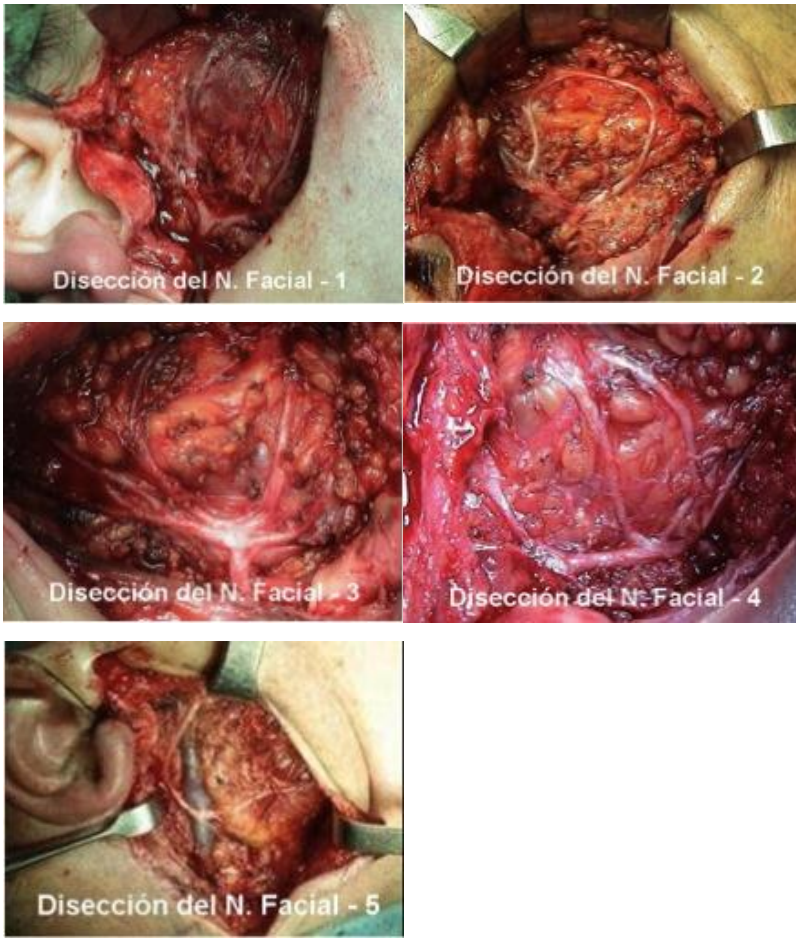


Fotos De quistes periodontal lateral .2.2.3.5..Fuente: Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo.

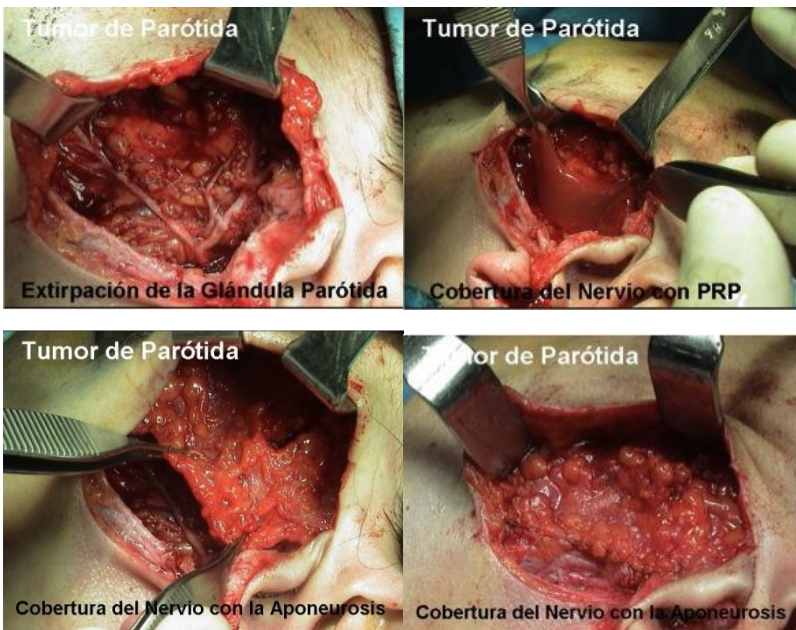
Elaborado por: Alba R. Marcillo C .2013-2014



Fotos De quistes periodontal lateral .2.2.3.5..Fuente: Patronato del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo.



Fotos de Dissección del Nervio Facial



Fotos de Reconstrucción tras Parotidectomía

CERTIFICADO DE LA INSTITUCIÓN.

	GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PROVINCIA DE CHIMBORAZO	
Oficio N° G.P.CH. –T. H. 2014-067 Riobamba, 31 de Enero de 2014		
<i>Asunto: Carta de Aceptación</i>		
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD		
Doctora Katty Llora DIRECTORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA Presente.-		
De mi consideración:		
Dando contestación a oficio suscrito por la señora ALBA REGINA MARCILLO CUSME , portadora de la cédula de ciudadanía Nro. 171387304-8, egresada de la Carrera de Odontología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH), me permito informar que la petición para que realice el desarrollo de la investigación de la Tesina Titulada " PATOLOGIAS BUCODENTALES ASOCIADAS A LOS QUISTES DENTALES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL PATRONATO DEL GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PROVINCIA DE CHIMBORAZO EN EL PERIODO DE DICIEMBRE DE 2013 A ABRIL DEL 2014 "; ha sido aprobada; por lo que nos comprometemos a brindar toda información para el desarrollo de la misma.		
Muy Atentamente		
		
Ldo. David Zarate JEFE UNIDAD TALENTO HUMANO		
D.Z.Z./Flor Oruzco.-		
CHIMBORAZO MULTICOLOR Dir: Tra Constituyente y Carabobo - Riobamba Teléfonos: 2942619 -- 2969887 ext. 110 / 111 fax: 2947397 www.chimborazo.gov.ec		