

EPIDEMIOLOGIA DEL QUISTE DENTÍGERO EN LA CLÍNICA DE CIRUGÍA A DE LA F.O.L.P

Autores: Mag. Di Franco P.L, Mag. Cacciola, S.E., Mag. Celis Z., Mag. Prada G., Dr. Bogo, P., Dr. Ricciardi, A.V., Od. Teixeira Poças M.A., Mag. Ressia A., Od. Santangelo G; Od. Ressia, Alumno Teixeira Poças C.

Lugar de trabajo: Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Asignatura de Cirugía A.

Sabemos que los huesos de los maxilares en muchas ocasiones constituyen el asiento de una gran variedad de lesiones de tipo quísticas , de tipo seudoneoplásicas y también de tipo neoplásicas, entre otros varios tipos de patologías , que suelen ser , por lo general, de difícil diagnóstico certero y de difícil diferencial con otras entidades patológicas de tipo quísticas o no. Se podría decir que entre todos los procesos de tipo tumorales que se desarrollan en el territorio Maxilofacial, los quistes de los maxilares son los más importantes debido, esto, a la frecuencia de su presentación(1). Gorlin ha definido a un quiste verdadero(1) como una cavidad que esta tapizada por un tejido epitelial .También se los ha definido como una cavidad patológica, que esta revestida de un epitelio ,que contiene material solido, líquido, semilíquido o semisólido. Los quistes están formados por tres estructuras o partes características y fundamentales:

A- Por una cavidad central (denominada luz), que suele contener un material de consistencia de tipo solida, líquida, semilíquida o semisólida, como por ejemplo podrían ser los residuos celulares (restos celulares), en algunos casos queratina , en otros casos moco una corona dentaria en el caso del quiste dentígero. B- Por un revestimiento de tejido epitelial que es diferente en los diferentes tipos de quistes y que puede ser de variedad o clase plano estratificado queratinizado , plano estratificado no queratinizado, pseudoestratificado , cilíndrico o también tipo cuboide. C- por una pared exterior (denominada cápsula) que limita la cavidad y que esta formada o constituida por un tejido de tipo conjuntivo que contiene células denominadas fibroblastos y vasos sanguíneos. Los quistes suelen presentar distintos y variados grados de inflamación que pueden alterar su morfología fundamental(1). Se sabe que su crecimiento es de forma centrífuga (2) (desde el interior o centro de la cavidad quística hacia el exterior o hacia fuera), están caracterizados por ser, siempre, de lenta evolución en tamaño, crecen de modo expansivo y no son infiltrantes.(3) esto los diferencia de las patologías de tipo neoplásicas. Una adecuada exploración clínica y radiográfica por parte del estomatólogo general u odontólogo es suficiente para alcanzar un diagnóstico de tipo presuntivo y no de certeza que, en todos los casos, debe ser corroborado por los estudios anatómo-patológicos a través de la realización de una biopsia. Los quistes de los maxilares tienen distintos orígenes y distintos comportamientos clínicos(5) e histológicos. No se los consideran neoplasias pero en casos muy raros y solo

ocasionalmente pueden llegar malignizarse(6-7).La Organización Mundial de La Salud (OMS), en su última clasificación, distingue dentro del grupo de los quistes epiteliales a los quistes de desarrollo o ontogénicos , entre ellos el quistes dentífero, el quiste de erupción, el quiste odontogénico calcificante y el quiste primordial, entre otros; y quistes de tipo no odontogénicos como son los quistes del conducto nasopalatino, los quistes nasoalveolares y los quistes globulomaxilares. Dentro de los quistes maxilares cuyo origen es inflamatorio se incluyen a los quistes apicales, quistes laterales y a los quistes residuales(1-7). Lo que se desea en este trabajo es conocer la frecuencia de las lesiones cuyo diagnóstico histopatológico corresponde a quistes odontogénicos; para lograrlo se revisaron los archivos de registro de resultados de biopsia (histopatológico) de la Asignatura Cirugía A de la F.O.L.P. correspondientes al período 2005-2006-2007-2008-2009, todos los datos recogidos se volcaron a tablas y se estudiaron estadísticamente. Del total de quistes encontrados (189 quistes) el 52,5% se presentaron en hombres, el 47% se presentaron en mujeres y en el 0,5% no se conoció el sexo (debido a errores de registro); el 56,9% de los pacientes con quistes dentíferos y el 58,7% de los afectados por queratoquistes fueron pacientes de sexo masculino ($p < 0,01$). Por el contrario, el quiste radicular se presentó con mayor frecuencia en el grupo de mujeres (55,8%) en comparación con el de hombres ($p < 0,01$). El resto de entidades no mostró diferencias significativas en cuanto a su distribución por sexo. Por lo que revelan los resultados y comparándolos con los resultados de los distintos autores no hemos encontrado diferencias significativas y si coincidencias relativas con otras población por esos autores estudiadas. Se puede concluir, con estos resultados, que el sexo tiene o presenta una asociación significativa con la presencia de quistes del tipo dentíferos y quistes del tipo radicales ($p < 0,01$). Los quistes de tipo radicales fueron las lesiones que más frecuentemente se diagnosticaron a nivel general. A diferencia de los quiste de tipo dentífero y de los queratoquistes odontogénicos, los quistes radicales que se diagnosticaron se presentaron con más frecuencia en las mujeres con respecto a los hombres.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Donado Rodríguez, M.; Donado Azcárate,A. Atlas de cirugía Oral.3ª ed. Ed. Masson.Barcelona,p.737-800.2001.
- 2- Gorlin RJ.Patología Oral.Salvat Editores, Barcelona.p.487-93. 1973
- 3- Peterson LW. Quistes de los huesos y los tejidos blandos de la cavidad oral y de las estructuras contiguas. En: Kruger,G.