

“ FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE QUISTES Y TUMORES ODONTOGÉNICOS EN EXPEDIENTES DE PACIENTES QUE INGRESARON A LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA Y CIRUGÍA MÁXILOFACIAL DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS EN LOS AÑOS 1995-1998.”

TESIS PRESENTADA POR

JACQUELINE KARINA GÓMEZ VEGA

ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

GUATEMALA, NOVIEMBRE DEL 2001

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL
09
T (1593)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DECANO:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
VOCAL PRIMERO:	Dr. Manuel Miranda Ramírez
VOCAL SEGUNDO:	Dr. Alejandro Ruíz Ordóñez
VOCAL TERCERO:	Dr. César Mendizábal Berganza
VOCAL CUARTO:	Br. Edgar Areano Berganza
VOCAL QUINTO:	Br. Sergio Pinzón Cáceres
SECRETARIO:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

DECANO:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
VOCAL PRIMERO:	Dr. César Mendizabal Girón
VOCAL SEGUNDO:	Dra. Anabella Corzo Marroquín
VOCAL TERCERO:	Dr. Luis Felipe Paz García
SECRETARIO:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

ACTO QUE DEDICO

DIOS:

Fuente inagotable de sabiduría, esperanza y gloria que ilumina mi camino. Que mi triunfo no sea un orgullo sino una alabanza a él.

MIS PADRES:

Gracias por todo su amor, por llenar mi vida de satisfacciones, por ser ejemplo de lealtad, constancia, perseverancia y dedicación. Con todo mi amor, respeto y admiración, Mil gracias.

MIS HERMANAS:

Con especial cariño, que Dios las bendiga.

MI FAMILIA EN GENERAL:

Por ser ejemplo de unión, comprensión y alegría.

A MARIEL MENDOZA:

Por ser ejemplo de bondad, lealtad, comprensión y amistad incondicional.

A MIS AMIGOS:

Paola Sandoval, Carla Vivas, Erika Chacón, Evelyn Sánchez, José Molina, Pablo Vasquez, Erick Escobedo. Valuartes inquebrantables de cariño, apoyo y comprensión. Gracias por compartir tantos momentos felices.

TESIS QUE DEDICO

MI PATRIA GUATEMALA:

Porque su primavera siga siendo eterna.

LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA: Alma máter de mi carrera.

DR. JULIO ARROYO MORA:

Con especial cariño, respeto y admiración, gracias por su constante apoyo y comprensión a lo largo de mi carrera.

MI ASESORA:

Dra. Diana Anabella Corzo Marroquin gracias por su paciencia y guía a lo largo de mi carrera.

LICDA. PERLA URZÚA DE BARQUIN:

Con mucho cariño y respeto, gracias por tu amistad y apoyo incondicional.

DR. DANILO LÓPEZ PANTOJA:

Un sincero cariño, por ser ejemplo de constancia y dedicación, por sus sabios y cabales consejos. gracias por su paciencia y apoyo para culminar mi carrera.

AL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD DE JACALTENANGO, HUEHUETENANGO:

Con especial aprecio y admiración por la labor que desempeñan al velar por la salud y el bienestar de la comunidad. Gracias por haberme otorgado todas las facilidades para realizar mi ejercicio profesional supervisado (E.P.S.) y por todos los momentos compartidos, los cuales son inolvidables.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a vuestra consideración mi trabajo de tesis titulado **“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE QUISTES Y TUMORES ODONTOGÉNICOS EN EXPEDIENTES DE PACIENTES QUE INGRESARON A LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA Y CIRUGÍA MÁXILOFACIAL DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS EN LOS AÑOS 1995-1998”**, conforme lo demandan los estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos, previo a optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

Quiero expresar mi agradecimiento a la Dra. Anabella Corzo Marroquin y al Dr. Julio Arroyo Mora por su valiosa colaboración en la realización de este trabajo de tesis.

Y a ustedes honorables miembros del Tribunal Examinador reciban mis más altas muestras de consideración y respeto.

ÍNDICE

SUMARIO	1
INTRODUCCIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
JUSTIFICACIONES	5
OBJETIVOS	6
REVISIÓN DE LITERATURA	8
VARIABLES DEL ESTUDIO	38
METODOLOGÍA	42
RESULTADOS	43
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	56
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	66
LIMITACIONES	67
ANEXOS:	68
BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
BIBLIOGRAFÍA	71

SUMARIO

En este estudio se da a conocer la frecuencia y características clínicas de quistes y tumores odontogénicos en una revisión de 57 expedientes de pacientes que ingresaron a los servicios de Odontología y Cirugía Máxilofacial del Hospital General San Juan de Dios en los años 1995-1998. Se utilizó una boleta de recolección de datos preparada para este estudio, se clasificaron las lesiones de acuerdo al sexo más afectado, a la edad, etnia, motivo de consulta, áreas de la cavidad bucal mayormente afectadas, características clínicas y roentgenográficas, tipo de tratamiento efectuado y la recurrencia de las lesiones post-tratamiento entre otras. Con los resultados obtenidos se mostró que los quistes y tumores de origen odontogénico afectan más a pacientes de sexo femenino, la mayoría se diagnosticaron entre el rango de edad de 11 a 30 años, siendo más frecuentes en el maxilar inferior. Además el motivo de consulta más frecuente fueron pacientes referidos de clínicas particulares y privadas en donde se diagnosticó alguna de las lesiones estudiadas y de esta manera fueron referidos al hospital. Solamente 4 de los 57 casos presentó recurrencia y dos de ellos causaron la muerte de los pacientes. Esta información servirá como una fuente de consulta de fácil lectura y comprensión que proporciona datos clínico-epidemiológicos que pueden ser de utilidad en el campo de la Patología Bucal, especialmente para el mejor desarrollo de la docencia durante la formación del odontólogo y como fuente de consulta en

relación con los casos de quistes y tumores odontogénicos existentes en la población guatemalteca sirviendo como una base en la que se podría apoyar algunos aspectos del proceso docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, actualmente no se cuenta con ello.

INTRODUCCIÓN

En este estudio se da a conocer la frecuencia y características clínicas de quistes y tumores odontogénicos en expedientes de pacientes que ingresaron a los servicios de Odontología y Cirugía Máxilofacial del Hospital General San Juan de Dios durante los años de 1995 a 1998; con este estudio se da a la Patología y a la Medicina Bucal la importancia que reviste en el quehacer diario del odontólogo, tanto general como también el de especialidad. Además servirá como una fuente de consulta de fácil lectura y comprensión que proporcione datos clínico-epidemiológicos que pueden ser de utilidad en el campo de la Patología Bucal, especialmente para el mejor desarrollo de la docencia durante la formación del odontólogo y que se utilice como fuente de consulta en relación con los casos de quistes y tumores odontogénicos existentes en la población guatemalteca funcionando como una base de datos en la que se podría apoyar algunos aspectos del proceso docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, actualmente no se cuenta con ello.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los quistes y tumores odontogénicos provienen de la lámina dentaria o cualquiera de sus derivados por lo que son exclusivos de la mandíbula y el maxilar. Las lesiones de este grupo varían desde las proliferaciones hamartomatosas hasta tumores malignos con capacidad de producir metástasis, pueden ser persistentes, extremadamente agresivos por lo que pueden causar deformaciones; por ello, la comprensión de la conducta biológica y clínica de estas lesiones es una condición indispensable para poder hacer un diagnóstico temprano y elegir el tratamiento adecuado. Por lo anterior considero necesario realizar este estudio con el cual se obtuvo información acerca de la frecuencia de quistes y tumores odontogénicos recopilando datos de expedientes de pacientes tratados en los servicios de Odontología y Cirugía Máxilofacial del Hospital General San Juan de Dios de 1995-1998; se clasificaron de acuerdo al sexo más afectado, a la edad, áreas de la cavidad bucal mayormente afectadas, síntomas intra y extraorales, características clínicas y roentgenográficas, tipo de tratamiento efectuado y la recurrencia de las lesiones pos-tratamiento.

JUSTIFICACIONES

Con la elaboración de este trabajo de investigación se da a la Patología y Medicina Bucal la importancia que tiene en el quehacer diario del odontólogo, sabiendo que algunos tipos de patologías a estudiar presentan un período de evolución corto y agresivo; y algunos de éstos se transforman en malignos, poniendo en riesgo la vida del paciente, alterando al mismo de forma esto-cosmética, económica y social.

Además servirá como una fuente de consulta de fácil lectura y comprensión que proporcione datos reales y útiles sobre la frecuencia y localización de los tipos de quistes y tumores odontogénicos así como de sus características clínicas y radiológicas; conocimiento que servirá como base de apoyo a algunos aspectos del proceso docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, ya que actualmente no se cuenta con ello.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia, características clínicas y radiológicas de quistes y tumores odontogénicos en expedientes de pacientes que ingresaron a los servicios de Odontología y Cirugía Máxilofacial del Hospital General San Juan de Dios en los años 1995-1998.

Dar a la Patología y Medicina Bucal la importancia que reviste en el quehacer diario del odontólogo, tanto general como especialista, aportando datos clínico-epidemiológicos que pueden ser de utilidad en el campo de dicha patología; especialmente para la docencia y durante la formación del odontólogo, y que además sirva como fuente de consulta en relación a los casos de quistes y tumores odontogénicos existentes en la población guatemalteca.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Establecer cuales son los quistes y tumores odontogénicos más frecuentes, registrados en expedientes de pacientes que ingresaron a los servicios de Odontología y Cirugía Máxilofacial del Hospital General San Juan de Dios en los años 1995-1998.
2. Clasificar los quistes y tumores odontogénicos más frecuentes, por edad.
3. Clasificar los quistes y tumores odontogénicos más frecuentes, por sexo.
4. Establecer cuál es el motivo de consulta predominante en pacientes que presentaron algún tipo de quiste o tumor odontogénico.
5. Determinar la frecuencia de los quistes y tumores odontogénicos, por etnia.
6. Clasificar los quistes y tumores odontogénicos de acuerdo a la asociación a piezas dentarias.
7. Clasificar los quistes y tumores odontogénicos según su localización dentro de la cavidad bucal.
8. Establecer la frecuencia de los quistes y tumores odontogénicos, de acuerdo al lugar de procedencia de los pacientes.
9. Clasificar los quistes y tumores odontogénicos, de acuerdo a sus características clínicas.
10. Clasificar los quistes y tumores odontogénicos, de acuerdo a sus características radiológicas.

REVISIÓN DE LITERATURA

Una parte importante de la Odontología es el estudio de los trastornos del desarrollo y del crecimiento, ya que el dentista desempeña un papel importante en el diagnóstico y tratamiento de quistes y tumores de tipo odontogénico. Aunque estas lesiones solo constituyen una parte de las entidades patológicas que el odontólogo ve, son de suma importancia, puesto que poseen una potente capacidad para poner en peligro la salud y vida del paciente.

Los tumores que derivan de los tejidos odontógenos forman un grupo de distintas lesiones no usuales. Esta multiformidad refleja el complejo desarrollo de las estructuras dentales, debido a que todos los tumores se originan de alguna aberración del patrón normal de odontogénesis; algunas de las lesiones que se examinan aquí, representan sólo alteraciones menores en la odontogénesis y no neoplasias verdaderas. Se incluyen los quistes odontógenos porque también representan una aberración en alguna etapa de la odontogénesis, y de hecho pueden estar asociados de manera íntima con el desarrollo de ciertos tumores odontógenos. (15)

DEFINICIÓN DE QUISTES Y TUMORES ODONTOGÉNICOS:

QUISTE: Se define como una cavidad tisular patológica no desarrollada por acumulación de pus y que a menudo, pero no siempre, se encuentra revestida de epitelio. El 90% de los quistes de los maxilares son odontogénicos, es decir, derivan del epitelio dental o de sus restos. (4)

Por lo general los quistes son asintomáticos y se descubren como imágenes radiolúcidas en exámenes radiológicos de rutina. En ocasiones producen dolor asociado a infección secundaria o a hemorragia. En la mandíbula pueden desplazar progresivamente el paquete vasculo nervioso dental inferior, con casos aislados de anestesia o parestesia. Por lo común el crecimiento de estas lesiones es lento, pudiendo perforar las corticales óseas, en cuyo caso producen crepitación a la palpación; también pueden alcanzar gran tamaño y ocasionar una asimetría facial. Los dientes afectados por el quiste suelen ser vitales, excepto en el caso de los quistes radiculares, en los que el diente responsable nunca es vital (4). Aún suele aceptarse la clasificación de quistes maxilares epiteliales de la OMS, de 1971, que diferencia los que surgen de la lámina dental (quistes odontógenos) de los que no son de origen odontógeno, y los que resultan de un proceso inflamatorio de los que aparecen de manera "autónoma". (4)

TUMORES ODONTÓGENICOS: Los tumores odontogénicos forman un complejo grupo de lesiones de los maxilares que derivan de los tejidos formadores de los dientes. Algunas de estas lesiones son verdaderas neoplasias, pero otras son probablemente hamartomas o displasias y pueden ser benignas o malignas, e incluso, algunas benignas tienen un comportamiento local agresivo, como ocurre con el ameloblastoma.

(4)

Para la mayor parte de estas lesiones, no han cambiado las descripciones e ilustraciones incluidas en la clasificación de 1971 de la OMS de neoplasias y otros tumores relacionados con el aparato odontogénico. (4) Aunque en clasificaciones más recientes suelen incluirse las categorías de tumor odontogénico escamoso y tumor odontogénico de células claras; también se ha descartado la categoría de dentinoma (un tumor muy raro del epitelio odontogénico caracterizado por la formación de dentina displásica como única alteración inductiva). (9)

La presente revisión de literatura estudiará los siguientes aspectos en cada una de las lesiones: Sinónimo, definición, frecuencia, características clínicas y radiológicas, tratamiento, pronóstico y recurrencia.

CLASIFICACIÓN DE LA OMS DE QUISTES Y TUMORES ODONTOGÉNICOS (4)

QUISTES ODONTOGÉNICOS:

- ✧ Queratoquiste odontógeno (antes quiste primordial)
- ✧ Quiste folicular; quiste de erupción
- ✧ Quiste alveolar de lactantes; quiste gingival de adultos
- ✧ Quiste periodontal lateral del desarrollo
- ✧ Quiste folicular inflamatorio
- ✧ Quiste radicular
- ✧ Quiste periodontal lateral inflamatorio

TUMORES ODONTOGÉNICOS:

- ✧ Ameloblastoma
- ✧ Tumor odontógeno adenomatoide
- ✧ Tumor odontógeno epitelial calcificante
- ✧ Tumor odontógeno escamoso

- ⊗ Tumor odontógeno de células claras
- ⊗ Quiste odontógeno calcificante
- ⊗ Mixoma odontógeno
- ⊗ Fibroma odontógeno central
- ⊗ Displasia cemental periapical
- ⊗ Cementoma gigante múltiple familiar
- ⊗ Fibroma cementificante
- ⊗ Cementoblastoma
- ⊗ Fibroma ameloblástico
- ⊗ Fibroodontoma ameloblástico
- ⊗ Odontoma compuesto y complejo

QUERATOQUISTE ODONTÓGENO

Esta lesión se conoce también con el nombre de quiste primordial, quiste odontogénico, o quiste folicular. Desarrolla en los maxilares en áreas donde se forman piezas dentarias o bien en posición distal a la tercera molar. Los queratoquistes son más frecuentes en el maxilar inferior, especialmente en la región de molares, y con frecuencia se extienden a la rama ascendente. Generalmente no están en relación con piezas dentarias, pero ocasionalmente se encuentran en el área donde ha dejado de formarse un diente. Se ha sugerido que estos quistes se originan de la lámina dentaria o de sus restos. (7,13)

Los queratoquistes pueden ocurrir a cualquier edad pero la mayoría se presenta con mayor frecuencia en la mandíbula, entre los 10 y los 30 años. En todas las series hay una predilección por presentarse en el sexo masculino 1.79:1 femenino. Puede ser asintomático, o manifestarse por un aumento lento de tamaño del maxilar con migración o sin ella, de dientes que presentan vitalidad. Es indoloro. La mayoría de los queratoquistes son lesiones aisladas pero pueden aparecer quistes múltiples idénticos como parte del síndrome del nevus basocelular, costilla bífida, espina bífida oculta o de Gorlin. (7, 10, 13)

Roentgenológicamente, se encuentra una lesión unilocular o multilocular y los límites de los espacios quísticos son a menudo festoneados u ondulados.

La imagen roentgenológica del quiste puede estar superpuesta a la de una o más piezas dentarias, dando una falsa apariencia de quiste dentífero. (7)

El tratamiento del queratoquiste odontógeno es quirúrgico, sin embargo, es difícil de eliminar en su totalidad debido a que su pared es muy delgada y se rompe fácilmente y también a la presencia frecuente de prolongaciones angostas de la pared quística, que se extienden hacia el tejido adyacente. (7)

Los queratoquistes manifiestan una clara tendencia a recurrir, habiéndose comunicado residivas en 60% de los casos. Estas recurrencias se presentan generalmente hacia los 5 años después del tratamiento, aunque un número importante de casos lo hace después de los 8 años. Por lo tanto, los pacientes deben controlarse periódicamente con roentgenogramas por un lapso no menor de 5 años. (7, 10)

Se ha comunicado transformación maligna en el epitelio de quistes primordiales.

Algunos autores consideran que el llamado quiste lateral periodontario es una variante de queratoquiste. (7)

QUISTE DENTÍGERO

El quiste dentífero, también llamado quiste folicular o quiste de erupción, es el más frecuente de los quistes odontógenos después del radicular. Por definición, el quiste

dentígero debe relacionarse con la corona de un diente permanente normal o supernumerario en desarrollo o sin erupcionar y muy rara vez de una pieza primaria. (7, 15)

Se desarrolla por la acumulación, de líquido entre el órgano del esmalte remanente y la corona del diente subyacente. El órgano del diente residual o epitelio del esmalte reducido forma una de las superficies que limita el quiste y la corona del diente maduro la otra. (7)

Clínicamente aún cuando pueden presentarse en relación con cualquier pieza dentaria la tercera molar inferior y el canino superior son las piezas más a menudo afectadas, seguidas por la tercera molar superior y la segunda premolar inferior, que corresponden a las zonas en las que los dientes se retienen con mayor frecuencia. La mayor incidencia de quistes dentígeros se produce durante la segunda y tercera décadas de la vida, predomina en pacientes de sexo masculino en una proporción de 1.6: 1 con respecto a las mujeres. (4, 14, 15)

El quiste dentígero es potencialmente capaz de convertirse en una lesión agresiva.

La expansión del hueso con la subsecuente asimetría facial, desalojo de los dientes, intensa reabsorción radicular de los dientes adyacentes y el dolor por compresión de nervios son secuelas posibles provocadas por el continuo agrandamiento del quiste. (15)

Thoma, clasifica los quistes dentígeros en tres tipos; central, lateral y circunferencial, de acuerdo a la posición del quiste en relación a la corona del diente. En el central, el quiste rodea la corona en forma simétrica; en el lateral, ocupa una posición mesial o distal a la pieza dentaria; y en el circunferencial, rodea el cuello del diente que ha hecho erupción a través del espacio quístico. (7,14, 15)

Un tipo específico de quiste que se clasifica como un tipo de quiste dentígero se asocia frecuentemente con dientes deciduos o permanentes erupcionados en niño. Muchas veces se le ha denominado "Quiste de Erupción" o "Hematoma de Erupción". (12,15)

El quiste de erupción afecta a una o varias piezas dentarias al mismo tiempo, y puede ser unilateral o bilateral. Se han observado casos presentes al nacimiento en relación con dientes neonatales. Clínicamente el quiste de erupción se presenta como una prominencia semiesférica en la región del reborde alveolar que corresponde a la pieza afectada. Es totalmente extraóseo y está cubierto por mucosa de superficie y apariencia normales. Sin embargo cuando ha ocurrido hemorragia en el interior de la cavidad quística y se transluce el color de la sangre se observa una coloración azulada púrpura.

En estos casos se conoce también como quiste hemorrágico. No deben confundirse estas lesiones con los hematomas de erupción que pueden ocurrir en la misma región. La consistencia del quiste de erupción es fluctuante como en todo quiste de tejido blando. (14,13)

El diagnóstico diferencial de una lesión radiolúcida pericoronar debe incluir, además del quiste dentígero, el ameloblastoma, también debe considerarse en el diagnóstico diferencial la transformación ameloblástica de la cubierta del quiste dentígero. (9,15)

Aspectos radiológicos: El examen radiográfico del maxilar que está afectado por un quiste dentígero revelará una área radiolúcida asociada de alguna manera con una corona dental no erupcionada. El quiste dentígero es una lesión lisa, unilocular pero en ocasiones puede presentarse como una apariencia multilocular. En caso de que existan quistes dentígeros aparentemente múltiples se debe tener cuidado de descartar la posible presencia de un Síndrome de Queratoquiste Odontógeno- Nevo de Células Basales –Costilla Bífida. (4,7,12,15)

Tratamiento: Según Shafer el tratamiento del quiste dentígero se determina por lo regular según su tamaño. Las lesiones más pequeñas se quitan quirúrgicamente en toda su totalidad con muy poca dificultad. Los quistes más grandes que conllevan una gran pérdida de hueso y lo adelgazan de manera peligrosa, con frecuencia son tratados mediante la inserción de un drenaje quirúrgico o marzupialización.

Este procedimiento origina el alivio de la presión y el gradual encogimiento del espacio quístico por aposición periférica de hueso nuevo. A menudo es necesario dicho procedimiento debido al peligro potencial de fractura del maxilar si se intenta una extirpación quirúrgica completa. (15)

La recurrencia es relativamente poco frecuente, a menos que haya habido fragmentación de revestimiento quístico y que se haya permitido que se quedaran los remanentes. Si la lesión es un queratoquiste, la posibilidad de una recurrencia aumenta notablemente. (13,15)

Hay diversas complicaciones potenciales relativamente graves provenientes del quiste dentígero, además de la posibilidad de recurrencia después de realizar una remoción quirúrgica incompleta. Estas incluyen: 1) desarrollo de un ameloblastoma, ya sea a partir del epitelio de revestimiento o de los restos del epitelio odontógeno en la pared del quiste; 2) desarrollo de un carcinoma epidermoide a partir de las mismas dos fuentes de epitelio; y 3) el desarrollo de un carcinoma mucoepidermoide, básicamente de un tumor maligno de glándulas salivales, a partir del epitelio de revestimiento del quiste dentígero, el cual contiene células secretoras de moco, o al menos células que presentan este potencial, vistas con más frecuencias en los quistes dentígeros asociados con terceros molares mandibulares impactados. (15)

QUISTE GINGIVAL DEL ADULTO

Es un quiste poco común del tejido gingival blando, que se presenta tanto en la enclía libre como en la adherida.(4)

Aspectos clínicos. El quiste gingival puede presentarse a cualquier edad, pero es más común en los adultos. En la revisión de varias bibliografías, la mayoría de casos encontrados fueron en pacientes mayores de 40 años de edad. La edad promedio es de 48 años. La localización de la lesión siguió de cerca a la del quiste periodontal lateral, la mayoría se encontraron en la región mandibular de premolares- incisivos caninos y en el área del incisivo lateral maxilar. (4,5)

Por lo general, esta lesión aparece como un abultamiento pequeño no doloroso, bien circunscrito de la encía que algunas veces, se asemeja mucho a un mucocele superficial. La lesión es del mismo color que la mucosa normal adyacente y rara vez mide más de 1 cm. de diámetro, por lo general mide mucho menos. Aunque puede presentarse en la encía libre o en la adherida, algunos quistes gingivales aparecen en las propias papilas gingivales. (7)

Aspectos radiológicos. El quiste gingival es una lesión de tejido blando y no se manifiesta generalmente en la radiografía dental.

Si se agranda a un tamaño mayor causa erosión superficial de la placa cortical del hueso, pero sin ser visible en la radiografía. (7)

Tratamiento. Por lo regular se recomienda la escisión quirúrgica local de la lesión en los adultos; ésta no tiende a recurrir. Nunca se ha sabido de un potencial neoplásico.(7)

QUISTE GINGIVAL DEL RECIÉN NACIDO

Este quiste se denomina también quiste de la lámina dental del recién nacido; perlas de Epstein; nódulos de Bohn; quiste gingival de la infancia. (15)

Características clínicas. Estos quistes se manifiestan como nódulos múltiples en el reborde alveolar de los recién nacidos y como su nombre lo indica, deriva de fragmentos de la lámina dental que persisten después de la formación de los dientes en la mucosa del reborde alveolar y proliferan provocando la formación de pequeños quistes queratinizados. En la mayor parte de los casos los quistes degeneran e involucionan. Estos pequeños nódulos raras veces son mayores de 0.5 cm., son de color blanco grisáceo y de consistencia firme. Las lesiones ocurren aisladamente o en pequeños grupos, algunas veces muy numerosos, y desaparecen espontáneamente en pocos meses, probablemente por un proceso de exfoliación. (7,14)

Los quistes gingivales de la infancia son totalmente asintomáticos e inoocuos pero cuando son numerosos, pueden alarmar innecesariamente a los padres. (15)

QUISTE PERIODONTAL LATERAL DEL DESARROLLO

Son quistes foliculares laterales que se forman entre dientes maxilares caninos vitales. Antes denominados quistes globulomaxilares, pero ya no se piensa que tengan origen fisural. (9)

QUISTE RADICULAR

Esta lesión se conoce también como quiste periapical, quiste periodontario apical o quiste apical, es el quiste más frecuente de las regiones bucal y peribucal; Aunque el quiste radicular es considerado como de tipo odontogénico, su formación está directamente relacionada con un proceso inflamatorio. (7)

La etiología es una pulpitis crónica con necrosis pulpar. El quiste radicular es generalmente asintomático, comúnmente se observa como una zona roentgenoluciente raras veces mayor de un centímetro, situada en el área periapical de una pieza dentaria no vital.

Debe tenerse presente que no es posible diferenciar roentgenológicamente entre un quiste, un granuloma, y otras lesiones periapicales. La lesión tiende a permanecer pequeña y raras veces produce expansión de las corticales. Sin embargo, puede sufrir infección secundaria con síntomas de inflamación aguda. No todos los quistes apicales se encuentran en el ápice anatómico de la pieza, la presencia de conductos radiculares accesorios puede hacer variar su localización. (14,7,13,9)

Tratamiento. El quiste apical se trata por enucleación quirúrgica, combinada con tratamiento de conductos radiculares de la pieza dentaria afectada. Si no es posible el tratamiento endodóntico, debe procederse a la extracción. Un tratamiento alternativo es la endodoncia acompañada de apicectomía que permita el curetaje directo de la lesión quística. La mayoría de los quistes salen adheridos a la raíz de la pieza asociada, sobre

todo los pequeños, pero ocasionalmente pueden quedarse incluidos en el hueso, manteniendo su estructura quística y aún crecer a mayores dimensiones. Cuando se presenta esta situación se conoce con el nombre de quiste residual o quiste apical residual. (7,13)

No se produce recurrencia de la lesión cuando la extirpación es adecuada; sin embargo, si la extirpación es incompleta puede desarrollarse un quiste residual meses o años después del tratamiento inicial. Si el quiste residual o el original no reciben tratamiento, el crecimiento del mismo puede producir destrucción importante y debilidad de la mandíbula o el maxilar superior.

Cuando el tratamiento es apropiado ocurre reparación ósea completa. (7,14,9,13)

QUISTE PERIODONTAL LATERAL INFLAMATORIO

Este quiste odontogénico es una lesión poco frecuente que ocurre más a menudo en adultos y se localiza generalmente en la región de premolares inferiores, en relación con el espacio periodontario. Para ser considerado como tal, el quiste debe ser completamente extraóseo, sin comunicación con la cavidad oral y debe estar asociado a una pieza vital. (7)

Clínicamente el quiste periodontal lateral se presenta principalmente en los adultos, la edad promedio es de 50 años, y una variante entre los 22 y los 85 años. Predomina el

sexo masculino en una proporción de 67: 28 % con 5% sin determinar. Los quistes laterales periodontarios, son generalmente pequeños y rara veces producen expansión de las corticales. Las áreas más afectadas son las premolares, caninos e incisivos mandibulares. No se encontraron lesiones en otros sitios y esto también ha sido la experiencia de la mayoría de los investigadores. (7)

Características radiológicas. La mayoría de quistes periodontales laterales se descubre en exámenes roentgenológicos de rutina, como una lesión roentgenoluciente, circunscrita, en aposición a la superficie lateral de un diente radicular o también situada

comunmente entre varias raíces de dos piezas vecinas a las cuales puede desplazar ligeramente. Por lo general esta lesión es pequeña rara vez mide más de 1 cm. de diámetro. En la mayor parte de los casos el borde es definitivo e incluso está rodeado algunas veces por una capa delgada de hueso esclerótico. (7,15)

Tratamiento y pronóstico. El quiste periodontal lateral se debe retirar mediante cirugía si es posible sin extraer el diente afectado. Es especialmente importante que se establezca el diagnóstico, debido a la similitud en apariencia que presenta este quiste con otras lesiones más serias como un ameloblastoma temprano. No se ha informado que este tipo de quiste tenga tendencia a recurrir después de su escisión quirúrgica. (7,15)

TUMORES ECTODÉRMICOS DE ORIGEN ODONTÓGENO

AMELOBLASTOMA

Se conoce también como adamantinoma, adamantoblastoma y quiste multilocular. El ameloblastoma es una neoplasia verdadera que simula el órgano del esmalte del germen dentario, pero no se diferencia hasta el punto de formar tejidos mineralizados.

(15)

Robinson, lo define como un tumor generalmente unicéntrico, no funcional, de crecimiento intermitente, histológicamente benigno y clínicamente persistente. Debido a sus propiedades invasivas y su tendencia a recurrir, debe considerársele como un tumor "localmente maligno". (15)

El término ameloblastoma, fue utilizado por primera vez en 1,943 por Churchill, para reemplazar el antiguo nombre de adamantinoma acuñado por Malassez en 1885, puesto que el uso de este término implica la formación de tejidos duros.

El ameloblastoma no tiene predilección por sexo o raza alguna y el promedio de edad en la época de su descubrimiento es de 33 años. Más del 50% de los casos se presentan entre los veinte y los cuarenta años, sin embargo, este tumor puede ocurrir a cualquier edad, aún en niños. Se ha establecido que el 80% de los ameloblastomas ocurren en el maxilar inferior.

De estos, aproximadamente 70% afectan la región de molares y rama ascendente; 20%

en la región premolar; y el resto en la región de incisivos. El maxilar superior es afectado con mucho menos frecuencia, siendo la región molar el área predilecta. (4,5,12,10,15)

El ameloblastoma es un tumor de crecimiento lento, y en sus etapas iniciales es prácticamente asintomático. Con frecuencia se descubre en un examen roengenológico de rutina. Debido a su forma de crecimiento, la mayoría de ameloblastomas están presentes por mucho tiempo antes de ser descubiertos. Al crecer, el tumor causa asimetría facial progresiva, la cual a menudo es lo primero que el paciente nota; también puede quejarse de aflojamiento de los dientes como un síntoma inicial. El dolor, aún en los casos avanzados, no es un síntoma común. (5,4,15)

Clínicamente, la lesión se presenta como un agrandamiento indoloro del hueso afectado, cuya parte visible tiene la apariencia de una expansión de tamaño variable y consistencia dura. En el maxilar superior puede interesar al seno y extenderse hasta la órbita y la nasofaringe. La mucosa que cubre al tumor es generalmente de color normal y se conserva intacta aún en lesiones grandes. (4,12)

Tratamiento y pronóstico. No hay un tratamiento único para el ameloblastoma, cada caso debe analizarse por separado. La primera consideración es si la lesión es sólida-multiquística, uniuística o extraósea. Los tumores sólidos multiquísticos requieren extirpación quirúrgica porque si se utiliza curetaje, la tasa de incidencia es del 50 al 90%. En las lesiones grandes se indica extirpación o resección en bloque. En las

lesiones uniuquísticas, en especial si son pequeñas, es recomendable solo la enucleación y no se debe exagerar el tratamiento; los ameloblastomas periféricos también deben tratarse en forma conservadora. (14)

La radioterapia tiene utilidad limitada, ya que se piensa que son tumores radioresistentes. En muy pocas ocasiones se encuentran tumores malignos; por definición las lesiones malignas producen metástasis. (14)

TUMOR ODONTÓGENO ADENOMATOIDE

El tumor odontógeno adenomatoide se conoce también como adenoameloblastoma o tumor ameloblástico adenomatoide. Es más frecuente en el maxilar superior que en el inferior en una proporción de 2:1. El 70% de estos tumores se presentan en la región anterior de ambos maxilares, principalmente en área de incisivos. (15)

Tiene predilección por niños y jóvenes, la mayoría menores de 20 años. Por otra parte, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones. (15)

El tumor se inicia generalmente como una lesión central, y no origina síntomas hasta que crece lo suficiente para producir expansión y algunas veces desplazamiento de los dientes vecinos. Muchos casos han sido descubiertos en exámenes roentgenológicos de rutina. (15)

Su apariencia roentgenológica en la mayoría de los casos consiste en un área roentgenoluciente unilocular de bordes definidos, a menudo rodeando la corona y parte de la raíz de un diente retenido. Esta característica sugiere el diagnóstico de un quiste dentífero. Un número considerable de casos contienen formaciones roentgenopacas dentro del área lucente. (4,13,9)

El tratamiento del tumor odontogénico adenomatoide es simple, basta con enuclear la lesión para obtener la remoción completa del tumor. No se han encontrado casos de recurrencia. (7,9)

TUMOR ODONTOGÉNICO EPITELIAL CALCIFICANTE

Se conoce también como tumor de Pindborg. Esta lesión fue descrita por primera vez en 1946 por Thoma y Goldman, como una variante peculiar de ameloblastoma. (15)

El tumor tiene predilecciones por las regiones premolar y molar del maxilar inferior. No se ha encontrado mayor frecuencia en ninguno de los sexos. La edad de las personas afectadas oscila entre 12 y 75 años. El TOEC es una lesión de crecimiento lento e indoloro. Puede mostrar considerables variaciones en su apariencia roentgenológica. Algunos casos constituyen áreas radiolucientes difusas mientras otras presentan un patrón predominantemente osteoesclerótico. Generalmente el tumor está asociado a una pieza dentaria retenida. Se ha comunicado varios casos de TOEC extraóseo que

se han presentado como agrandamientos localizados en la encía y mucosa alveolar.(13,9)

El tratamiento es por escisión local o por enucleación, se ha señalado un 20% de recurrencias. En esta lesión odontógena no hay justificación alguna para explorar los ganglios regionales ni la radiación de seguimiento (como podría utilizarse para el carcinoma de células escamosas). (9)

TUMOR ODONTÓGENO ESCAMOSO

Se cree que este tumor se origina por la transformación neoplásica de los restos de Malassez ya que afecta el proceso alveolar. Compromete con igual frecuencia ambos maxilares, pero predomina en la región anterior del maxilar y en la región posterior de la mandíbula. En ocasiones es posible observar lesiones múltiples. (10,13)

La edad de comienzo varía desde la segunda, hasta la séptima década de la vida, aunque la mayoría se encuentra a los 40 años. No hay predilección en cuanto a sexo. En general, es asintomático, sin embargo, puede producir sensibilidad y movilidad de los dientes.

Desde el punto de vista radiográfico, la lesión está bien delimitada, tiene forma semilunar y se relaciona con las piezas dentales. (14)

El tumor es invasivo y recurre en raras ocasiones después del tratamiento conservador, el tratamiento de elección es la extirpación o curetaje de la lesión. (14)

TUMOR ODONTOGÉNICO DE CÉLULAS CLARAS

Este tumor constituido por células claras es poco frecuente, se localiza en los maxilares y afecta mujeres mayores de 60 años; desde el punto de vista local, es agresivo y está mal delimitado. Se considera que puede derivar de los restos de Malassez o de la lámina dental. Radiológicamente aparece como una transparencia de márgenes poco definidos. Dado su carácter agresivo local, debe ser eliminado quirúrgicamente con márgenes de seguridad.(10,14)

Es importante diferenciarlos de otros tumores de células claras como el carcinoma mucoepidermoide central o las metástasis de adenocarcinomas de células claras como el renal. (10,14)

QUISTE ODONTOGÉNICO CALCIFICANTE

Esta lesión es llamada también quiste de Gorlin. Es una rara lesión odontogénica incluida entre las lesiones neoplásicas benignas, que en ocasiones tiene un comportamiento agresivo. Puede ser intraóseo, extraóseo o periférico. Es una lesión

quistica con áreas odontogénicas y cúmulos de células “fantasmas” que pueden estar calcificadas (aspecto de “pimienta y sal”). (4)

Los datos clínicos no son específicos, siendo el signo más frecuente una tumefacción de consistencia variable y en general no dolorosa, por lo que muchas de las lesiones fueron descubiertas accidentalmente en un examen radiológico rutinario. Aparece en adultos jóvenes y en las zonas de soporte dental. Tanto de la mandíbula como del maxilar, por delante del área molar hasta en el 80% de los casos. La radiología muestra una lesión quística radiolúcida, unilocular u multilocular, con cuerpos radiopacos irregulares que puede asociarse a un diente incluido. El tratamiento adecuado de esta lesión es conservador con enucleación o resección local. El quiste odontogénico calcificante extraóseo o periférico es una lesión idéntica, pero totalmente periférica, que se presenta entre los 40 y los 50 años y se localiza en las áreas anteriores. (4,15)

MIXOMA ODONTÓGENO

Es un tumor odontogénico localmente agresivo constituido por células angulares o redondeadas en el seno de un abundante estroma mucoide. Esta neoplasia es diferente de los mixomas de otras localizaciones corporales y se piensa que deriva de la papila dental. (10)

Es una lesión casi exclusiva del esqueleto máxilofacial, que se localiza más a menudo en la mandíbula y en la porción posterior. Aproximadamente el 50% de los casos

aparece durante la segunda o la tercera décadas de la vida sin distinción por un sexo, aunque para algunos autores predomina en las mujeres. (10)

El lento crecimiento del tumor motiva un diagnóstico tardío en la mayor parte de los casos, lo que condiciona negativamente el pronóstico y el tratamiento. Solo provoca una tumefacción asintomática que al crecer produce deformidad facial. Radiológicamente se reconoce una transparencia multilocular con un aspecto "pompas de jabón" semejante al del ameloblastoma. En ocasiones las cavidades del mixoma muestran una trabeculación característica en "raqueta de tenis". En un número significativo de casos se asocia a un diente no erupcionado, y su aspecto lítico le puede prestar una apariencia agresiva. (10)

El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica con márgenes de seguridad. A veces, y ante tumores de gran tamaño, se requiere una amplia resección en bloque. Para algunos autores estaría indicando un tratamiento conservador en pacientes jóvenes en un intento de mantener los centros óseos de crecimiento, dejando el tratamiento radical para los casos recurrentes o muy extensos. El nivel de recurrencias de este tumor se sitúa en torno al 25%. (4,9,10)

FIBROMA ODONTÓGENO

Es una neoplasia odontogénica benigna fibroblástica con cantidades variables de epitelio odontogénico aparentemente inactivo. La edad media de los pacientes es de 40

años, con un gran predominio entre las mujeres. La lesión se desarrolla más a menudo en el maxilar y en la zona anterior al primer molar. Radiológicamente aparece como una lucidez definida, en ocasiones con áreas opacas o incluso imágenes en vidrio esmerilado. Suele provocar extensa reabsorción de las raíces de los dientes afectados. (4,9,10)

El tratamiento debe ser quirúrgico conservador, con vigilancia posterior del paciente. (4,10)

DISPLASIA CEMENTAL PERIAPICAL

Se le conoce también con múltiples nombres, entre ellos: osteofibroma periapical, osteofibrosis periapical, cementoma, fibro-osteoma localizado, displasia fibrosa periapical, osteítis condensante periapical, fibroma cementificante y cementoblastoma. (10,15)

Esta variante no constituye un verdadero neoplasma, pero se le clasifica por tradición dentro de los tumores odontogénicos. Varios autores señalan que su más probable etiología es un trauma leve y crónico, pero esto no se ha podido demostrar. (10)

La lesión ocurre generalmente en personas mayores de 30 años. Es mucho más frecuente en mujeres que en hombres, con una proporción de 9 a 1. La displasia cemental periapical es más común en la región anterior del maxilar inferior. Es

asintomática, se presenta en forma múltiple en la mayoría de los casos pero pueden ocurrir lesiones solitarias. (7,9,15)

Generalmente se descubre como un hallazgo casual en exámenes roentgenológicos de rutina. Su apariencia roentgenológica varía dependiendo en la fase en la que se encuentra la lesión. En la lesión reciente, se observa una zona roentgenoluciente circunscrita localizada en la región periapical de las piezas dentarias afectadas.

Lesiones más avanzadas presentan mineralización, lo que puede producir una imagen completamente roentgenopaca que conserva un halo roentgenoluciente en la periferie y está limitada por márgenes bien definidos. Las piezas dentarias son vitales y no requieren tratamiento alguno.

(7,9,15)

CEMENTOMA GIGANTE MÚLTIPLE FAMILIAR

También conocido como cementoma múltiple familiar, es un tumor que afecta al mismo tiempo diversas áreas de ambos maxilares y puede ocurrir en varios miembros de una familia. Es un verdadero neoplasma o bien un trastorno de desarrollo, similar a la displasia fibrosa. Se cree que es más común en mujeres de raza negra. (7,9,15)

Las lesiones producen expansión considerable de los huesos afectados, a menudo

simétrica y con una imagen roentgenológica caracterizada por múltiples masas roentgenopacas e irregulares en ambos maxilares. Cuando hay piezas dentarias en el área de la lesión, estas suelen estar unidas al tejido neoplásico por el cemento radicular. (7,9,15)

El tratamiento es esencialmente quirúrgico, pero depende del tamaño de la lesión. (7,9,15)

FIBROMA CEMENTIFICANTE

Esta lesión es también llamada fibroma cementificante. Afecta con mayor frecuencia adultos, alrededor de 40 años de edad, pero puede presentarse en un amplio espectro de edades y predomina en la mandíbula y en mujeres. Puede provocar movilidad de los dientes o expansión cortical. (9,14)

Desde el punto de vista radiológico, puede ser relativamente radiolúcido con focos opacos o bien opaco de forma difusa. Este tumor se enuclea fácilmente y no recurre. (9,14,15)

CEMENTOBLASTOMA

Se conoce también como cementoblastoma benigno o cementoma verdadero. Esta neoplasia odontogénica se caracteriza por la formación de tejido cementario y suele

presentarse como un agrandamiento óseo en la región premolar o del primer molar mandibulares en adolescentes y adultos jóvenes.

Por lo común se asocia a la raíz o las raíces de dientes permanentes y es una lesión asintomática o apenas dolorosa.

Radiológicamente aparece como una masa opaca asociada a una o más raíces, con una zona periférica radiolúcida bien definida. Debido a que tiene un potencial de crecimiento ilimitado, el tratamiento es la escisión quirúrgica con exodoncia del diente afectado y no recurre. (4,7,9,14,15)

FIBROMA AMELOBLÁSTICO

Se conoce también como tumor odontógeno mixto blando, odontoma mixto blando, fibroadamantoblastoma. (10,14)

Es un tumor odontogénico benigno. Afecta a pacientes jóvenes con una edad media de 15 años, y a ambos sexos, siendo 5 veces más frecuente en la mandíbula que en el maxilar. Clínicamente el dato común en casi todos los casos es la tumefacción inespecífica, que suele aparecer sobre todo en la región molar mandibular. (19,14)

La radiología muestra una lucidez unilocular o multilocular con márgenes bien definidos, que en ocasiones se asocia a un diente no erupcionado.

Radiológicamente se asemeja a un ameloblastoma. (4,9)

El tratamiento es quirúrgico, con un nivel variable de recurrencias en torno al 20 %.

(14,10,4,9)

ODONTOMA

Son malformaciones odontogénicas benignas o hamartomas. Son los tumores odontogénicos más comunes y se dividen en dos tipos: los odontomas compuestos y los complejos. Los complejos consisten en una masa irregular de material calcificado formado por esmalte, dentina, cemento y tejido pulpar. Los compuestos muestran una aglomeración de numerosos pequeños elementos calcificados como "dentículos"

(7,9,14)

Las dos variantes tienen un comportamiento clínico similar, son asintomáticos, y de crecimiento limitado, generalmente se descubren a la segunda o tercera década de la vida, pero se han observado casos en niños de corta edad. Ambos tipos de odontomas son más comunes en mujeres que en hombres y afectan con más frecuencia el maxilar inferior que el superior.

Sin embargo, los odontomas complejos ocurren particularmente en el área de molares, mientras que los compuestos son más comunes en la región anterior. En la mayor parte de los casos la lesión afecta la dentición permanente, pero hay informes de odontomas

en relación con la dentición primaria. Generalmente el tumor está asociado a una pieza retenida. (14,7,10,9,4,15)

Radiológicamente los odontomas complejos aparecen como una área opaca densa irregular, y los compuestos, como pequeñas opacidades. El tratamiento de estas lesiones consiste en eliminación local y curetaje. (4)

VARIABLES

1. Sexo
2. Edad
3. Etnia
4. Motivo de consulta
5. Los signos y síntomas predominantes
6. Localización anatómica de la lesión
7. Asociación a piezas dentarias
8. Tiempo de evolución
9. Diagnóstico
10. Tratamiento
11. Características clínicas
12. Características radiológicas

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

1. Variable sexo: Diferenciación biológica e identidad de género de la persona .
Indicador: El dato sobre sexo que aparece registrado en el expediente clínico, femenino o masculino.

2. Variable edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento.

Indicador: El dato sobre edad que aparece registrado en el expediente clínico, en rangos de 0 a 10 años, de 11 a 20 años, de 21 a 30 años, 31 a 40 años, 41 a más años.

3. Variable Etnia: Grupo social, cuyos miembros se auto-identifican y son identificados como pertenecientes a él.

Indicador: El dato referente al grupo étnico que al respecto aparece en el expediente clínico. Indígena, no indígena.

4. Variable motivo de consulta: Motivo por el cuál el paciente acude al hospital.

Indicador: Causa principal por la que el paciente buscó ayuda profesional, registrada en el expediente clínico.

5. Variable signos y síntomas predominantes: Conjunto de características clínicas, y datos reveladores de enfermedad aportados por el paciente.

Indicador: Expansión de corticales, cambio de coloración, ardor, dolor, supuración, sangramiento.

6. Variable localización de la lesión: Región donde se localiza la lesión.

Indicador: Lesión localizada en maxilar superior o inferior, área de molares, premolares o anteriores.

7. Variable asociación a piezas dentarias: Región anatómica de los maxilares donde se descubren cambios anormales.
Indicador: Lesiones en contacto, con piezas dentarias vitales o no vitales.
8. Variable Tiempo de evolución: Tiempo transcurrido desde el inicio de la lesión.
Indicador: El dato referente al tiempo de evolución que aparece registrado en el expediente clínico.
9. Variable Diagnóstico: Determinar el carácter de una enfermedad mediante sus signos y síntomas.
Indicador: El dato referente al diagnóstico registrado en el expediente clínico.
10. Variable Tratamiento: Sistema que se emplea para la eliminación de patologías.
Indicador: Cirugía incisional, escisional, enucleación, curetaje marsupialización, otros.
11. Variable características clínicas: Signos presentes durante la evaluación clínica.
Indicador: Pápula, nódulo, tumor, crecimiento, expansión de corticales, supuración, sangramiento, cambio de coloración, consistencia, tiempo de evolución.

12. Variable Características radiológicas: Hallazgos encontrados en la radiografía utilizada para el diagnóstico de la lesión.

Indicador: Lesión unilocular o multilocular, área lucente, opaca, o mixta, Bordes definidos, indefinidos o escleróticos, reabsorción radicular.

METODOLOGÍA

Previa autorización de la boleta que sirvió para recabar los datos para esta investigación, por parte de la Comisión de Tesis de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala se procedió a la revisión de los expedientes clínicos de pacientes registrados en los servicios de Odontología y Cirugía Máxilofacial, a los que se les diagnosticó algún tipo de quiste o tumor odontogénico de 1995-1998.

Posteriormente se procedió a trasladar la información de los ya mencionados expedientes a la boleta, seguidamente a clasificar, tabular y elaborar el informe final en donde se plasmaron las conclusiones y recomendaciones al respecto.

Cabe resaltar que las técnicas investigativas utilizadas para dicho estudio se basaron en el método científico, específicamente se realizó un estudio retrospectivo descriptivo tomando como muestra aleatoria 57 expedientes de pacientes que ingresaron a los servicios de Odontología y Cirugía Máxilofacial antes mencionados.

RESULTADOS

CUADRO No. 1

NÚMERO TOTAL Y PORCENTAJE DE PACIENTES QUE INGRESARON A LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA Y CIRUGÍA MÁXILOFACIAL DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE LOS AÑOS DE 1995 A 1998 POR PRESENCIA O AUSENCIA DE ALGÚN TIPO DE QUISTE O TUMOR ODONTOGÉNICO

PRESENCIA O AUSENCIA DE QUISTES O TUMORES ODONTOGÉNICOS	PACIENTES INGRESADOS	
	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Pacientes que presentaron quistes o tumores odontogénicos	57	7%
Pacientes que no presentaron quistes o tumores odontogénicos	783	93%
TOTAL	840	100%

Fuente: Archivo de servicios de Odontología y Cirugía Máxilofacial del Hospital General San Juan de Dios.

El cuadro anterior mostró que solo 57 pacientes que hacen un 7% del total presentaron quistes o tumores odontogénicos el resto de pacientes acudieron al hospital por diversas causas.

Cuadro No. 2

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE QUISTES Y TUMORES ODONTOGÉNICOS EN LA REVISIÓN DE 57 EXPEDIENTES DE PACIENTES QUE INGRESARON A LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA Y CIRUGÍA MÁXILOFACIAL DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE LOS AÑOS DE 1995 A 1998.

QUISTES Y TUMORES ODONTOGÉNICOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Queratoquiste Odontógeno	2	4%
Quiste Dentígero	17	29%
Q. Periodontal Lateral Inflamatorio	2	4%
Quiste Radicular	7	12%
Ameloblastoma	4	7%
Fibroma Ameloblástico	2	4%
Fibroodontoma Ameloblástico	2	4%
Quiste Odontógeno Calcificante	3	5%
Odontoma	14	24%
Otros	4	7%
TOTAL	57	100%

Fuente : Ver cuadro No. 1

Se determinó que los quistes odontogénicos más frecuentes fueron: quiste dentígero y quiste radicular, y los tumores odontogénicos más frecuentes: Odontoma 14 casos y ameloblastoma 4 casos.

Cuadro No. 3

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA VARIABLE **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**, SEGÚN EL TIPO DE QUISTE O TUMOR ODONTOGÉNICO, EN LA REVISIÓN DE 57 EXPEDIENTES DE PACIENTES QUE INGRESARON A LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA Y CIRUGÍA MÁXILOFACIAL DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE LOS AÑOS DE 1995 A 1998.

QUISTES Y TUMORES	Expansión		Cambio de	Concistencia	Concistencia	Aparente	Movilidad		
ODONTOGÉNICOS	Nódulo	Tumor De	Coloración	Firme	Blanda	Anodoncia	Caries	Dental	
		corticales							
Queratoquiste odontógeno	1	0	1	0	1	0	1	0	0
Quiste Dentigero	0	0	0	8	0	8	9	0	0
Q. Periodontal lateral inflamatorio	0	0	0	2	0	2	0	2	1
Quiste Radicular	0	0	0	4	0	4	0	7	2
Ameloblastoma	2	2	4	0	4	0	1	1	2
Fibroma	0	0	1	0	1	0	1	0	0
Ameloblástico									
Fibroodontoma	1	0	1	0	1	0	1	0	0
Ameloblástico									
Quiste Odontógeno Calcificante	0	1	1	0	1	0	1	0	0
Odontoma	8	0	8	0	8	0	8	2	0
Otros	1	1	2	1	1	1	2	2	2
TOTAL	13	4	18	15	17	15	24	14	7
PORCENTAJE	3%	7%	32%	26%	3%	26%	42%	25%	12%

Fuente: Ver cuadro 1

Las características clínicas más frecuentes del cuadro anterior son La expansión de corticales en donde las lesiones que mayor número de casos presentaron fueron los odontomas y el ameloblastoma, la segunda característica clínica más frecuente fue la presencia de nódulos mayormente en los odontomas y la tercera la supuración.

Cuadro No. 4

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA VARIABLE **CARACTERÍSTICAS**
RADIOLÓGICAS, SEGÚN EL TIPO DE QUISTE O TUMOR ODONTOGÉNICO EN LA
 REVISIÓN DE 57 EXPEDIENTES DE PACIENTES QUE INGRESARON A LOS
 SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA Y CIRUGÍA MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL
 GENERAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE LOS AÑOS DE 1995 A 1998.

QUISTES Y TUMORES ODONTOGÉNICOS	Lesión Unilocular	Lesión Multilocular	Area lucente	Area opaca	Area mixta	Bordes definidos	Bordes escleró ticos	Total De casos
Queratoquiste odontógeno	2	0	2	0	0	2	1	2
Quiste Dentífero	17	0	17	0	0	17	0	17
Q. Periodontal lateral inflamatorio	2	0	2	0	0	2	2	2
Quiste Radicular	7	0	7	0	0	7	0	7
Ameloblastoma	1	3	3	0	1	4	0	4
Fibroma Ameloblástico	2	0	2	0	0	2	0	2
Fibroodontoma Ameloblástico	2	0	2	0	0	2	2	2
Quiste Odontógeno Calcificante	2	1	2	0	1	3	0	3
Odontoma	14	0	0	14	0	14	0	14
Otros	3	1	2	0	2	4	0	4
TOTAL	52	5	39	14	4	57	5	57
PORCENTAJE	91%	9%	68%	25%	7%	100%	18%	100%

Fuente: Ver cuadro 1

El cuadro anterior mostró que el 91% de las lesiones se presentaron como uniloculares, y solamente algunos casos de ameloblastoma y quiste odontógeno calcificante como lesiones multiloculares. Los odontomas fueron las únicas lesiones que se presentaron como áreas opacas, lo cual hace un 25% del total de las lesiones y el 100% de estas se presentaron con bordes definidos.

Cuadro No. 5

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA VARIABLE **EDAD**, SEGÚN EL TIPO DE QUISTE O TUMOR ODONTOGÉNICO, EN LA REVISIÓN DE 57 EXPEDIENTES DE PACIENTES QUE INGRESARON A LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA Y CIRUGÍA MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE LOS AÑOS DE 1995 A 1998.

QUISTES Y TUMORES ODONTOGÉNICOS	0 a 10 Años	11 a 20 Años	21 a 30 años	31 a 40 años	41 o más años	TOTAL DE CASOS
Queratoquiste Odontógeno	0	0	2	0	0	2
Quiste Dentífero	0	7	8	2	0	17
Q. Periodontal Lateral Inflamatorio	0	0	0	2	0	2
Quiste Radicular	0	0	2	4	1	7
Ameloblastoma	0	0	1	2	1	4
Fibroma Ameloblástico	0	2	0	0	0	2
Fibroodontoma Ameloblástico	0	1	1	0	0	2
Quiste Odontógeno Calcificante	0	0	0	2	1	3
Odontoma	0	8	6	0	0	14
Otros	0	0	1	1	2	4
TOTAL	0	18	21	13	5	57
PORCENTAJE	0%	32%	37%	23%	8%	100%

Fuente: Ver cuadro 1.

Se determinó que, en general, el rango de edad más afectado fué de 11 a 30 años sobresaliendo los quistes dentíferos y odontomas encontrados en este rango de edad, el quiste radicular mostró una ligera tendencia a presentarse entre los 31 a 40 años de edad.

Cuadro No. 6

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA VARIABLE SEXO, SEGÚN EL TIPO DE QUISTE O TUMOR ODONTOGÉNICO, EN LA REVISIÓN DE 57 EXPEDIENTES DE PACIENTES QUE INGRESARON A LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA Y CIRUGÍA MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE LOS AÑOS DE 1995 A 1998.

QUISTES Y TUMORES ODONTOGÉNICOS	SEXO FEMENINO		SEXO MASCULINO		TOTAL DE CASOS	
	FEMENINO	%	MASCULINO	%	DE CASOS	% TOTAL
Queratoquiste Odontógeno	1	2%	1	2%	2	4%
Quiste Dentífero	7	12%	10	18%	17	30%
Q. Periodontal Lateral Inflamatorio	1	2%	1	2%	2	4%
Quiste Radicular	4	7%	3	5%	7	12%
Ameloblastoma	3	5%	1	2%	4	6%
Fibroma Ameloblástico	1	2%	1	2%	2	4%
Fibroodontoma Ameloblástico	2	3%	0	0%	2	4%
Quiste Odontógeno Calcificante	3	5%	0	0%	3	5%
Odontoma	8	14%	6	11%	14	25%
Otros	2	3%	2	3%	4	6%
TOTALES	32	55%	25	45%	57	100%

Fuente: Ver cuadro 1.

El cuadro anterior mostró que el fibroodontoma ameloblástico y el quiste odontógeno calcificante se presentaron solo en pacientes de sexo femenino, también el odontoma y el ameloblastoma mostraron una ligera tendencia a presentarse más en mujeres, a diferencia del quiste dentífero en el que se diagnosticaron más casos en hombres que en mujeres.

Cuadro No. 7

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA VARIABLE **ETNIA**, SEGÚN EL TIPO DE QUISTE O TUMOR ODONTOGÉNICO, EN LA REVISIÓN DE 57 EXPEDIENTES DE PACIENTES QUE INGRESARON A LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA Y CIRUGÍA MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE LOS AÑOS DE 1995 A 1998.

QUISTES Y TUMORES ODONTOGÉNICOS	ETNIA INDÍGENA		ETNIA NO INDÍGENA		TOTAL DE CASOS	% TOTAL
		%		%		
Queratoquiste Odontógeno	0	0%	2	3%	2	3%
Quiste Dentígero	3	5%	14	25%	17	30%
Q. Periodontal Lateral Inflamatorio	0	0%	2	3%	2	3%
Quiste radicular	2	3%	5	10%	7	13%
Ameloblastoma	1	2%	3	5%	4	7%
Fibroma Ameloblástico	2	3%	0	0%	2	3%
Fibroodontoma Ameloblástico	1	2%	1	2%	2	4%
Quiste Odontógeno Calcificante	1	2%	2	3%	3	5%
Odontoma	4	8%	10	18%	14	26%
Otros	2	3%	2	3%	4	6%
TOTAL	16		41		57	
PORCENTAJE	28%	28%	72%	72%	100%	100%

Fuente: Ver cuadro 1.

Como se puede hacer notar en el cuadro antes descrito es relevante el dato que nos indica que 41 pacientes del total de 57 que presentaron algún tipo de quiste o tumor odontogénico son de etnia no indígena, es de hacer notar que el fibroma ameloblástico es la única patología en la que los casos encontrados fueron unicamente en pacientes de etnia indígena.

Cuadro No. 8

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE VARIABLE **MOTIVO DE CONSULTA**, SEGÚN EL TIPO DE QUISTE O TUMOR ODONTOGÉNICO, EN LA REVISIÓN DE 57 EXPEDIENTES DE PACIENTES QUE INGRESARON A LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA Y CIRUGÍA MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE LOS AÑOS DE 1995 A 1998.

MOTIVO DE CONSULTA	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Dolor	11	19%
Expansión de corticales	11	19%
Movilidad dental	5	9%
Asimetría facial	3	5%
Aparente anodoncia	10	18%
Caries	4	7%
Referencia de clínicas privadas y públicas	13	23%
TOTAL	57	100%

Fuente: Ver cuadro 1.

Se determinó que los motivos de consulta más frecuentes son: pacientes que llegan referidos de clínicas privadas y públicas que por examen clínico o roentgenológico fueron diagnosticados con algún tipo de quiste o tumor odontogénico y luego referido al hospital, éstos hacen un 23% del total de pacientes. Otros motivos de consulta frecuentes fueron dolor y la expansión de corticales los cuales se encontraron en un 19%.

Cuadro No. 9

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA VARIABLE TIEMPO DE EVOLUCIÓN, SEGÚN
EL TIPO DE QUISTE O TUMOR ODONTOGÉNICO, EN LA REVISIÓN DE 57
EXPEDIENTES DE PACIENTES QUE INGRESARON A LOS SERVICIOS DE
ODONTOLOGÍA Y CIRUGÍA MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN
DE DIOS DURANTE LOS AÑOS 1995 A 1998.

QUISTES Y TUMORES ODONTOGÉNICOS	0-6 meses	7-12 meses	13-24 meses	25 ó más	Desconocido	TOTAL DE CASOS
Queratoquiste Odontógeno	0	0	1	1	0	2
Quiste Dentígero	4	4	0	7	2	17
Q. Periodontal Lateral Inflamatorio	0	0	0	0	2	2
Quiste Radicular	4	3	0	0	0	7
Ameloblastoma	0	1	1	2	0	4
Fibroma Ameloblástico	1	0	1	0	0	2
Fibroodontoma Ameloblástico	0	2	0	0	0	2
Quiste Odontógeno Calcificante	0	0	1	1	1	3
Odontoma	0	0	0	6	8	14
Otros	0	0	1	2	1	4
TOTAL	9	10	5	19	14	57
PORCENTAJE	16%	17%	9%	33%	25%	100%

Fuente : Ver cuadro 1.

El cuadro anterior muestra que el mayor número de casos de quistes y tumores odontogénicos registraron un tiempo de evolución de 2 años o más. El total de casos de quiste dentígero, quiste radicular y fibroodontoma ameloblástico tuvieron un tiempo de evolución de 0 a 12 meses. Los odontomas registraron un tiempo de evolución de 2 años o más y algunos desconocido.

Cuadro No. 10

LOCALIZACIÓN MAS FRECUENTE Y PORCENTAJE DE QUISTES Y TUMORES ODONTOGÉNICOS EN LA REVISIÓN DE 57 EXPEDIENTES DE PACIENTES QUE INGRESARON A LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA Y CIRUGÍA MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS LOS AÑOS DE 1995 A 1998.

QUISTES Y TUMORES ODONTOGÉNICOS	ARCADA SUPERIOR	%	ARCADA INFERIOR	%	TOTAL DE CASOS
Queratoquiste Odontogénico	0	0%	2	3%	2
Quiste Dentífero	4	7%	13	24%	17
Q. Periodontal Lateral Inflamatorio	0	0%	2	3%	2
Quiste Radicular	5	9%	2	3%	7
Ameloblastoma	0	0%	4	8%	4
Fibroma Ameloblástico	0	0%	2	3%	2
Fibroodontoma Ameloblástico	0	0%	2	3%	2
Quiste Odontógeno Calcificante	1	2%	2	3%	3
Odontoma	4	7%	10	18%	14
Otros	1	2%	3	5%	4
TOTAL	15		42		57
PORCENTAJE	27%	27%	73%	73%	100%

Fuente: Ver cuadro 1.

El cuadro anterior mostró que la arcada inferior fue la más afectada que hacen un 73% de los quistes y tumores odontogénicos, presentándose el queratoquiste odontogénico, el quiste periodontal lateral inflamatorio, ameloblastoma, fibroodontoma ameloblástico y fibroma ameloblástico exclusivamente en dicha arcada. Solo el quiste radicular mostró mayor tendencia a presentarse en el maxilar superior.

Cuadro No. 11

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA VARIABLE **ASOCIACIÓN A PIEZAS DENTARIAS** SEGÚN EL TIPO DE QUISTE O TUMOR ODONTOGÉNICO, EN LA REVISIÓN DE 57 EXPEDIENTES DE PACIENTES QUE INGRESARON A LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA Y CIRUGÍA MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE LOS AÑOS DE 1995 A 1998.

QUISTES Y TUMORES ODONTOGENICOS	Asociación a piezas dentarias Vitales retenidas	Asociación a piezas dentarias Vitales eruptadas	Asociación a piezas dentarias no vitales	No asociado a piezas dentarias	Total de casos
Queratoquiste Odontógeno	1	1	0	0	2
Quiste Dentífero	15	2	0	0	17
Q. Periodontal Lateral Inflamatorio	0	0	2	0	2
Quiste Radicular	0	0	7	0	7
Ameloblastoma	0	3	0	1	4
Fibroma Ameloblástico	2	0	0	0	2
Fibroodontoma Ameloblástico	1	1	0	0	2
Quiste Odontógeno Calcificante	1	2	0	0	3
Odontoma	8	2	0	4	14
Otros	1	2	0	1	4
TOTAL	29	13	9	6	57
PORCENTAJE	51%	23%	16%	10%	100%

Fuente: Ver cuadro 1

Se mostró que 26 casos de los 51 estaban asociados a piezas dentarias vitales retenidas, el mayor número de quistes dentíferos y odontomas se encontraron dentro de estos 26 casos. El total de quistes periodontal lateral inflamatorio y de quistes radiculares estaban asociados a piezas dentarias no vitales, y solamente 4 odontomas y 1 ameloblastoma no estaban asociados a piezas dentarias.

Cuadro No. 12

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA VARIABLE TRATAMIENTO, SEGÚN EL TIPO DE QUISTE O TUMOR ODONTOGÉNICO, EN LA REVISIÓN DE 57 EXPEDIENTES DE PACIENTES QUE INGRESARON A LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA Y CIRUGÍA MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE LOS AÑOS DE 1995 A 1998.

QUISTES Y TUMORES ODONTOGÉNICOS	CIRUGÍA			RESECCIÓN EN BLOQUE	TOTAL DE CASOS
	ESCISIONAL	ENUCLEACIÓN	MARZUPIALIZACIÓN		
Queratoquiste Odontogénico	0	1	1	0	2
Quiste Dentífero	4	0	13	0	17
Q. Periodontal Lateral Inflammatorio	0	2	0	0	2
Quiste Radicular	2	5	0	0	7
Ameloblastoma	1	2	0	1	4
Fibroma Ameloblástico	0	0	0	2	2
Fibroodontoma Ameloblástico	1	1	0	0	2
Quiste Odontógeno Calcificante	1	0	2	0	3
Odontoma	3	11	0	0	14
Otros	0	2	1	1	4
TOTAL	12	24	17	4	57
PORCENTAJE	21%	42%	17%	7%	100%

Fuente : Ver cuadro 1.

El cuadro anterior muestra que el mayor número de casos fueron tratados con enucleación. El odontoma y el quiste radicular fueron las lesiones que en su mayor número fueron retirados con este tratamiento. Para la mayoría de quistes dentíferos el tratamiento fue la marzupialización.

Cuadro No. 13

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA VARIABLE **RECURRENCIA**, SUGÚN EL TIPO DE QUISTE O TUMOR ODONTOGÉNICO EN LA REVISIÓN DE 57 EXPEDIENTES DE PACIENTES QUE INGRESARON A LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA Y CIRUGÍA MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE LOS AÑOS DE 1995 A 1998.

QUISTES Y TUMORES ODONTOGÉNICOS	SI PRESENTARON RECURRENCIA	NO PRESENTARON RECURRENCIA	TOTAL DE CASOS
Queratoquiste Odontógeno	0	2	2
Quiste Dentígero	0	17	17
Q. Periodontal Lateral Inflamatorio	0	2	2
Quiste Radicular	0	7	7
Ameloblastoma	2	2	4
Fibroma Ameloblástico	1	1	2
Fibroodontoma Ameloblástico	0	2	2
Quiste Odontógeno Calcificante	0	3	3
Odontoma	0	14	14
Otros	1	3	4
TOTAL	4	53	57
PORCENTAJE	7%	93%	100%

Fuente : ver cuadro 1.

El cuadro anterior mostró que 53 casos del total de 57 no presentaron recurrencia y solamente 2 casos de ameloblastoma, 1 de fibroma ameloblástico y 1 caso de fibroma cemento osificante recurrieron.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Según la literatura los quistes y tumores odontogénicos constituyen una patología frecuente en los maxilares, a diferencia del resto de los huesos del cuerpo donde los quistes son extremadamente raros. Esto lo confirma el hecho de que aproximadamente el 90% de los quistes de los maxilares son de origen odontogénico, en este estudio estas lesiones se presentaron en un 7% del total de 840 pacientes que ingresaron a los servicios de Odontología y Cirugía Máxilofacial durante los años de 1995 a 1998.

Los quistes más frecuentes fueron el quiste dentígero y el radicular, que hacen el 16% y 12% respectivamente, la literatura indica que los quistes dentígeros representan el 16.6% del total de los quistes maxilares y los quistes radiculares un 50% lo que indica que son los más frecuentes, posiblemente en este estudio el porcentaje hubiera sido más alto pero por no tener un dato exacto del número de pacientes que asisten al hospital por quistes o granulomas periapicales el dato no es muy confiable. Los tumores más frecuentes fueron los odontomas que se presentaron en un 24% del total de casos de quistes y tumores odontogénicos estudiados, y los segundos más frecuentes los ameloblastomas. La literatura confirma el dato de que los odontomas son los tumores más frecuentes y que los ameloblastomas son las neoplasias odontogénicas más típicas.

Las características clínicas más frecuentes fueron: La aparente anodoncia, lo cual quiere decir que el paciente asiste al hospital por ausencia clínica de alguna pieza dentaria y al evaluar la radiografía se encuentra que la pieza está retenida por la presencia de algún quiste o tumor odontogénico, presentándose el mayor número de quistes dentígeros y odontomas en este grupo, debido a que estas lesiones se presentan asociadas a piezas dentarias vitales retenidas. La segunda característica clínica más frecuente fue la expansión de corticales y la lesión que más la presentó es el odontoma, la literatura confirma el dato anterior de la posible expansión de corticales dependiendo del tamaño.

Los resultados mostraron que las características radiológicas más frecuentes fueron las lesiones uniloculares en un 91% de los casos, lesiones lucentes que hacen el 68% y el 100% de las lesiones presentaron bordes definidos. La literatura confirma los datos anteriores indicando que la imagen radiológica clásica de los quistes y tumores odontogénicos es una lesión transparente, bien definida, en general unilocular, pero puede ser multilocular.

El rango de edad más afectado por quistes y tumores odontogénicos fue de 11 a 30 años, se encontró dentro de este rango en mayor número de casos los quistes dentígeros y los odontomas. Los datos anteriores, son confirmados por la literatura consultada que indica que la mayor frecuencia de quistes dentígeros se produce en la

segunda y la tercera décadas de la vida y el 95% de los odontomas se detectan durante la segunda década.

El fibroodontoma ameloblástico y el quiste odontogéno calcificante se presentaron solamente en pacientes de sexo femenino, la literatura indica que la primera lesión mencionada es más frecuente en varones caso contrario al resultado de este estudio. Con respecto al quiste odontogénico calcificante indica que esta lesión tiene una distribución semejante entre mujeres y varones, sin embargo en la muestra que se tomó para este estudio no se presentó ningún caso en hombres. El quiste dentígero mostró tendencia a presentarse más en hombres, este dato es similar a la información encontrada en la literatura que indica que esta lesión predomina en este sexo.

Los datos obtenidos en este estudio nos muestran que el mayor número de casos encontrados de quistes y tumores odontogénicos se presentaron en pacientes de etnia no indígena. La literatura consultada para este estudio, en la descripción de la mayoría de las lesiones no hace mención de predilección de la lesiones por raza, a excepción del ameloblastoma uniuquístico que presenta un ligero predominio en la raza negra.

El motivo de consulta más frecuente fue: pacientes que llegan referidos de clínicas privadas y públicas que por examen clínico o roentgenológico fueron diagnosticados con algún tipo de quiste o tumor odontogénico y luego referidos al hospital, según la literatura revisada, esto se debe a que los quistes y tumores odontogénicos son

lesiones asintomáticas que se descubren como imágenes radiotransparentes en exámenes radiológicos de rutina.

El segundo motivo de consulta más frecuente fue el dolor, en las consultas bibliográficas realizadas encontramos que el dolor suele estar asociado con infección secundaria o hemorragia. Y el tercer motivo de consulta más frecuente fue la expansión de corticales, en la Medicina Oral de J.B. Bagán Sebastián encontramos que en general el crecimiento de estas lesiones es lento, pudiendo perforar las corticales óseas, pueden alcanzar gran tamaño y de esta manera provocar asimetría facial.

Los resultados indican que el mayor número de casos de quistes y tumores odontogénicos registraron un tiempo de evolución de dos años o más, esto explica lo que la literatura indica que por lo común el crecimiento de estas lesiones es lento, otro dato relevante de los resultados es que el 25% de las lesiones mostraron tiempo de evolución desconocido, esto se debe a que generalmente estas lesiones se diagnostican a través de exámenes de rutina radiológicos, entonces no es posible saber con exactitud cuando iniciaron su formación, por lo que para obtener el tiempo de evolución de algunos de los casos revisados se tomó como referencia de inicio de la lesión la fecha en que fueron diagnosticadas o bien el tiempo que el paciente refirió tener presentando algún signo o síntoma.

Los resultados indican que la mayoría de casos revisados de quistes y tumores odontogénicos afectaron el maxilar inferior, estos hacen el 73% del total, este dato es similar al de la literatura consultada. Los casos encontrados de queratoquiste odontogénico, quiste periodontal lateral inflamatorio, ameloblastoma, fibroodontoma ameloblástico y fibroma ameloblástico en este estudio se presentaron exclusivamente en el maxilar inferior, la literatura no indica que sean exclusivos de dicha arcada pero si indica que son mucho más frecuentes en la mandíbula que el maxilar. Solo el quiste radicular mostró mayor tendencia a presentarse en el maxilar, este dato nos confirma lo que la literatura indica, que el 60% de los casos se presentan en el maxilar y el resto en la mandíbula.

El cuadro No. 11 mostró que el 51% del total de los casos estaban asociados a piezas dentarias vitales retenidas, esto se debe a que el mayor número de casos de quistes dentígeros y odontomas se encontraron dentro de este 51%, este dato coincide con lo que nos indica la literatura en la descripción de las dos lesiones antes mencionadas, la cuál hace referencia en que van a estar asociadas a piezas vitales retenidas, y en algunas ocasiones son diagnosticadas de un modo accidental por retención de dientes temporales, ausencia de dientes definitivos o desplazamiento dental.

De los cuatro casos diagnosticados de ameloblastoma uno no estaba asociado a piezas dentarias, la literatura indica que esta lesión generalmente se encuentra asociada a un diente no erupcionado, especialmente a un cordal impactado, por lo que

el caso encontrado suele ser infrecuente. Los resultados también indican que los dos casos de quistes periodontales laterales inflamatorios y el total de casos de quistes radiculares estaban asociados a piezas dentarias no vitales, según la literatura el quiste periodontal lateral inflamatorio puede encontrarse asociado a piezas dentarias no vitales en caso de que se infecte e incluso puede simular un absceso periodontal. Con respecto al quiste radicular indica que éste siempre va estar asociado a piezas dentarias no vitales debido a que es una lesión que se produce por un foco inflamatorio procedente del orificio apical de la raíz o las raíces de un diente.

El cuadro No. 12 muestra que el mayor número de casos de quistes y tumores odontogénicos fueron tratados con enucleación entre las lesiones encontradas en este grupo están los odontomas y los quistes radiculares, siendo este el tratamiento de elección para estas lesiones según la bibliografía consultada. Para la mayoría de quistes dentígeros el tratamiento fue la marsupialización, posiblemente esto se debió al tamaño que presentaban las lesiones.

De los 57 casos revisados de quistes y tumores odontogénicos solamente 4 de ellos presentaron recurrencia, esto posiblemente se debe a que los pacientes que presentaron lesiones que tienen un alto porcentaje de recurrencia como por ejemplo el fibroma ameloblástico o el queratoquiste odontogénico entre otros, son evaluados clínica y radiológicamente durante un período de 5 a 8 años después del tratamiento

efectuado. De los cuatro casos que presentaron recurrencia dos de ellos causaron la muerte de los pacientes. Las dos lesiones inicialmente fueron diagnosticadas como un fibroma ameloblástico y la otra como fibroma cemento osificante y como diagnóstico final las dos fueron diagnosticadas como fibrohistiocitoma maligno.

CONCLUSIONES

1. Del total de 840 pacientes ingresados a los servicios de Odontología y Cirugía Máxilofacial durante los años de 1995 a 1998 solamente 57 de ellos presentaron algún tipo de quiste o tumor odontogénico.
2. Los quistes y tumores más frecuentes fueron el quiste dentígero, quiste radicular, el odontoma y el ameloblastoma.
3. Las principales características clínicas fueron: La aparente anodoncia en un 42%, la expansión de corticales que se presentó en un 32% y la consistencia firme que hizo el 30% del total de los casos. El odontoma fue la lesión que más casos presentó con dichas características.
4. La mayoría de casos revisados de quistes y tumores odontogénicos radiológicamente se presentaron como lesiones únicas, con bordes definidos uni o multiloculares.
5. La variable sexo mostró que de los 57 casos de quistes y tumores odontogénicos 32 se presentaron en pacientes de sexo femenino siendo éste el más afectado, ya que del sexo masculino solo se reportaron 25 casos.

6. El rango de edad mayormente afectado por algún tipo de quiste o tumor odontogénico es de 11 a 30 años.
7. Los casos de quistes y tumores odontogénicos revisados en este estudio mostraron una elevada tendencia a presentarse más en pacientes de etnia no indígena.
8. El Motivo de consulta más frecuente por el que asisten al hospital los pacientes que presentan algún tipo de quiste o tumor odontogénico es por referencia de clínicas particulares y privadas en donde son diagnosticados con alguna de las lesiones anteriormente mencionadas y luego referidos al hospital. Los segundos motivos de consulta más frecuentes fueron: dolor y expansión de corticales.
9. La localización anatómica más afectada por los quistes o tumores odontogénicos es el maxilar inferior.
10. La variable asociación a piezas dentarias mostró que la mayoría de las lesiones estudiadas se encontraron asociadas a piezas dentarias vitales retenidas mientras que solamente 6 casos del total de 57 no estaban asociados a piezas dentarias.

11. El tiempo de evolución más frecuente de los quistes y tumores odontogénicos fue de dos años o más, seguido en frecuencia por tiempo de evolución desconocido.
12. Los tratamientos más utilizados para la remoción de quistes o tumores odontogénicos fueron la enucleación y la marsupialización.
13. La variable recurrencia nos mostró que el mayor porcentaje de lesiones estudiadas no presentó recurrencia, de los 57 casos únicamente 4 recurrencias, dos de estos casos causaron la muerte de los pacientes.

RECOMENDACIONES

Que el odontólogo tanto general como especialista le dé la importancia necesaria a los exámenes radiológicos y clínicos de rutina, ya que fue através de éstos como se diagnosticaron el mayor número de casos de quistes y tumores odontogénicos.

Que los datos clínico-epidemiológicos resultados en este estudio, sean utilizados para el mejor desarrollo de la docencia durante la formación del odontólogo.

Que este mismo estudio se realice en otros hospitales o servicios de Odontología y Cirugía Máxilofacial públicos o privados para hacer un análisis comparativo de los datos clínico-epidemiológicos obtenidos.

Que los odontólogos instruyan a los pacientes a que ellos aprendan a realizarse una autoevaluación bucal periódica para poder detectar anomalías de la cavidad bucal y así evitar que las lesiones agresivas y de progresión rápida causen mayor problema.

LIMITACIONES

No todos los expedientes revisados de los pacientes que presentaron algún tipo de quiste o tumor odontogénicos tenían la hoja del resultado del examen histopatológico; en estos casos se tomó como referencia el diagnóstico que el odontólogo tratante anotó en el expediente clínico.

Algunos de los casos estudiados no contaban con la radiografía dentro del expediente. Para llenar la boleta de recolección de datos se tomaron como referencia los datos escritos en el expediente clínico.

Algunos de los pacientes que asisten al hospital que presentan quistes o granulomas periapicales son tratados con exodoncias y otros referidos para el tratamiento de conducto radicular por lo que no se tiene el diagnóstico concreto de las lesiones.

ANEXOS

BOLETA PARA REGISTRO DE DATOS

I. DATOS GENERALES:

No. de expediente clínico: _____

Edad:

0 a 10 años. _____ 11 a 20 años _____ 21 a 30 años _____

31 a 40 años _____ 41 o más años _____.

Sexo:

Masculino _____ femenino _____

Etnia: Indígena _____ No indígena _____

Lugar de procedencia: _____

Motivo de consulta: _____

II. DATOS DE LA LESIÓN:

Síntomas :

Dolor _____ ardor _____ otros _____

Signos:

Pápula _____ nódulo _____ tumor _____ crecimiento _____

Expansión de corticales _____ supuración _____

Sangramiento _____ cambio de coloración _____ consistencia _____

Tiempo de evolución:

0 a 6 meses _____ 7 a 12 meses _____ 1 a 2 años _____ 2 ó más _____

otros _____

III. LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA LESIÓN:

Maxilar superior _____ maxilar inferior _____

Área de molares: 1^a _____ 2^a _____ 3^a _____

Área de premolares: 1^a _____ 2^a _____

Área de anteriores: central _____ lateral _____ canino _____

OTROS _____

IV. ASOCIACIÓN A PIEZAS DENTARIAS:

SI _____ NO _____ Vital _____ No vital _____

Movilidad: SI _____ NO _____ desplazamiento: SI _____ NO _____

OTROS _____

V. CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS:

Lesión unilocular _____ Lesión multilocular _____

Area: lucente _____ Opaca _____ Mixta _____

Bordes: Definidos _____ Indefinidos _____ Escleróticos _____

Reabsorción radicular: SI _____ NO _____

Otros _____

Tipo de radiografía utilizada para el Dx.

Panorámica _____ Periapical _____ Otros _____

VI. DIAGNÓSTICO:

Diagnóstico clínico _____ diagnóstico radiográfico _____

VII. RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO

Patológico: _____

Otros: _____

VIII. TRATAMIENTO:

Cirugía: Incisional _____ Escisional _____

Eucleación _____ Curetaje _____ Marsupialización _____

Otros _____

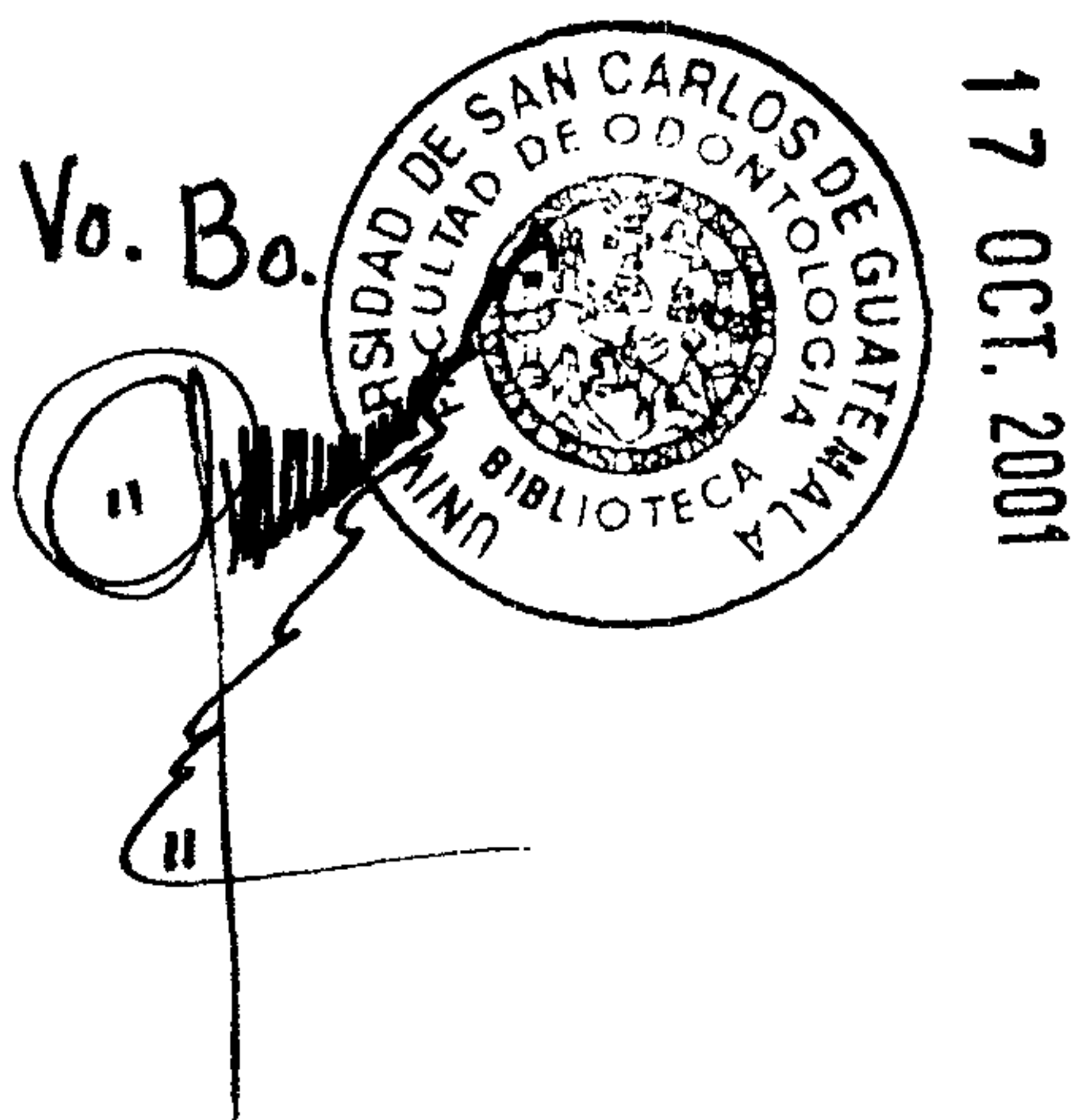
IX. RECURRENCIA: Sí _____ No _____

BIBLIOGRAFIA

1. Batres Martinez, Diana Judith.-- Clasificación y ocurrencia de entidades patológicas bucales de diagnóstico histológico reportado en un laboratorio privado de histopatología bucal de esta capital de 1984 -1991.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1993.-- 70p.
2. Browne, Roger M.-- Atlas of dental and maxilofacial radiology and imaging / Roger M. Browne, Hugh D. Edmondson, Jonh Rout. -- Alemania : Editorial Mosley-Wolfe, 1995 pp. 281.
3. Centro Nacional de Información y Documentación sobre la Salud. Disco compacto Artemisa (artículos editados en México sobre Información en salud) México. Diciembre 1992.
4. El manual de odontología / José Javier Echeverría García, Emili Cuenca Sala, Directores.-- Barcelona : Masson, 1995.-- pp. 161.
5. Kramer, I. R. H.--Histological Typing of Odontogenic Tumours / Kramer I.R.H., J. J. Pindborg, M. Shear.-- Alemania : Editorial Springer Verlag Berlin Verlag Berlin Heidelberg, 1992.-- pp. 160
6. Martini, Guillermo.-- Análisis de 1000 juegos de roentgenogramas orales en pacientes de la facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1967.--65p.
7. Lopez Acevedo, César.-- Manual de Patología Oral.-- Guatemala : Editorial Universitaria, 1975.-- 463p. (Colección Aula Vol. No. 16)
8. Mata Castillo, Oscar Guillermo.-- Prevalencia de patología asociadas a piezas dentales impactadas o retenidas.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1995 -- p41.
9. Medicina Bucal de Burket / Malcom A. Lynch... [et al.]; trad. por Jorge Orizaga S.-- 9a. ed. -- México : Interamericana McGraw-Hill, 1996 -- pp. 155-167.
10. Medicina Oral / J. B. Bagán Sebastian... [et al.]. -- Barcelona : Masson, 1995.-- pp. 478-500.
11. O'Brien Richard -- Radiología Dental / Richard O'brien ; trad. por María de Lourdes Hernández Cazares.-- 3ª ed.-- México : Editorial Interamericana McGraw-Hill, 1985.-- 203 p.



12. Oral and maxilofacial patologiee / B. W. Neville... [et al.]— Philadelphia : Saunders, 1995.— pp. 493-539.
13. Pezza, Victoria. — Lesiones radiolúcidas, radiopacas y mixta de los maxilares .— pp. 211- 237.— En : Clínica estomatológica : sida, cáncer y otras afecciones / Eduardo Luis Ceccotti, Editor.— Mexico : Médica Panamericana. 1993.—
14. Regezi, Joseph A. .— Patología Bucal / Joseph A . Regezi, James J. Sciubba ; trad. por Sonia Schneider Rivas, Manuel Antonio Palacios Elvir.—México : Interamericana McGraw-Hill, 1991.— pp. 315-373.
15. Tratado de patología bucal / William G. Shafer... [et al.] ; trad. Por María de Lourdes Hernández Cazares.— 4ª ed.— México : Nueva Editorial Interamericana, 1986.— pp 263-319.
16. Tomomitsu, Higashi.— Atlas de diagnóstico de imágenes radiofráficas de la cavidad bucal / Tomomitsu Higashi, Jimmy K. Chen, Shiba Hiroyuki Ikuta.— Caracas : Editorial Actualidades Médico odontológicas Latinoamérica, 1992.— 270 p.



BR. JACQUELINE KARINA GOMEZ VEGA

SUSTENTANTE

DRA. ANABELLA CORZO MARROQUIN

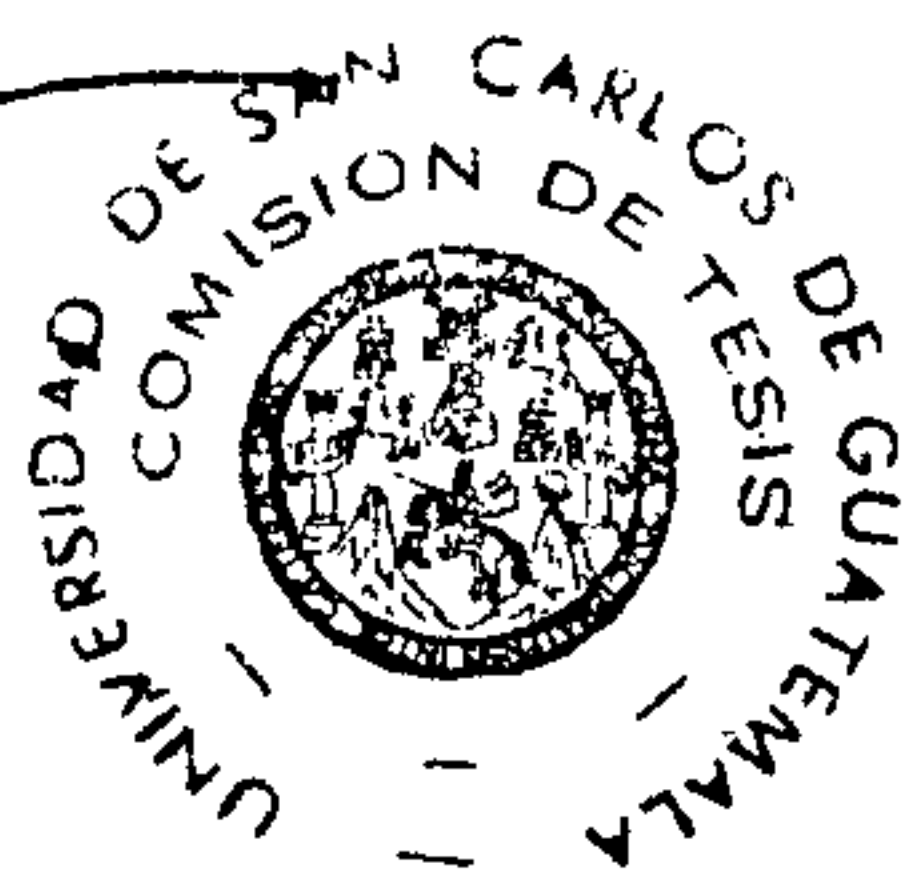
ASESORA

DR. JULIO EDUARDO ARROYO MORA

ASESOR

DRA. INGRID ARREOLA

COMISIÓN DE TESIS



DR. RAUL RADON

COMISIÓN DE TESIS



Imprimase:

DR. OTTO RAUL TORRES BOLAÑOS

SECRETARIO