



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

ANÁLISIS DE CASO CLINICO SOBRE:

**“QUISTE MAXILAR SECUNDARIO A AMELOBLASTOMA”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

**Autora:** Campos Moposita, María de los Ángeles.

**Tutor:** Dr. Alfonso Morejón, Eduardo Arsenio.

Ambato – Ecuador.

Marzo 2018.

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Análisis de Caso Clínico sobre:

**“QUISTE MAXILAR SECUNDARIO A AMELOBLASTOMA”** de Campos Moposita María de los Ángeles, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador, designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato.

Ambato, Diciembre 2016

**EL TUTOR:**

.....

Dr. Alfonso Morejón, Eduardo Arsenio

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Análisis Clínico “**QUISTE MAXILAR SECUNDARIO A AMELOBLASTOMA**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones, y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Diciembre 2016.

### **LA AUTORA**

.....

**Campos Moposita, María de los Ángeles**

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este Caso Clínico o parte de él un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de Investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi análisis de caso clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este caso clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Diciembre 2016.

## **LA AUTORA**

.....

**Campos Moposita, María de los Ángeles**

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el análisis de caso clínico sobre, sobre el tema **“QUISTE MAXILAR SECUNDARIO A AMELOBLASTOMA”** de Campos Moposita María de los Angeles, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Marzo 2018

Para constancia firma

---

1er Vocal

---

2do Vocal

---

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

## **AGRADECIMIENTO**

*Mi sincero agradecimiento está dirigida principalmente a Dios por haberme permitido estar donde debo estar y por poner a todas las personas que de una u otra forma han sido participes en mi vida como estudiante y a cada una de ellas que me brindaron su ayuda en todo ámbito.*

*A mis padres por la exigencia hacia mi persona en mi formación como profesional y en especial a mis hijos por ser estímulo diario que impulsan cada uno de mis objetivos, por su comprensión debido a mi ausencia en varias ocasiones.*

*Igualmente agradezco muy profundamente a todos quienes hicieron posible la realización de esta meta que inicia mi vida profesional, a maestros, doctores, licenciadas, auxiliares y a todo el personal de salud que impartieron sus conocimientos que han sabido formar de mi persona y llenarla de conocimientos científicos y llenarme de humildad.*

***Campos Moposita, María de los Ángeles***

## DEDICATORIA

*Es mi deseo dedicar este proyecto de investigación a Dios por fortalecerme y guiarme en los momentos de turbulencia y desaliento, a mis hijos quienes han sido partícipes de este logro y han sido mi motivo de lucha, a mis Padres quienes han aportado permanentemente con su espíritu alentador y palabras de aliento, contribuyendo con críticas constructivas a que llegue a cumplir con las metas y objetivos propuestos.*

*A mis amigos que de una u otra manera se han convertido en mi segunda familia siendo mi apoyo incondicional en los momentos más críticos de mi formación como profesional.*

*A los docentes quienes me han acompañado y han sabido brindarnos sus conocimientos y orientarnos durante este largo camino, dedicándome el tiempo necesario para el aprendizaje y orientación con profesionalismo ético como servidor de salud afianzando información como estudiante universitario.*

*Dedico este trabajo de igual manera a los profesionales de cada uno de los Hospitales y casa de Salud en las que he forjado mi vida estudiantil y a quienes me han orientado en la realización de este proyecto que enmarca un escalón hacia un futuro en donde como profesional seré partícipe en el mejoramiento de la atención en salud.*

***María de los Ángeles Campos Moposita.***

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
DEDICATORIA .....	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	viii
RESUMEN: .....	x
SUMMARY: .....	xii
I. INTRODUCCION.....	¡Error! Marcador no definido.
II. OBJETIVOS.....	4
I. OBJETIVO GENERAL.....	4
II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES .....	5
DESCRIPCIÓN DE FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES.....	5
IV. DESARROLLO.....	6
DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DEL CASO.....	6
EVOLUCIONES.....	10
DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO .....	21
ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	22
DESARROLLO TEÓRICO DEL TEMA .....	24
ANATOMÍA .....	24
PAREDES DE LA CAVIDAD ORAL.....	25
ESTRUCTURA DE LA BOCA .....	26
QUISTES MAXILARES Y MANDIBULARES .....	28
ETIOPATOGENIA .....	28
CLASIFICACIÓN DE LOS QUISTES.....	29

<b>A. QUISTES DEL DESARROLLO.....</b>	<b>30</b>
<b>B. NO INFLAMATORIOS.....</b>	<b>36</b>
<b>C. QUISTES NO EPITELIALES (PSEUDOQUISTES).....</b>	<b>37</b>
<b>AMELOBLASTOMAS.....</b>	<b>38</b>
Aspectos clínicos .....	40
Aspectos radiográficos.....	40
<b>IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.....</b>	<b>47</b>
<b>CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA .....</b>	<b>48</b>
<b>V. CONCLUSIONES.....</b>	<b>50</b>
<b>VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>51</b>
<b>VII. ANEXOS .....</b>	<b>55</b>

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**  
**“QUISTE MAXILAR SECUNDARIO A AMELOBLASTOMA”**

**Autor:** Campos Moposita, María de los Ángeles.

**Tutor:** Dr. Alfonso Morejón, Eduardo Arsenio

**Fecha:** Diciembre del 2016.

**RESUMEN:**

El presente caso clínico tiene como finalidad analizar el quiste maxilar secundario a ameloblastoma en una paciente de 23 años de edad, residente en Latacunga, con antecedentes de sinusitis tratadas empíricamente, además que cursa tercer trimestre de embarazo; acude a casa de salud, por presentar un crecimiento lento y progresivo de masa en hemicara derecha causando deformidad, dolor, parestesias y molestias oculares.

En la Tomografía axial y computarizada se observa lesión quística localizada en el antro maxilar derecho la cual produce expansión y destrucción de la pared medial y de la pared anterior del mismo, hacia su porción superior adosada al piso de la órbita se observa una pieza dentaria correspondiente al canino con destrucción ósea.

Acude a Cirujano Maxilo Facial quien diagnostica quiste maxilar decidiendo su resolución quirúrgica debido al compromiso funcional y estético, realizando exceresis de masa y estableciendo un diagnóstico de ameloblastoma sólido.

El objetivo que persigue el análisis de caso es analizar los diferentes métodos de diagnóstico y terapéuticos para la detección, intervención y tratamiento de los inmediatos y oportunos casos de ameloblastomas.

Al llegar a la conclusión del análisis de caso de identifico los factores de riesgo que influyen al cuadro clínico como es el crecimiento de la masa por aproximadamente 3 centímetros, procesos de inflamación y parestesias como síntoma secundario. La

visita al especialista por consulta privada logró establecer un seguimiento adecuado para evitar posibles complicaciones. Finalmente se describe el tratamiento quirúrgico utilizado siendo la exceresis y colocación de placa recuperando la funcionalidad y estética de la parte afectada.

**PALABRAS CLAVES:** QUISTE MAXILAR, AMELOBLASTOMA, DENTÍGERO, FACTORES DE RIESGO, METODOS DE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**  
**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  
**MEDICAL CAREER**  
**"KNEEL SECONDARY TO AMELOBLASTOMA"**

**Author:** Campos Moposita, María de los Ángeles.

**Tutor:** Dr. Alfonso Morejón, Eduardo Arsenio

**Date:** December 2016.

**SUMMARY:**

The aim of this present case is to analyze the maxillary cyst secondary to ameloblastoma in a 23-year-old patient living in Latacunga, with a history of sinusitis treated empirically, in addition to the third trimester of pregnancy; Goes to health home, for presenting a slow and progressive growth of mass in right hemicara causing deformity, pain, paresthesias and eye discomfort.

Axial and computerized tomography shows a cystic lesion located in the right maxillary antrum which causes expansion and destruction of the medial wall and the anterior wall of the same, towards its upper portion attached to the floor of the orbit is a corresponding tooth to the canine with bone destruction.

Maxillo Facial Surgeon who diagnoses maxillary cyst decides its surgical resolution due to the functional and aesthetic commitment, performing mass exceresis and establishing a diagnosis of solid ameloblastoma.

The objective of the case analysis is to analyze the different diagnostic and therapeutic methods for the detection, intervention and treatment of immediate and timely cases of ameloblastoma.

At the conclusion of the case analysis, we identified the risk factors that influence the clinical picture, such as the growth of the mass for approximately 3 centimeters,

inflammation processes and paresthesias as a secondary symptom. The visit to the specialist by private consultation managed to establish an adequate follow-up to avoid possible complications. Finally the surgical treatment used is described, being the exceresis and plaque placement recovering the functionality and aesthetics of the affected part.

**KEYWORDS:** MAXIMUM QUARTER, AMELOBLASTOMA, DENTÍERO, RISK FACTORS, DIAGNOSTIC METHODS, TREATMENT.

## I. INTRODUCCIÓN

El presente Análisis de caso se refiere al tema de Quiste Maxilar Secundario a Ameloblastoma, que se define como una neoplasia polimórfica localmente invasiva y constituyen el 1% de los tumores maxilares y 10% de todos los tumores odontogénicos<sup>(1)</sup>.

Se ha descrito que es un tumor benigno localmente agresivo y según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud en 1992, lo agrupan en un Tumor Odontogénico Benigno de epitelio odontogénico, sin ectomesénquima odontogénico<sup>(2)</sup>.

El ameloblastoma se origina principalmente por una lesión localizada en la parte central del hueso de la zona bucomaxilofacial y conformada desde el punto histológico por: huesos, mucosas, dientes, glándulas, tejidos conectivos, musculares tanto de fibra lisa como estriada, piel, ganglios linfáticos, vasos y nervios. Invade lentamente, destruye y se esparce indeterminadamente hacia estructuras vecinas<sup>(3)</sup>.

Los quistes maxilares son formaciones que no sólo afectan a los maxilares, son suficientemente grandes afectando los contornos de la cara, este tipo de trastornos son lesiones epiteliales de crecimiento lento, expansivo que pueden ocasionar secuelas estéticas y funcionales con afectación en la integridad del componente maxilofacial<sup>(4)</sup>.

Se presentan con mayor incidencia entre los 20 a 40 años, con mayor predominio en el sexo femenino que el masculino<sup>(5)</sup>. Su crecimiento oscila de 1,5cm a 3cm de diámetro, el 80% de los ameloblastomas afectan la mandíbula siendo el 70% localizado en la región molar y la rama ascendente, 20% en la región premolar y el 10% en la región anterior; la afectación en el maxilar tiene un diagnóstico poco favorable, afectando la zona canina, extendiéndose al seno maxilar, la órbita y la

base del cráneo, lo que puede provocar obstrucción nasal, epistaxis, trismo y compromiso del seno maxilar<sup>(6)(7)</sup>. Se relaciona que entre el 10 a 15% se asocian a un diente no erupcionado<sup>(8)</sup>.

En Chile, según estudio realizado por Ochsenius (2007), se ha reportado que los quistes maxilares corresponderían a un 10% del total de muestras biopsiadas del territorio maxilofacial, incluyendo al queratoquiste, con una proporción del 41,4% para hombres y un 58,6% para mujeres<sup>(9)</sup>.

Los ameloblastomas son asintomáticos en sus estadios iniciales, la presencia de tumefacción o secreción intrabucal cuando hay infección un tamaño significativo que producen deformidad del hueso afectado, retención o desplazamiento de piezas dentarias, pueden provocar la reabsorción de raíces dentales próximas, aunque no es común, y la compresión de estructuras cercanas, como el nervio dentario inferior, provocando alteraciones sensoriales en el hemilabio correspondiente, la palpación puede mostrar que la tumefacción es francamente fluctuante o sólida como el hueso<sup>(10)</sup>.

Las alternativas de los exámenes para complementar un diagnóstico son: Ortopantomografía (Rx panorámica de maxilares), radiografías simples de macizo facial, de acuerdo a la necesidad de cada caso (AP, PA, Watters), TC (Tomografía computarizada con cortes axiales, coronales y sagitales) más reconstrucción en tercera dimensión<sup>(11)</sup>.

Es importante realizar un diagnóstico diferencial con un gran número de patologías por compartir ciertas características clínicas como son: el quiste dentígero, el queratoquiste, el quiste residual, el tumor odontogénico adenomatoide, el tumor odontogénico epitelial calcificante, el quiste odontogénico epitelial calcificante, el mixoma, el granuloma central de células gigantes, el tumor del hiperparatiroidismo, los fibromas odontogénicos y las lesiones fibroósas en sus estadios iniciales, entre otras patologías<sup>(6)</sup>.

Otros estudios complementarios como son el Examen ultrasonográfico, Escala de imagen de Gray, el Doppler imagen color de flujo (CDFI), ayudan en la determinación de ciertas patologías al realizar el diagnóstico diferencial <sup>(11)</sup>.

Para el tratamiento del ameloblastoma por ser un quiste del maxilar benigno pero localmente agresivo es controversial; se debe valorar la parte clínica si es de tipo sólido, multiquístico, uniquístico y periférico localización, el tamaño del mismo, así como también la edad del paciente <sup>(12)</sup>.

Es necesario apoyarse en el examen histopatológico mediante la toma de biopsia, entre las opciones de tratamiento se encuentran: enucleación, enucleación más curetaje, resección en bloque, resección marginal, hemirresección, crioterapia, radiación, cauterización o combinación de ellas <sup>(13)</sup>.

La investigación del tema propuesto tiene el interés académico y profesional, académico porque se va a revisar la literatura, libros y artículos relacionados ya que en el Ecuador hay pocos casos publicados sobre este tema lo que se llevó a determinar mediante el análisis de caso sobre las falencias que existen en el manejo de pacientes con ameloblastomas tanto para su diagnóstico y tratamiento.

## **II. OBJETIVOS**

### **I. OBJETIVO GENERAL.**

- Analizar las falencias en el manejo de pacientes para un correcto diagnóstico y tratamiento en pacientes con Quiste maxilar secundarios a ameloblastoma.

### **II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Determinar las oportunidades de los métodos de diagnóstico utilizados en pacientes con Quiste Maxilar secundario a ameloblastoma.
- Identificar la pertinencia de las medidas terapéuticas en pacientes con Quiste Maxilar secundario a ameloblastoma.

### **III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES**

#### **DESCRIPCIÓN DE FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES**

El presente Análisis de Caso Clínico se desarrolla con las diferentes fuentes de información y recursos bibliográficos, los mismos que serán detallados a continuación:

- Historia clínica, donde se detalla la información con un orden cronológico desde el inicio de su sintomatología hasta las diferentes revisiones médicas, la misma que nos permitió recopilar la mayor parte de información posible sobre antecedentes, métodos de diagnóstico, conductas al tratamiento, y recomendaciones establecidas por el personal de salud.
- Información directa brindada por la paciente al realizar la entrevista médica, con el fin de identificar las oportunidades de mejora, el cumplimiento del tratamiento realizado y las posibles mejoras.
- Información bibliográfica como revistas médicas, artículos científicos, guías clínicas para la realización de este trabajo de investigación donde se tomó en cuenta la definición, clasificación, diagnóstico, protocolo de atención enfocado en el Servicio de la Cirugía Buco-Maxilo-Facial a nivel mundial ya que la incidencia de esta patología es baja en nuestro país, dándonos la oportunidad de analizar criterios de validación de los estudios seleccionados según la calidad metodológica, la magnitud y precisión de los resultados y la aplicabilidad al área de interés.

## **IV. DESARROLLO**

### **DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DEL CASO**

#### **Datos de Filiación del paciente**

Paciente de 23 años de edad, género femenino, etnia mestiza, religión católica, instrucción superior incompleta, ocupación estudiante, estado civil casada, nacida y con residencia ocasional en Latacunga, residencias ocasionales no refiere, lateralidad diestra, grupo sanguíneo ORh+.

Fuente de Información: Directa.

#### **Antecedentes patológicos personales**

- Sinusitis hace 5 meses tratada empíricamente.
- Alergias: No refiere.
- Cursa tercer trimestre de embarazo.

#### **Antecedentes patológicos familiares**

- Padre con Síndrome Mielodisplásico, Cor Pulmonale.
- Abuelos Paternos: Cáncer de vesícula, Abuela con HTA.
- Abuelos Maternos: Abuelo con HTA +, Cáncer de Páncreas; Abuela con HTA + Cáncer de estómago.

#### **Antecedentes Gineco Obstétricos**

- Menarquia 12 años.
- Gestas 3; Partos 1, Cesáreas: 0, Abortos 0.
- FUM: 09- septiembre – 2015.
- F.P: 18 – Junio – 2016.
- Vida sexual activa 17 años.

- Método anticonceptivo ninguno.

### Hábitos

<b>Alimentación</b>	<b>3 veces al día</b>
<b>Deposición</b>	1 vez al día
<b>Micción</b>	3 – 4 veces al día
<b>Sueño</b>	6 horas al día
<b>Hábitos Tóxicos</b>	
<b>Alcohol</b>	No consume
<b>Tabaco</b>	No consume
<b>Drogas</b>	No consume
<b>Medicamentos</b>	No consume

**Tabla N.- 1:** Hábitos del paciente  
**Elaborado por:** Campos Moposita, María de los Ángeles  
**Fuente:** Historia Clínica de la Paciente.

**Motivo de Consulta:** Deformidad en hemicara derecha.

**Enfermedad Actual:** Paciente acude al servicio de consulta externa por presentar cuadro clínico de 7 meses de evolución caracterizándose por aumento progresivo de masa a nivel de la zona nasogeneana del lado derecho, teniendo como causa aparente traumatismo contuso hace 1 mes atrás, el mismo que tiene un crecimiento lento y progresivo, con un diámetro de aproximadamente de 3 a 4 cm, de bordes regulares, suave, que se acompaña de dolor de leve intensidad, tipo punzante, que posteriormente se exagera a dolores muy intensos que en ocasiones impiden la masticación, con irradiación hacia estructuras vecinas que impiden la apertura bucal.

Al cuadro se suma parestesias en hemicara derecha y hace 2 meses dolor infraorbitario tipo opresivo de leve intensidad que provoca lagrimeo constante y molestias oculares, por lo que acude a médico facultativo quien prescribe

analgesia, cediendo temporalmente la sintomatología y envía exámenes complementarios para ser nuevamente evaluada.

### Examen Físico:

SIGNOS VITALES	
TA	90/60 mmHg
FC	72 lpm
FR	18 lpm
T <sup>0</sup>	36.2 <sup>0</sup> c
SAT O2	90 %
MEDIDAS ANTROPOMETRICAS	
Peso	50 kg
Talla	158 cm
IMC	20 kg/m <sup>2</sup>

**Tabla N.- 2:** Exploración de signos Vitales  
**Elaborado por:** Campos Moposita, María de los Ángeles  
**Fuente:** Historia Clínica de la Paciente.

### Examen Regional

- **Nariz:** pirámide nasal de implantación normal, a la palpación ligero aumento de volumen en fosa nasal derecha, sin presencia de secreciones, percepción olfatoria disminuida.
- **Rinoscopia:** Hipertrofia de cornetes, edema nasal de fosa derecha.
- **Senos paranasales:** no dolorosos a la digito presión.
- **Boca:** Mucosa Oral y lingual húmedas, piezas dentales en regular estado, a la inspección se evidencia una masa de tamaño variable, la mucosa color roja, congestionada, vascularizada, a la palpación es suave, no dolorosa, se realiza punción observándose secreción serosanguinolenta en moderada cantidad,

disminuyendo de tamaño transitoriamente, y se confirma pérdida de la sensibilidad en región afectada, pérdida de surco nasogeniano del lado derecho.

- **Oro faringe:** no congestiva.

### **Impresión Diagnóstica.**

- Masa de origen a determinar en región maxilar
- Embarazo de 32 semanas de gestación.

### **Exámenes Solicitados**

- Biometría Hemática.
- Química Sanguínea.
- Tiempos de Coagulación.
- Radiografía de tórax.
- Electrocardiograma.
- Tomografía Axial Computarizada.

**Nota:** Paciente que no se realiza los exámenes debido a que se encuentra en estado de gestación.

### **Tratamiento Recibido**

- Paracetamol 500 mg vía oral, cada 8 horas por 4 días.
- Valoración con exámenes.
- Referencia a especialista.

## **EVOLUCIONES**

**Fecha:** 05 de Abril del 2015.

Paciente refiere, crecimiento y aumento de volumen de masa en región nasogeneana, por lo que acude a Otorrinolaringólogo, quien al examen físico evidencia percepción olfatoria disminuida más obstrucción nasal derecha.

Boca: se evidencia masa de aproximadamente 1cm, congestionada, vascularizada, suave y no dolorosa a la palpación, se realiza punción observando secreción serohemática en moderada cantidad, disminuyendo el tamaño transitoriamente y pérdida de la sensibilidad en la región afectada, ausencia del surco nasogeneano, quien amerita consulta con Odontólogo para descartar pieza dental en mal estado.

### **Impresión Diagnóstica:**

- Descartar quiste maxilar.
- Embarazo de 34 semanas.

### **Indicaciones:**

- Paracetamol 500 mg vía oral, cada 8 horas por 4 días.

**Fecha:** 04 de Junio del 2016.

Familiares de la paciente acuden a médico especialista Cirujano Maxilofacial quien indica que por su estado de gestación no se puede realizar ningún tipo de tratamiento agresivo por lo que se inicia antibioticoterapia más analgesia, debido al crecimiento progresivo causa deformidad en hemicara derecha más dolor y pérdida de la sensibilidad.

Además se envía exámenes de laboratorio e imagen (RX - TAC), cuando termine el embarazo, para ser evaluada.

**Impresión Diagnóstica:** Quiste maxilar

**Prescripción:**

- Amoxicilina 500 mg, Vía Oral cada 8 horas.
- Paracetamol 500 mg cada 8 horas en caso de que no ceda el dolor cada 6 horas.

**Fecha:** 15 de Julio del 2016.

Paciente acude a especialista, al mes de terminar su gestación presentando aumento de volumen más deformidad en hemicara derecha , ausencia de dolor en región naso geniana, el cuadro se caracteriza por aumento de dolor infraorbitario, lagrimeo, más visión borrosa y en ocasiones dolor punzante de gran intensidad que en ocasiones dificultan la masticación y apertura bucal.

**Examen físico:**

Se observa asimetría de la cara, ligeramente deformada debido al aumento de volumen en zona naso geniano, con pérdida del surco naso geniano del lado derecho, no doloroso a la palpación, suave, acompañado de parestesias en labio superior y zonas aledañas.

Paciente refiere que la sintomatología ocular ha ido progresando, con dolor opresivo, lagrimeo constante, y disminución del ángulo externo del mismo, debido al compromiso ocular, médico especialista valora para su resolución quirúrgica.

**Exámenes Complementarios:**

<b>Examen hematológico</b>	
Glóbulos Rojos	4.290.000 cc.
Leucocitos	7.700 u/l
Hemoglobina	11.94 g/dl
Hematocrito	39%

**Tabla N.- 3:** Resultados de exámenes hematológicos

**Elaborado por:** Campos Moposita, María de los Ángeles  
**Fuente:** Historia Clínica de la Paciente.

<b>Hemograma</b>	
Segmentados	49%
Linfocitos	49%
Monocitos	2% ;
Eosinófilos	1% .

**Tabla N.- 4:** Resultados de Hemograma  
**Elaborado por:** Campos Moposita, María de los Ángeles  
**Fuente:** Historia Clínica de la Paciente.

<b>Química Sanguínea</b>	
Glucosa	79.2 md/dl
Urea	30.4 mg/dl
Creatinina	0.78 mg/dl
Fibrinógeno	301.1 mg.
<b>Tiempos de Coagulación:</b>	
TP 13 seg	TTP 33.5 seg.

**Tabla N.-5: Resultados de Química Sanguínea**  
**Elaborado por:** Campos Moposita, María de los Ángeles  
**Fuente:** Historia Clínica de la Paciente

**Electrocardiograma:** con reporte normal **Anexo 8.**

**Radiografía de Tórax:** con reporte normal **Anexo 1.**

**Tomografía Axial Computarizada, Macizo Facial:** Se realizan cortes tomográficos axiales y coronales a nivel del macizo facial, con reconstrucciones 3D, observando:

Presencia de lesión quística redondeada de 4,4 cm por 4,2 cm localizada en el antro maxilar derecho la cual produce expansión y destrucción de la pared medial y de la pared anterior del mismo, hacia su porción superior adosada al piso de la órbita se observa una pieza dentaria de 1,5 cm aproximadamente con características de corresponder al canino.

La lesión quística produce además destrucción y expansión del maxilar superior con desplazamiento de los alveolos dentarios aledaños.

Seno maxilar izquierdo, las celdillas etmoidales, los senos frontales y el seno esfenoidal no presentan alteraciones.

Hipertrofia de la mucosa de los cornetes más obstrucción leve de la vía aérea.

Ligera desviación del septum nasal en su porción anterior hacia el lado izquierdo.

**Conclusión:**

1. Quiste Maxilar.
2. Quiste dentígero ubicado en el antro maxilar derecho que produce destrucción ósea de la pared anterior y pared medial del seno maxilar así como hueso maxilar más alveolos dentarios **Anexo 2.**

Médico especialista decide intervenir quirúrgicamente a la paciente en los próximos días debido a la gravedad de la clínica manifestada.

Fuente de Información: Directa.

**Impresión Diagnóstica:** Quiste maxilar secundario a ameloblastoma.

**Prescripción:**

Ingreso para resolución quirúrgica.

Ibuprofeno de 400 mg cada 8 horas hasta el día de la intervención.

**Fecha:** 20 de Julio del 2016

Los familiares de la paciente inician trámites para que se pueda intervenir en Clínica Particular Kennedy en la ciudad de Guayaquil, debido a la demora de obtener un demora de especialista en el Hospital.

Paciente que ingresa a casa de salud para ser intervenida quirúrgicamente, teniendo en cuenta que se encuentra en periodo de lactancia, siendo hospitalizada para ser intervenida.

**Examen físico:** Se evidencia asimetría de la cara, ligeramente deformada debido al aumento de volumen en zona nasogeniana, pérdida del surco nasogeniano del lado derecho, no doloroso a la palpación, suave, con bordes regulares, de aproximadamente 4 - 5 cm, pérdida de la sensibilidad del lado afectado **Anexo 9**.

Además se observa asimetría del lado derecho, con ligera disminución de la apertura ocular. Edema infraorbitario derecho que limita la apertura.

### **Historia Clínica Post Quirúrgica**

#### **Apariencia General**

Paciente con fascies gravídica, despierta, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, hidratada, afebril, con lenguaje comprensible.

#### **Signos Vitales:**

PA: 100/70 mmHg.

FC: 95 latidos por minuto.

FR: 16 respiraciones por minuto.

SATURACION O2: 90% a aire ambiente.

Paciente consciente, orientada, afebril, semihidratada, álgica, hemodinámicamente estable.

#### **Examen Regional**

- **Ojos:** pupilas isocóricas, normorreactivas a la luz y acomodación, escleras anictéricas, conjuntivas rosadas, movimientos oculares normales, se evidencia disminución del ángulo externo del ojo derecho.

- **Boca:** Mucosa Oral y lingual húmedas, piezas dentales en regular estado, a la inspección se evidencia edema y equimosis en hemicara derecha.

#### **Impresión Diagnóstica:**

- **Diagnóstico Pre quirúrgico:** Quiste maxilar secundario a ameloblastoma.
- **Diagnóstico. Postquirúrgico:** Quiste maxilar secundario a ameloblastoma.
- **Operación proyectada:** Exceresis de quiste maxilar.
- **Operación realizada:** Exceresis de quiste maxilar + placa de titanio.
- **Programación:** electiva.
- **Tipo de anestesia:** General.

#### **Prescripción en Hospitalización:**

- Hidratación.
- Analgesia.
- Protector gástrico.

**Hallazgos:** En el examen intrabucal se observa expansión de la tabla vestibular desde la pieza dental número 21 al 28, la cual es de consistencia papirácea a la palpación, la mucosa se observa sin signos de infección **Anexo 10.**

#### **Procedimiento:**

1. Bajo anestesia general se realiza exceresis **Anexo 11.**
2. Colocación de placa de titanio **Anexo 12, 13.**
3. Asepsia y antisepsia.
4. Colocación de campos operatorios.
5. Incisión de Wasmund (semilunar modificada) vestibular desde la pieza dental número 22 hasta 26 y por encima del surco gingival, se respetó el frenillo medio labial.

6. Separación de musculatura.
7. Identificación de Quiste y exéresis del mismo cien por ciento.
8. Control de hemostasia.
9. Se comprueba exéresis total.
10. Control de hemostasia y lavado de cavidad con solución salina.
11. Síntesis: planos mediante Vycril 3/0.

**Complicaciones:**

- Ninguna.
- Sangrado: 300 cc.
- Histopatológico: La muestra fue colocada en formol al 10% para su respectivo estudio histopatológico.

**Diagnóstico:** Ameloblastoma sólido.

**Fecha:** 21 de Julio del 2016.

**Indicaciones Postquirúrgico:** Tratamiento y procedimientos terapéuticos:

- Nada Por vía oral.
- Control de Signos vitales.
- Semifowler.
- Control de tapones nasales.
- Lactato de Ringer 1000 cc IV cada 12 horas.
- Ampicilina más sulbactam 1.5 gr IV cada 8 horas.
- Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.
- Omeprazol 40 mg. IV cada día.

- Paracetamol 1gr IV cada 8 horas.
- Ketorolaco 30 mg IV cada 8 horas.
- Novedades.

**Fecha:** 22 de Julio del 2016.

Paciente es dada de alta con tratamiento ambulatorio más medidas generales. Cabe recalcar que se impide lactancia materna debido a medicación que fue administrada.

<b>Exámenes de Laboratorio:</b>	
WBC:	9300/mm <sup>3</sup>
N:	86%
Hb:	11, g/dl
Hto:	37,9%

**Tabla N.- 6:** Resultados de control: exámenes laboratorio  
**Elaborado por:** Campos Moposita, María de los Ángeles  
**Fuente:** Historia Clínica de la Paciente

**Prescripción:**

Paciente es dada de alta con tratamiento ambulatorio más medidas generales. Cabe recalcar que se impide lactancia materna debido a medicación que fue administrada.

1. Dieta líquida.
2. Semifowler.
3. Higiene bucal con cepillo de:
  - Encident.
  - Enjuague bucal ENCIDET.

4. Aplicar Compresas calientes por 10 – 15 minutos en el área afectada, los 3 primeros días.
5. Posterior aplicar hielo local durante los 3 meses siguientes.
6. Evitar consumo de grasas, lácteos, comidas irritosas.
7. No exponerse al sol.
8. Amoxicilina + IBL 500 mg, cada 8 horas, Vía Oral.
9. Ketorolaco, 20 mg, vía oral cada 8 horas.
10. Loratadina 10 mg vía oral cada día.
11. Novedades.

### **Controles Domiciliarios**

**Fecha:** 27 de Julio del 2016.

Paciente no refiere complicaciones, se evidencia dificultad para la apertura bucal, y dificultad en el habla. Edema y equimosis en área afectada.

**Fecha:** 28 de Julio del 2016.

Paciente no refiere ninguna complicación, se evidencia edema y equimosis en el área afectada.

**Fecha:** 29 de Julio del 2016.

Paciente refiere molestias y dolor de moderada intensidad y aumento notorio en el área afectada, además de dificultad para la masticación, para apertura y el habla.

**Examen Físico:** Se evidencia aumento en el volumen en región afectada y salida de líquido serohemático por puntos.

Paciente acude a facultativo quien realiza punción y retiro de puntos (2) para ayudar a la salida de líquido serohemático en gran cantidad, además realiza compresión en el área afectada evidenciando presencia de pequeños coágulos.

**Prescripción:**

Prescribe Ketorolaco, IM, por 2 días.

Además refiere evitar todo esfuerzo físico y realizar reposo absoluto, permanecer y dormir en Semifowler, por 5 días, evitar descansar en decúbito lateral derecho, dieta estrictamente líquida, evitar el consumo de alimentos duros que provoquen la masticación.

No consumir lácteos, grasas, comidas irritosas.

Higiene Bucal: realizarse cepillados por lo menos 3 veces al día, con movimientos suaves, en caso no persistir dolor y molestias o presencia de sangrado realizar enjuagues bucales (Encident).

Ingerir líquidos.

**Fecha de Consulta:** 30, 31 de Julio del 2016.

**Lugar:** Domicilio de la Paciente.

**Motivo de Consulta:** Control.

**Tipo de Atención:** Privada.

**Enfermedad Actual:** Paciente refiere disminución de la sintomatología y dolor.

Se educa al paciente sobre su higiene bucal.

**Fecha:** 01 de agosto del 2016.

Paciente no refiere ninguna molestia, por lo que acude al retiro de puntos. Paciente manifiesta anestesia y parestesias en el área afectada, además se evidencia desviación de la comisura labial, y pérdida de la sensibilidad.

Se envía fisioterapia durante 1 mes.

## **EVOLUCIÓN DE FISIOTERAPIA**

- Paciente acude a fisioterapia para disminución del edema y mejorar la motricidad y sensibilidad de hemicara derecha.
- Con colocación de calor local + masoterapia + digito presión para activación de puntos motores del nervio facial.
- Reeduación de la mímica y facial. (Muecas, soplos)+ Sensopercepción.

## **CONTROLES**

### **CONTROL A LOS 3 MESES**

Paciente es valorado por médico especialista quien refiere no tener ninguna molestia.

Las parestesias aún se mantienen, se evidencia disminución de la sensibilidad en el área afectada, leve desviación de la comisura labial del lado afectado.

Hay buena cicatrización.

## **DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO**

### **Factores de riesgo biológicos**

Basándonos en la Historia Clínica de la paciente podemos definir que entre los factores biológicos de importancia se encuentran:

- La edad de la paciente porque es el factor de riesgo principal detallada en estos casos de acuerdo al tipo promedio convencional.
- La retención del diente ya que se relaciona con la formación de células que son capaces de formar ameloblastomas.
- Déficit de ingesta de vitaminas en el transcurso de la niñez y adolescencia.

### **Factores de riesgo ambientales**

- La falta de personal médico para encontrar especialistas lo que ocasiona la pérdida de tiempo en la asignación de un turno.

### **Factores de riesgo ligados al Estilo de Vida - Sociales**

- La paciente es de instrucción secundaria incompleta y permanece bajo la custodia de sus padres, con un embarazo de 7 meses factores que limitan a que no pueda encontrar un trabajo y no tenga sus propios ingresos, por lo que los ingresos económicos no son suficientes.

## ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

- **Oportunidad en la solicitud de la consulta:** Bajo un diagnóstico clínico de Sinusitis con evolución de 1 año, con la ausencia de sintomatología, siendo el traumatismo contuso presentado en la hemicara derecha lo que provoca un aumento de dolor latente de 7 meses de evolución, conlleva a que la paciente se demore en acceder inmediatamente a una Unidad de Salud para que sea evaluada y remitida al especialista indicado.

La paciente accedió desde un inicio a facultativo en Consultorio Médico Privado, por la presencia de masa y aumento de volumen de la misma, acude a especialista Médico - Otorrinolaringólogo, quien luego de realizar la entrevista en la evaluación médica diagnóstica masa de origen a determinar en zona maxilar complementando con los exámenes imagenológicos, donde manifiesta la paciente que no se realiza por las sospechas de encontrarse en estado de gestación.

- **Acceso a la atención médica:** La paciente accedió a Consultorio Privado debido a la agilidad que tuvieron los familiares al buscar ayuda médica particular, por la demora en la atención en la Unidad Médica de Salud, la misma que se encuentra en la ciudad de Ambato en las calles Sucre y Olmedo, parroquia Urbana La Matriz con un acceso directo ya que la paciente reside ocasionalmente en Latacunga.
- **Características de la Atención:** La paciente indica la calidad y la eficiencia que tuvo el profesional para realizarle a entrevista para la evaluación médica fue excelente.
- **Oportunidades en la remisión:** Puesto que la atención médica fue de forma privada por el especialista en Otorrinolaringología hacia el especialista en Cirugía Maxilo Facial en el cantón Cevallos ya el médico

mencionado se encontraba realizando brigadas médicas con colegas de dicho cantón. Al ser atendida por el profesional indica que debe realizarse los exámenes pertinentes luego de terminar su embarazo y ser intervenida quirúrgicamente debido al compromiso ocular existente para la extracción del Quiste Maxilar, en la Clínica Particular Kennedy, en la Ciudad de Guayaquil donde reside el médico y tiene su Consulta Privada, debido a la complejidad que implica la intervención a nivel del maxilar.

- **Trámites administrativos:** Todos los trámites fueron realizados conforme se iba realizando los controles médicos pertinentes, en un inicio con dificultades debido al estado de gestación.

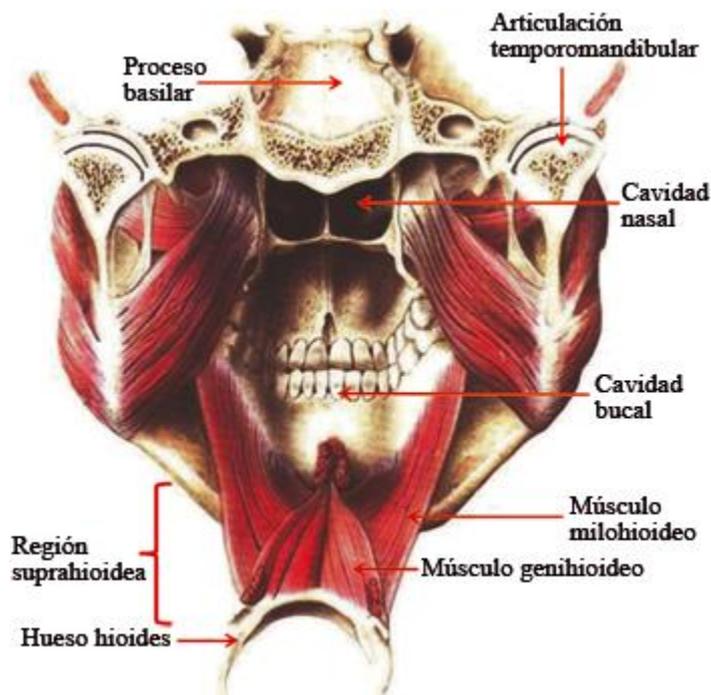
## DESARROLLO TEÓRICO DEL TEMA

### ANATOMÍA

La boca o llamada también como cavidad bucal o cavidad oral, es la abertura por donde ingresan los alimentos, constituye parte del aparato estomatognático <sup>(14)</sup>.

### SITUACIÓN

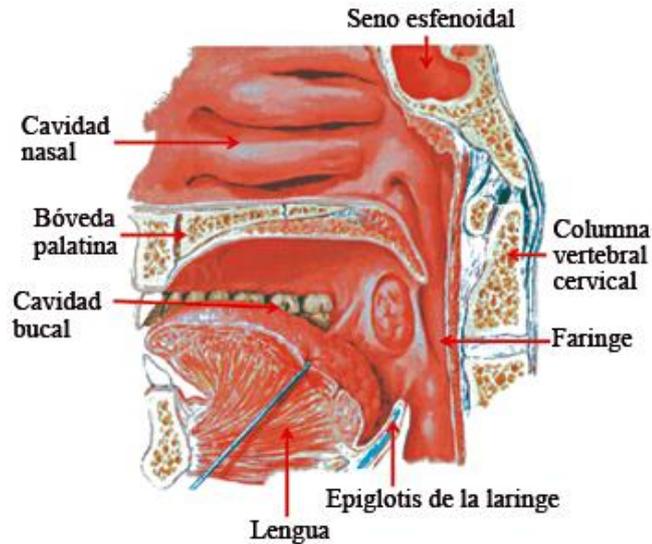
La boca se encuentra situada en la porción facial de la cabeza, por debajo de la cavidad nasal, por encima de la región suprahoidea y por delante de la faringe.



**Gráfico N-1:** Situación de la boca y cavidad nasal. Vista Posterior

**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos

**Fuente:** Anatomía aplicada a la estomatología. Companioni, Felix. 2012



**Gráfico N-2:** Situación de la boca y cavidad nasal. Vista Medial  
**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos  
**Fuente:** Anatomía aplicada a la estomatología. Companioni, Felix. 2012

En la boca se distinguen tres tipos de mucosa:

1. **De revestimiento:** Presenta una submucosa.
2. **Masticatoria:** no contiene mucha submucosa, queratinizada o paraqueratinizada y en contacto con el tejido óseo.
3. **Especializada:** se localiza en ciertas partes de la lengua, se refiere a los receptores de gusto.

### **PAREDES DE LA CAVIDAD ORAL**

La boca puede considerarse como la estancia de cinco paredes, como son:

1. **Pared anterior:** constituida por los labios.
2. **Paredes laterales:** está formada por las mejillas.
3. **Pared inferior:** Formada por el piso de la boca y donde tiene ubicación la lengua.
4. **Pared Superior:** conocida también como paladar, conformado por una porción ósea en la que se encuentra el paladar duro o la bóveda palatina y una porción membranosa donde se localiza el paladar blando.

**5. Paladar posterior:** llamado istmo de las fauces que comunica la boca con la Faringe.

## **ESTRUCTURA DE LA BOCA**

**Los Maxilares** son huesos que forman la mandíbula superior, constituyendo así la parte delantera del techo de la boca formando el paladar duro y donde dan cavidad a las cuencas de los dientes superiores. Están también los senos maxilares o conocidos como antro de Hignore. Durante el desarrollo las porciones de los hueso maxilares conocidos como procesos palatinos crecen y se fusionan en el medio para formar el paladar duro <sup>(14)</sup>.

**Los Palatinos** son huesos que forman la bóveda palatina, cavidad nasal, la órbita y la fosa pterigopalatina.

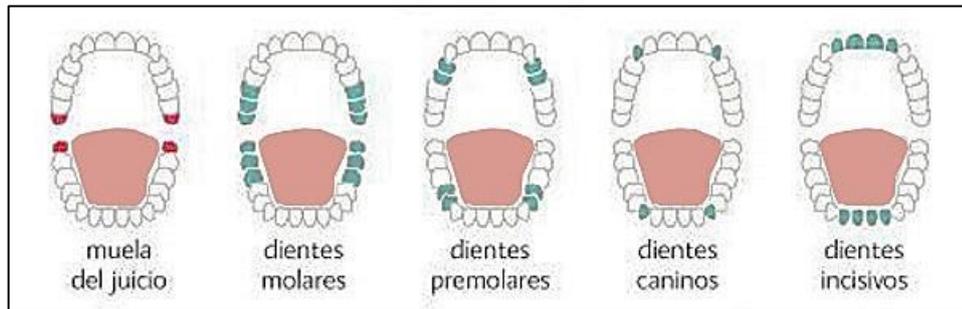
**La Lengua** es un órgano músculo membranoso, se distinguen la punta, los bordes, el cuerpo y la base, desempeña importantes funciones como la hidratación mediante la salivación, la deglución, el lenguaje y el sentido del gusto.

**Los Dientes** conforman el aparato masticador y se originan desde el maxilar superior y el maxilar inferior por medio del periodonto. La función principal es participar en la masticación de los alimentos para poder triturarlos y así que se cumpla la digestión <sup>(15)</sup>.

Existen diferentes tipos de dientes que cumplen con una función específica de acuerdo a la forma que presenta cada una:

- **Incisivos:** Son los dientes que se encuentran en la parte anterior, tiene forma de cincel y con una sola raíz, y se utilizan para cortar los dientes.
- **Caninos:** conocidos como colmillos, son los dientes que tienen forma puntiaguda, tienen una corona triangular y una raíz larga, sirven para desgarrar los alimentos.

- **Premolares:** tienen 2 cúspides puntiagudas en su superficie de masticación y una raíz, la función principal es de aplastar y desgarrar.
- **Molares:** Tienen muchas cúspides en la superficie de masticación, la función principal es de moler por su gran tamaño, los molares del maxilar superior tienen 3 raíces mientras que los del inferior tienen 2 raíces.

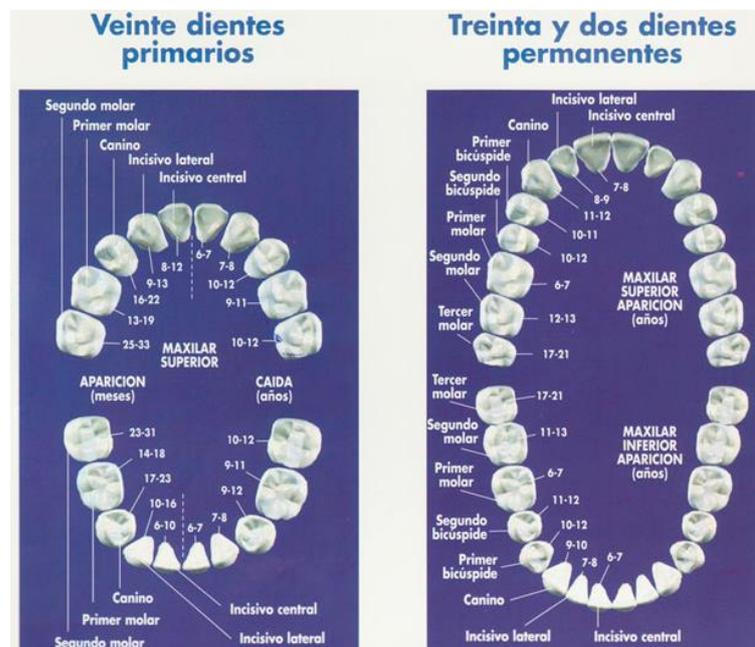


**Gráfico N.- 3:** Tipos del Diente

**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos

**Fuente:** <http://clinicaoi.es/muelas-del-juicio-dejar-o-extraer/>

En los niños la dentadura empieza a formarse con dientes de leche constituyéndose así en 20 piezas dentales, en los adultos se forman 32 dientes definitivos tomando en cuenta las muelas del juicio.



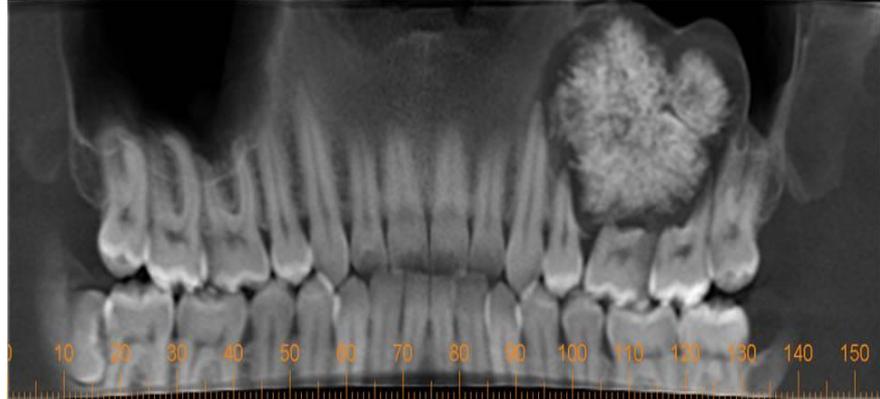
**Gráfico N. 4:** Desarrollo Dental – Formación de los dientes

**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos

**Fuente:** <http://www.clinicadentalzorrilla.es/especialidades/odontopedriatia/>

## QUISTES MAXILARES Y MANDIBULARES

A nivel del maxilar y de la mandíbula los quistes se presentan de manera habitual de etiología benigna.



**Gráfico N.- 5:** Patología Oral. Odontoma Amelobástico

**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos

**Fuente:** <http://patoral.umayor.cl/patoral/?p=1754>

Pueden presentar secuelas graves ya sean por el tamaño o el tipo de tejido de afectación, como la pérdida de los dientes o de tejido óseo o incluso la invasión de estructuras vecinas.

**Concepto:** Es una lesión en la cual el saco epitelial se llena de material fluido o semifluido que causa una cavidad de tipo patológica. Los quistes son benignos en un porcentaje ínfimo pueden llegar a malignizarse, la localización más habitual es sobre los incisivos centrales o paletas. Los quistes peri apicales y dentígeros constituyen un 90% del total de los quistes. <sup>(4)</sup>.

### ETIOPATOGENIA

Los quistes maxilares alcanzan un grupo de lesiones variables en su incidencia, causa, localización, comportamiento clínico y tratamiento. Por tanto la ubicación patognomónica se debe plantear sobre una relación clínico - radiográfica para establecer un diagnóstico diferencial.

## CLASIFICACIÓN DE LOS QUISTES

De acuerdo con la disposición o forma de presentación de los quistes maxilares, existe una clasificación aceptada por la OMS (1992) <sup>(1)</sup>.

	<b>QUISTES EPITELIALES</b>
<b>A.</b>	<b>DEL DESARROLLO</b>
<b>1.</b>	<b>Odontogénicos.</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quiste gingival del lactante (perlas de Epstein).</li> <li>• Queratoquiste odontogénico (quiste primordial) (mal llamado, en mi opinión, “Tumor odontogénico queratoquístico”).</li> <li>• Quiste dentífero (folicular).</li> <li>• Quiste de erupción.</li> <li>• Quiste periodontal lateral.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quiste gingival del adulto.</li> <li>• Quiste odontogénico glandular, sialo-odontogénico.</li> </ul>
<b>2.</b>	<b>No odontogénicos.</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quiste del conducto nasopalatino (canal incisal).</li> <li>• Quiste nasolabial (nasoalveolar).</li> </ul>
<b>B.</b>	<b>INFLAMATORIOS</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quiste radicular.</li> <li>• Quiste apical y lateral.</li> <li>• Quiste residual.</li> <li>• Quistes inflamatorios asociados a erupción dentaria.               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quiste paradental.</li> <li>2. Quiste folicular inflamatorio.</li> <li>3. Quiste mandibular vestibular infectado.</li> </ol> </li> </ul>
<b>C.</b>	<b>QUISTES NO EPITELIALES (PSEUDOQUISTES)</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cavidad idiopática de Stafne.</li> <li>• Quiste óseo solitario (traumático o hemorrágico).</li> <li>• Quiste óseo aneurismático.</li> </ul>

**Tabla N.- 7:** Clasificación de los Quistes de los Maxilares

**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos

**Fuente:** OMS 1992

## A. QUISTES DEL DESARROLLO

### 1. Quistes Odontogénicos:

- **Quiste gingival del recién nacido:** conocidos también como disembrionoplásicos, se originan en la lámina dentaria. Surgen en el recién nacido como pequeñas excrecencias gingivales grisáceas o blanquecinas, presentándose de forma múltiple.

Se ubican en la cresta gingival (Perlas de Epstein) o en la línea media del paladar (Nódulos de Bohn). Habitualmente no demandan tratamiento, ya que se abren espontáneamente durante los primeros meses de vida <sup>(4)</sup>.



**Gráfico N.- 5:** Quiste gingival. Perlas de Epstein

**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos

**Fuente:** [http://tudentistafavorita.blogspot.com/2011\\_05\\_01\\_archive.html](http://tudentistafavorita.blogspot.com/2011_05_01_archive.html)

- **Queratoquiste odontogénico (quiste primordial):** Se originan en restos de la lámina dental o del epitelio del esmalte. Son asintomáticos, salvo que aparezcan complicaciones como parestesia del nervio dentario inferior, fracturas patológicas o infección intercurrente. Tras su extirpación quirúrgica recidiva en un porcentaje comprendido entre el 10 y el 60%, en función de las series <sup>(16)</sup>.



**Gráfico N. 5:** Patología Oral. Queratoquiste odontogénico con abombamiento en la tabla vestibular

**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos

**Fuente:** [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1698-44472004000300013](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472004000300013)

- **Quiste dentígero:** es el segundo quiste odontogénico más común. Asociado con la corona de un diente normal impactado, por lo general los terceros molares inferiores y caninos superiores, mediante la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del órgano del esmalte y la corona subyacente ya formado <sup>(17)</sup>.

Se produce en la zona molar y puede llegar a producirse una resorción casi total de la rama ascendente, con el desplazamiento del molar. En el maxilar superior en la zona del canino produce expansión de la porción anterior de dicho maxilar y puede semejar una celulitis o a una sinusitis por invasión del antro sinusal.

Suele ser de mayor predominio en el género femenino sobre el masculino y con mayor incidencia en los 20 a 40 años de edad <sup>(5)</sup>.

**Métodos de Diagnóstico:** El estudio radiográfico completo para detectar la posible existencia de alguna patología no visible clínicamente, como una Radiografía dental sinusal, llamada también panorámica, donde nos da una visualización completa de ambos maxilares y de las estructuras adyacentes, si se observa algo anormal es necesario que se practique una segunda radiografía que se visualice la tercera dimensión para ubicar la lesión en los tres planos como por ejemplo la Oclusal, bien sea superior o inferior dependiendo el caso.

La Tomografía computarizada TC, es beneficiosa para los casos de quistes dentígeros múltiples ya que este estudio provee detalles exactos en las tres dimensiones de las lesiones quísticas sin distorsión ni superposición.

Todos estos estudios aportan datos para determinar los posibles diagnósticos diferenciales que puedan identificar la lesión y junto con el estudio histopatológico, permiten establecer el diagnóstico definitivo.



**Gráfico N. 6:** Quiste Dentigero

**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos

**Fuente:** [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852011000600002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000600002)

**Diagnóstico Diferencial:** Principalmente debe hacerse con el ameloblastoma uniloculado, el Queratoquiste y el tumor odontogénico adenomatoide.

**Tratamiento:** El tratamiento 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 opta por un tratamiento más conservador para pretender resguardar la pieza dentaria, mediante apartamiento del revestimiento quístico de la pieza o mediante descompresión primaria y cuando haya disminuido el tamaño de la lesión, extirpación de la misma <sup>(16)</sup>.



**Gráfico N. 7:** Quiste Dentigero

**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos

**Fuente:** [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852011000600002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000600002)

- **Quiste de erupción:** Es una tumoración gingival de color azulado en el borde alveolar sobre la corona de una pieza temporal en erupción, asociándose a su retención, frecuentemente en niños <sup>(13)</sup>.



**Gráfico N.- 8:** Patología Oral. Quiste de erupción  
**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos  
**Fuente:**[http://cdn3.grupos.emagister.com/imagen/quiste\\_de\\_erupcion\\_898223\\_t0.jpg](http://cdn3.grupos.emagister.com/imagen/quiste_de_erupcion_898223_t0.jpg)

- **Quiste periodontal lateral:** Se origina en restos epiteliales odontogénicos, localizándose en el sector lateral de la raíz de una pieza dentaria. Son poco frecuente y asintomático, se observan en la 5ª década, en áreas de caninos, premolares e incisivos laterales mandibulares <sup>(17)</sup>.



**Gráfico N.-9:** Patología Oral - Periodontal  
**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos  
**Fuente:** <http://beqiaah.blogspot.com/>

- **Quiste gingival del adulto:** conocidos como quistes odontogénicos del desarrollo, derivando de la lámina dentaria. Son poco frecuentes, se localizan en el área canina y premolar mandibular.

Suelen ocasionar tumefacción gingival, en ocasiones de aspecto azulado, debiendo hacerse entonces diagnóstico diferencial con el mucocele <sup>(18)</sup>.



**Gráfico N. -10:** Patología Oral – Quiste gingival del adulto  
**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos  
**Fuente:** <https://es.slideshare.net/dulchebx/quiste-gingival>

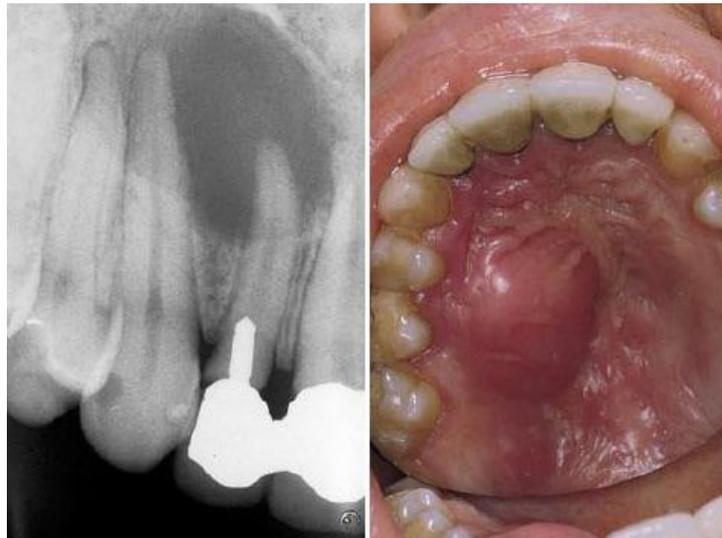
- **Quiste odontogénico glandular:** (Quiste sialodontogénico): Se presenta en adultos, suele ser invasivo, provocando adelgazamiento, erosión e incluso perforación del hueso adyacente en escasas ocasiones. Clínicamente se suele manifestar con inflamación, dolor o parestesia.

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) <sup>(11)</sup>.



**Gráfico N.-11:** Patología Oral. Quiste odontogénico glandular  
**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos  
**Fuente:** <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/1/art-23/>

2. **Quistes No odontogénicos:** Aparecen en los maxilares sin relación con los tejidos dentarios, cuyo origen parece ser la degeneración de restos epiteliales situados en las uniones embrionarias donde se forma el maxilar superior y las alas nasales <sup>(19)</sup>.
- **Quiste del conducto naso palatino (canal incisal):** La lesión se encuentra rodeada de una banda de esclerosis cortical de grosor variable. Puede provocar divergencia de las raíces de incisivos centrales superiores.



**Gráfico N.- 12:** Patología Oral – Quiste nasopalatino  
**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos  
**Fuente:** <https://es.slideshare.net/latiatuca/quiste-nasopalatino>

- **Quiste naso labial (naso alveolar):** Es un quiste raro de tejidos blandos (extra óseo). Se localiza en la parte anterior del maxilar superior, debajo del ala de la nariz y en la profundidad del surco naso labial. Se manifiesta con más frecuencia en mujeres, entre la 3ª y 6ª década de la vida. Es asintomático<sup>(20)</sup>.



**Gráfico N.- 13:** Patología Oral – Quiste nasolabial

**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos  
**Fuente:** <https://es.slideshare.net/anaybar/clase-quistes-de-los-maxilares-ii>

## B. NO INFLAMATORIOS

1. **Quiste radicular.** o peri apical, son consecuencia. Son consecuencia de una inflamación crónica, desarrollándose a partir de un granuloma periapical preexistente. 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 <sup>(21)</sup>.



**Gráfico N.- 14:** Patología Oral  
**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos  
**Fuente:** <https://es.slideshare.net/hellnano/pato-curso-uigv>

2. **Quiste apical y lateral:** Son muy poco frecuentes. Es muy similar al quiste radicular, de localización lateral a la raíz dental <sup>(13)</sup>.
3. **Quiste residual:** Se produce por la existencia de un quiste radicular extirpado de forma incompleta o porque existía un granuloma que pasó inadvertido en la extracción <sup>(22)</sup>.
4. **Quistes inflamatorios asociados a erupción dentaria:**
  - **Quiste para dental:** describe unas lesiones en las regiones bucal y distal de terceros molares mandibulares parcialmente erupcionados que han sufrido episodios previos de pericoronaritis <sup>(23)</sup>.
  - **Quiste folicular inflamatorio:** existe una progresión del proceso inflamatorio de los molares temporales tratados endodónticamente hacia el folículo del premolar.



**Gráfico N.- 15:** Patología Oral – Quistes inflamatorias

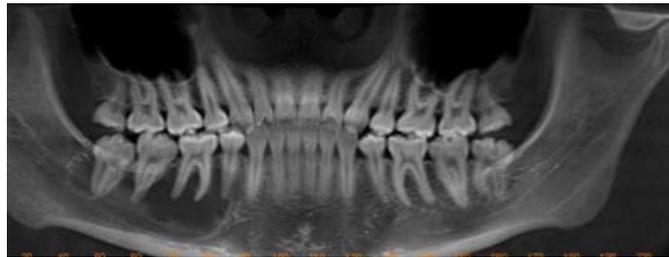
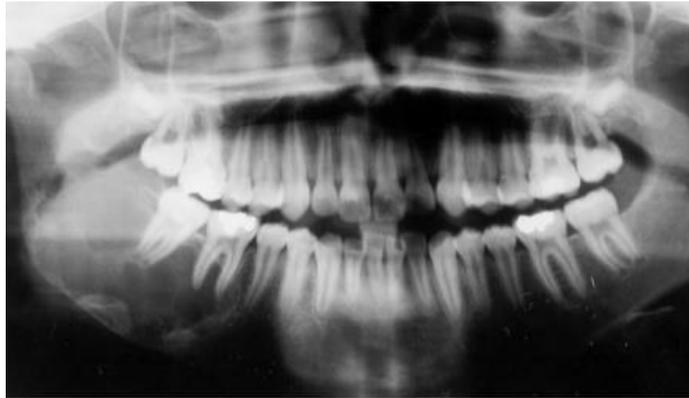
**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos

**Fuente:**<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/4/images/883/image8.jpg>

- **Quiste mandibular vestibular infectado:** ocurre cerca del margen cervical de la cara lateral de una raíz de primer molar permanente vital, con historia de un proceso inflamatorio recurrente, generalmente en la zona distal del molar, en pacientes pediátricos de 6 a 9 años <sup>(22)</sup>.

### **C. QUISTES NO EPITELIALES (PSEUDOQUISTES)**

1. **Cavidad idiopática de Stafne:** Es de origen congénito, este defecto cortical podría deberse a atrapamiento durante el desarrollo embrionario de glándulas salivales, principalmente el lóbulo superior de la glándula submaxilar <sup>(24)</sup>.
2. **Quiste óseo solitario (traumático o hemorrágico):** presenta una pared Presenta una pared formada por tejido fibroso o de granulación y su contenido es hemático o serohemático <sup>(25)</sup>.



**Gráfico N.-16:** Patología Oral –Quistes solitario

**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos

**Fuente:** <https://es.slideshare.net/znaybu/patologa-oral-casos-clinicos-ii-continuacion-presentation>

- 3. Quiste óseo aneurismático:** Es más común en la zona molar, tanto de maxilar como de mandíbula, y tiene posibilidad de recidivas <sup>(26)</sup>.

## AMELOBLASTOMAS

Los ameloblastomas representan 1% de todos los tumores maxilares y 10% de todos los tumores odontogénicos. La Organización Mundial de la Salud lo define como una neoplasia polimórfica localmente invasiva que comúnmente tiene un patrón folicular o plexiforme, en un estroma fibroso. Su comportamiento ha sido descrito como el de un tumor benigno pero localmente agresivo <sup>(1)</sup>.

### Epidemiología

Reichart 1995, cree que el Ameloblastoma unicístico se encuentra dentro de los tumores odontógenos de origen ectodérmico. Representa aproximadamente un 6%

de todos los ameloblastomas<sup>(2)</sup>. Es una lesión quística generalmente unilocular, cuyo aspecto es la de un quiste no neoplásico de baja agresividad.

El índice de frecuencia de esta lesión es mucho más bajo que el de un ameloblastoma característico. Eversole, 1984, Gardner en 1984, y Robinson en 1977 encontraron una recurrencia menor al 10% en los ameloblastomas unquísticos, después de una cirugía conservadora. El promedio de edad de esta lesión está entre los 22 años de edad comparado con un promedio de 40 años de edad en el tipo convencional<sup>(5)</sup>.

Según la clasificación histológica de los tumores odontogénicos propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2005) el ameloblastoma- AB ha sido clasificado en cuatro entidades distintas, reconociéndose el ameloblastoma sólido (AS), unquísticos (AU), desmoplásico (AD) y periférico (AP)<sup>(1)</sup>.

La conducta del ameloblastoma es variable, hasta la fecha en nuestro país, no disponemos de resultados de estudios inmunohistoquímicos en relación al ameloblastoma en términos de predicción de comportamiento biológico.

Generalmente tienden aparecer con un aumento notable en su volumen a nivel de la mandíbula haciendo prominencia a nivel lingual como vestibular, provocando en raras ocasiones el daño de la pared ósea y ulcerar de las respectivas partes blandas.

El ameloblastoma cuando es afectado en el maxilar se presenta en las áreas cuspídeas y antrales extendiéndose hacia la base del cráneo.

### **Patogenia**

El ameloblastoma proviene esencialmente del epitelio relacionándose con la formación de los dientes que son células capaces de formar el tejido dental.

1. Restos celulares del órgano del esmalte (restos de Malassez, restos de Serres).
2. Epitelio de quistes odontógenos en especial el dentígero y odontomas.

3. Alteraciones del órgano del esmalte en desarrollo.
4. Células basales del epitelio de los maxilares.

### **Aspectos clínicos**

Shafer 1986, Regezzi 1995 explican que el ameloblastoma se origina principalmente por una lesión localizada en la parte central del hueso siendo atacado de una forma lenta y destructiva con la tendencia de esparcirse en diferentes direcciones sin mantener un orden en vez de perforar al hueso <sup>(27)</sup>.

No presenta ningún tipo de dolor por lo tanto no produce síntomas y signos en raíces nerviosas, salvo que exista la presencia de una infección secundaria, lo que ocasiona que el tumor alcance grandes espacios y dimensiones por muchos años, sin recibir un diagnóstico y tratamiento, desencadenado a mantener una deformidad facial.

### **Aspectos radiográficos**

En el examen radiográfico el ameloblastoma se presenta con una imagen radiolúcida unilocular definida, pero la lesión se manifiesta de manera multilocular con adelgazamiento de la cortical, si la lesión se presenta en un estadio avanzado se va a observar ensanchamiento de los maxilares lo que ocasiona la reabsorción de las raíces producto de las lesiones encontradas.

Shafer en 1986, halló que la reabsorción surge en un 81% de 32 casos en comparación con un 55% de los 20 casos de quistes dentígeros y de 18% de 33 casos de quistes periodónticos apicales <sup>(28)</sup>. Eversole en 1884, manifestó que se localiza agrupado a un tercer molar retenido; más del 50% de los ameloblastomas presentan esta asociación <sup>(29)</sup>.

Se describen 6 grupos para realizar una interpretación al examen hecho por radiología:

1. Aspecto similar a un quiste folicular.
2. Aspecto similar a un quiste folicular con desplazamiento del diente incluido y en extensión de la neoformación de la rama alcanzando a las coronoides.

3. Aspecto similar a un quiste folicular con la presencia de márgenes dentarias.
4. Aspecto similar a un quiste radicular con la reabsorción de las raíces dentarias contiguas.
5. Osteolisis piriforme localizada entre 2 piezas dentarias contiguas y con desplazamiento dentario.
6. Osteolisis multilocular periapical con reabsorción radicular.

### **Aspectos histológicos**

En el campo histológico es parecido las órgano del esmalte, Vickers y Gorlin precisan cambios histopatológicos tempranos e incipientes de neoplasias en los ameloblastomas en las lesiones de los quistes maxilares, siendo identificadas con imágenes uniloculares simulando quistes dentígeros.

Los cambios encontrados se los detalla a continuación:

- Epitelio de revestimiento con las siguientes alteraciones.
- Hiperchromatismo en los núcleos de las células basales.
- Ordenamiento en empalizada con polarización de las células basales.
- Vacuolización citoplasmática con espaciamiento intercelular del epitelio.
- Nódulos de tumor que se proyectan en forma intraluminal.
- Epitelio de revestimiento ameloblástico proliferante dentro de la pared del tejido conjuntivo.
- Islotes de ameloblastomas que aparecen aislados dentro del tejido conjuntivo.

El ameloblastoma maligno es una neoplasia en la que tanto la lesión primaria como la metástasis presentan características histopatológicas de un ameloblastoma de tipo sólido sin elementos de malignidad<sup>(11)</sup>.

### **Clasificación de los ameloblastomas**

Según la OMS (2005), la clasificación de los tumores odontogénicos, lo manifiestan de la siguiente manera <sup>(30)</sup>.

1. Ameloblastoma tipo desmoplástico: es de un tipo raro y controvertido y aparece con frecuencia en el maxilar y en regiones anteriores de la mandíbula, en una vista radiológica puede aparecer como una lesión fibrosa por lo que las formaciones de quistes son comunes.
2. Ameloblastoma tipo unicístico: con frecuencia aparece en los pacientes jóvenes de 22 años, por los que presentan los dientes sin erupcionar sobre todo el tercer molar, se localizan en la mandíbula en la zona posterior siendo la más invasiva pueden destrozar una pequeña porción de la mandíbula, lo que inicia con hinchazón.
3. Ameloblastoma sólido/multiquístico: es de crecimiento lento e invasivo, aparece en la edad media es decir a los 36 años o a las 28 años, pueden presentar relación genética, la afectación se da en el 85% en la mandíbula sobre todo en las áreas molares, suele presentarse daños en la zona maxilar en la parte anterior como en el seno maxilar o la cavidad nasal, son asintomáticos por lo que en ocasiones se presenta dolor y parestesia, se asocian a dientes no erupcionados por lo que la reabsorción de las raíces es común <sup>(30)</sup>.
4. Ameloblastoma extraóseo/tipo periférico: el 60% de los casos tiene predominancia en los adultos mayores de 50 años, afecta al 65% de la mandíbula en las zonas bajas de los dientes y en la mucosa alveolar en edéntulos <sup>(31)</sup>.

### **Consideraciones Diagnósticas**

El ameloblastoma ofrece una imagen radiolúcida, variable en su aspecto; la forma más típica es la multilobular, donde la apariencia es en pompas de jabón; los límites de la imagen pueden ser lisos o pueden tener ciertas irregularidades, se pueden presentar también como una imagen unilocular o asociado a un diente retenido, teniendo un aspecto muy parecido a un quiste dentífero u otras entidades

similares, lo que explica que su imagen radiográfica no sea patognomónica de la enfermedad <sup>(32)</sup>.

En la Tomografía axial computarizada simple o con contraste TAC, y en la Resonancias magnética no es patognomónico y es sugestiva frente a la presencia de masa captante y multiquística, con invasión local y adelgazamiento de la cortical, ausencia de signos de invasión perineural. Por lo tanto la Tomografía computarizada será la más utilizada para identificar la extensión a través del hueso maxilar, ya que los ameloblastomas primarios afectan al hueso, mientras que la resonancia magnética será superior porque se originan de los tejidos blandos o de caras óseas resecaadas <sup>(33)</sup>.

En aproximadamente 50% de los ameloblastomas desmoplásticos la imagen radiográfica es moteada, mixta radiolúcida radiopaca, con márgenes difusos; sugiriendo más una lesión del tipo de las fibro óseas <sup>(34)</sup>.

### **Diagnóstico Diferencial**

Se debe diferenciar la lesión de ameloblastoma con las siguientes:

- Quiste dentígero.
- Quiste residual.
- Fibroma odontogénico central.
- Fibroma ameloblástico.
- Osteofibroma central ( fase radio lúcida).
- Queratoquiste mieloma.

### **Opciones terapéuticas e indicaciones**

El plan de tratamiento de los ameloblastomas o de los quistes debe ser determinado por una evaluación detallada de las características individuales del paciente y del tumor por lo que depende a una serie de factores:

- Tamaño y localización del tumor.
- Apariencia Clínica, tasa de crecimiento, relación con estructuras vecinas.

- Histología.
- Presentación clínica de la recurrencia.
- Condiciones generales y edad del paciente.

No existe un protocolo de tratamiento establecido para los ameloblastomas puesto a las diferentes clasificaciones y tomando en cuenta los factores antes detallados se los deben tratar por separado.

Nakamura, 1995 indica que la marsupialización puede ser de gran beneficio para el paciente en el tratamiento quirúrgico para los ameloblastos unquísticos de gran tamaño sobre todo en pacientes jóvenes que minimiza el volumen del tumor y limita la extensión de la cirugía<sup>(31)</sup>.

El seguimiento operatorio es muy importante en la terapia de los ameloblastos ya que se ha visto más del 50% de todas las recurrencias dentro de los primeros años del tratamiento, lo señala Reichert en 1995<sup>(28)</sup>.

1. **Enucleación (Quistectomía):** es un tratamiento habitual de todos los quistes, consiste en la extirpación de una lesión despegándola del hueso. La eliminación completa permite realizar el examen histopatológico, esta técnica quirúrgica va asociada a una alta tasa de recurrencia.

Muchos autores reportan dificultades en la enucleación y curetaje de Queratoquiste con o sin perforación cortical debido a la adherencia al hueso o a los tejidos blandos adyacentes de la delgada capa que recubre el Queratoquiste, especialmente en Queratoquiste multiloculares y grandes. El revestimiento epitelial fino y friable, el acceso quirúrgico, la habilidad y experiencia del cirujano, la posible perforación cortical, y el deseo de preservar estructuras vitales adyacentes puede llevar a una extirpación incompleta del KCOT. Las lesiones repetidas se dan con gran incidencia en la mandíbula y cuando el quiste va asociado a dientes incluidos, por la dificultad de acceso y por lo tanto incompleta remoción de todos los tejidos quísticos<sup>(31)</sup>.

No obstante se ha demostrado que el tratamiento quirúrgico conservador puede resolverse la lesión preservando la anatomía y la función, Kolokythas y Cols <sup>(9)</sup>, recuerdan que estos pacientes deben ser controlados durante muchos años, pues las recurrencias pueden aparecer pasados 10 años del tratamiento quirúrgico.

2. **Marsupialización y descompresión:** La marsupialización y la descompresión han sido utilizadas como métodos de tratamiento quirúrgico conservador en grandes quistes para minimizar el tamaño de estos, y por lo tanto limitar la extensión de la cirugía. La descompresión impide que el quiste siga expandiéndose, ya que parece que el crecimiento de los quistes responde a una combinación de presión osmótica y reabsorción por presión y a la liberación de prostaglandinas y factores de crecimiento. La descompresión puede llevarse a cabo por medio de la simple aspiración de líquido o bien convirtiendo la cavidad quística en una bolsa que se abre a otro medio (marsupialización: derivado del griego *marsupial*- bolsa).

La marsupialización (Parsch I o quistotomía) fue descrita por primera vez por Parsch en 1892 <sup>(9)</sup> para el tratamiento de las lesiones quísticas. Se basa en la externalización de los quistes, por medio de la creación de una ventana quirúrgica en la mucosa bucal y en la pared quística. Sus márgenes son suturados para implantar una cavidad abierta que comunica con la cavidad oral, logrando así un alivio de la presión del líquido del quiste, lo que permite la reducción del espacio quístico y facilita la aposición ósea en las paredes del quiste. La descompresión y la marsupialización son técnicas muy similares. La principal diferencia entre ellas reside en la creación de una ventana quirúrgica en la mucosa oral y de la membrana quística, y en el uso de un dispositivo cilíndrico (como la goma de un cuentagotas) o un drenaje quirúrgico rígido para evitar el cierre mucoso. El objetivo es mantener continua la comunicación entre la cavidad oral y el interior del quiste <sup>(31)</sup>.

Se requiere la colaboración del paciente, que irrigue el quiste regularmente y acuda a los controles. El tiempo que dura la descompresión es uno de sus

principales inconvenientes, pues el paciente pierde el interés en irrigarse correctamente la zona y en acudir a los controles periódicos. Además, en estos tratamientos prolongados, no es un hecho aislado el desprendimiento de las suturas y del drenaje que comunica la cavidad con el exterior.

3. **Tratamientos coadyuvantes:** De todas las terapias coadyuvantes que hay en la literatura, la solución de Carnoy, la osteotomía periférica, la crioterapia y la electrocauterización son las más comunes <sup>(32)</sup>. El propósito de estos métodos es eliminar los posibles restos epiteliales de la pared quística que puedan quedar en el hueso adyacente y que pueden inducir a recurrencias. La solución Carnoy (compuesta de alcohol absoluto: 6 ml, cloroformo: 3 ml, ácido acético: 1 ml, y cloruro férrico: 1 g) tiene una propiedad quelante con moderada penetración en el hueso y una fijación local rápida. Así como excelente hemostasia <sup>(33)</sup>.
4. **Resección:** Es una técnica más amplia en la que se incluye en la extirpación del quiste un área ósea alrededor del mismo como margen quirúrgico, tratando de eliminar todo el tejido epitelial que puede existir en la periferia del quiste con el fin de prevenir la recidiva. Dependiendo del tamaño y localización del quiste, la resección puede ser marginal (preservando la basal ósea) o segmentaria (si se trata de grandes quistes en los que el margen óseo sano sea escaso y no permita preservar la continuidad ósea maxilar o mandibular). La resección segmentaria debe alcanzar la reconstrucción del defecto de acuerdo con los métodos habituales. Aunque se ha descrito menor tasa de recidiva en casos de resección quirúrgica frente a los otros métodos discutidos (marsupialización, enucleación o enucleación asociada a terapias coadyuvantes), la resección segmentaria puede también presentar recurrencia, incluso se ha descrito recurrencia en el injerto óseo usado para la reparación del defecto <sup>(35)</sup>.

Este método o la prótesis deben ser utilizados para impedir desfiguraciones y desviaciones, las prótesis se planea y se establece antes de la operación.

## **IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.**

La confianza por parte de los padres de la paciente puesta en médicos privados que no daban un diagnóstico correcto a la paciente en su adolescencia por la ausencia del diente canino indicando que debe salirle con el tiempo.

La falta de traslado a diferentes ciudades para que sea evaluada por un equipo multidisciplinario.

La ausencia de información en el país para que no se obtenga un manejo apropiado de la patología que presenta la paciente.

El traumatismo contuso que presento dio la aparición de la masa de crecimiento lento y progresivo.

Paciente con estado gestacional lo que ocasiona que al inicio no se pueda realizar los exámenes complementarios de imagen que necesita para identificar el diagnóstico oportuno.

## CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

PUNTO CRÍTICO	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
<p>La confianza por parte de los padres de la paciente puesta en médicos privados que no daban un diagnóstico correcto a la paciente en su adolescencia por la ausencia del diente canino indicando que debe salirle con el tiempo.</p>	<p>La literatura actualizada es importante para acceder a métodos de diagnóstico correcto.</p>	<p>Brindar información sobre la patología de base con la ayuda de artículos científicos destinados a la revisión bibliográfica del caso, que sirvan como un aporte académico de actualización de conocimientos.</p>
<p>La falta de traslado a diferentes ciudades para que sea evaluada por un equipo multidisciplinario.</p>	<p>Referencia a Unidades de Salud Públicas con el fin de acceder a una atención multidisciplinaria.</p>	<p>Promover la referencia a Unidades de salud de tipo Público de primer nivel con pacientes que presenten problemas de ausencia de la erupción de dientes o síntomas asociados a sinusitis para que los especialistas de cada caso intervengan en la patología encontrada.</p>
<p>La ausencia de información en el país para que no se obtenga un manejo apropiado de la patología que presenta la paciente.</p>	<p>Diagnóstico precoz de la patología.</p>	<p>Establecer protocolos basados en evidencia relacionados a la atención, tiempos y manejo evitando así daños irreversibles.</p>

<p>El traumatismo contuso que presento dio la aparición de la masa de crecimiento lento y progresivo.</p>	<p>Realizar un control exhaustivo y periódico por parte del personal de Salud.</p>	<p>Dar a conocer al paciente sobre la sintomatología, factores de riesgo y complicaciones futuras que pueden ser causadas por traumatismos.</p>
<p>Paciente con estado gestacional lo que ocasiona que al inicio no se pueda realizar los exámenes complementarios de imagen que necesita para identificar el diagnóstico oportuno.</p>	<p>Identificar y reconocer las señales de peligro que ponen en riesgo la vida del bebe. Fomentar hábitos alimenticios en embarazo con alimentos nutritivos y balanceados.</p>	<p>Acudir a control prenatal con el fin de detectar signos y síntomas que afecten al bebe y la madre para recibir un tratamiento adecuado.</p>
<p>Quiste dentígero.</p>	<p>Elegir el tratamiento más adecuado para la patología encontrada sea médico o quirúrgico.</p>	<p>Mantener un seguimiento adecuado y correcto de acuerdo al protocolo de atención para dicho tratamiento para vigilar la evolución del paciente.</p>

**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos M.

## V. CONCLUSIONES

- Los tumores de ameloblastomas se presentan de forma asintomática lo que implica que no se lo pueda detectar desde el inicio de su aparición, ya que el mismo se lo detecta por medio del análisis de una radiografía del panorama de maxilares para identificar la presencia del tumor y recomendar el tratamiento inmediato.
- Por ser muy agresivo la presencia de un ameloblastoma se debe realizar un diagnóstico precoz a través de la exploración en el examen físico exhaustivo para realizar la historia clínica, exámenes de radiografía, laboratorio y así poder intervenir quirúrgicamente al paciente, recomendando el control constante por la posible recidiva del mismo en donde puede ser más peligroso.
- Es importante que cuando sospechen de casos de ameloblastomas sean evaluados de forma individual y que se tome muy en cuenta ciertos factores como son el tamaño de la lesión, la historia de la recurrencia, la edad, el estado del paciente para elegir el mejor tratamiento favoreciendo así el pronóstico y la calidad de vida.
- En los primeros controles y bajo la sospecha de los ameloblastomas, en el diagnóstico inicial puede ser recomendable que se solicite un estudio radiográfico panorámico de chequeo general o de control para definir el tratamiento adecuado.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Candice C, Black D, Rocco R, Addante M, Dmd CA, Mohila L, et al. Dartmouth Hitchcock Medical Center. Intraosseous Ameloblastoma.
2. Carranza F. Periodontología clínica de Glickman La Habana: Ed. Pueblo y Educación, 1983. Pp. 125-269.; 1983.
3. Chaîne A, Pitak AP, Dhanuthai K, Ruhin PB, Bertrand J, Bertolus C. A treatment algorithm for managing giant mandibular ameloblastoma: 5-year experiences in a Paris university hospital. *European Journal Of Surgical Oncology*. 2009.
4. Cohen K. Fundamentos científicos de odontología. Edición revolucionaria ed. La Habana; 1981.
5. Daniels J. Central Odontogenic fibroma of mandible: a case report and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2004;(295-300).
6. De SL, Gordon NM, Nonaka C, de MM, Torres E. Odontogenic cysts: demographic profile in a Brazilian population over a 38-year period. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010 Jul 1. 583-90.
7. Donado M. Quistes odontógenos inflamatorios. *Cirugía Bucal: Patología y técnicas*. 4th ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2014.
8. Fasanmode HP, Hayter J, Br DJ. Ameloblastoma A diagnostic problem. 2000.
9. Gardner D, Kessler H, Morency R, Schaner D. An apparent entity. *Oral Pathol*. The glandular odontogenic cyst. 1988.
10. Gehani R, Krishnan B, Orafi H. The Prevalence of Inflammatory and Developmental Odontogenic Cysts in a Libyan Population. *Libyan Med*. 2008 Junio;(75).
11. Hertog D, Van dW. Ameloblastoma of the jaws: a critical reappraisal based on

- a 40-years single institution experience. *Oral Oncology*. 2010, Jan. 61-64.
12. Konouchi H, Asaumi J, Yanagi Y, Hisatomi M. Usefulness of contrast enhanced-MRI in the diagnosis of unicystic ameloblastoma. *Oral Oncology*. 2006.
  13. Leyva R, Tapia L, Quezada D, Ortíz. Factores involucrados en el desarrollo y expansión del quiste periapical. *Revista Odontológica Mexicana*. 2006.
  14. Linguo L, Md YJ, Bin L, Md QY, Dds QX, Md SC. Diagnostico Radiológico Diferencial Ultrasonographic Evaluation Of Mandibular Ameloblastoma: A Preliminary Observation.
  15. LJ. F. Ameloblastoma demographic, clinical and treatment study: analysis. 2012.
  16. Masson S. *Manual de odontología..* 3rd ed. Barcelona; 2002.
  17. Medina VR. Comportamiento Epidemiológico de los quistes maxilares. Estudio de 10 años. 2003.
  18. Morales Navarro D. Ameloblastoma: Revisión de la literatura. *Rev cub de estomatología*. 2009. 1-7.
  19. Mosqueda TA, Irigoyen CM, Diaz FM, Torres TM. Odontogenic cysts. Analysis of 856 cases. *Med Oral*. 2002 Mar-Apr. 89-96.
  20. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 2nd ed. Filadelfia: Saunders; 2002.
  21. Ocampo AF, Seamanduras A, J PyF, Jiménez E. *Revista Mexicana de Odontologia Clinica*. 2008;(VIII).
  22. Ochsenius G EEG LPC. Quistes odontogénicos. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal..* 2007; 12:E85-91. Análisis de 2.944 casos en Chile.
  23. Ogunsalu C, Scipio WN. Review of six cases of maxillary ameloblastoma from the West Indies. 2009.

24. Pozuelo A, Assis M, López QJ, Pozuelo E. Cavidad idiopática de Stafne. caso clínico. *Cient Dent*. 2007.
25. Prockt A, Schebela C, Maito F, Sant'Ana F, Rados P. Odontogenic cysts: analysis of 680 cases in Brazil. *Head Neck Pathol*. 2008 Sep;2.
26. Regezi , Sciubba. Quistes de la boca. *Patología bucal*. 3rd ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999.
27. Reichart P, Philipsen H, S S. Ameloblastoma: biological profile of 3677 cases. *Oral Oncol Eur J Cancer*. 1995.
28. Scariot R, Silva R, da SFW, da CD, Rebellato N. Conservative treatment of ameloblastoma in child: a case report. *Stomatologija / Issued By Public Institution 'Odontologijos Studija*. 2012.
29. Sivapathasundharam B EASR. Desmoplastic ameloblastoma in Indians. Report of five cases and review of literature. *Indian J Dent Res*. 2007.
30. Steven E, Smullin W. Peripheral desmoplastic ameloblastoma: report of a case and literature review. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*. 2008.
31. Tortorici S A, Massenti M, Buzzanca M, Burruano F, Vitale F. Prevalence and distribution of odontogenic cysts in Sicily: 1986-2005. *J Oral Sci*. 2008 Mar. 15-8.
32. Vega LA, Ayuso MR, Teixidor OI, Salas EJ, Marí RA, López LJ. Opciones terapéuticas en quistes odontogénicos. *Revisión Av Odontoestomatol*. 2013.
33. Wong RG, Carrillo TE, Varela EÁ. *Revista Odontológica Mexicana*. 2016.
34. Yoon H, Jo SW, Cho YL, Hong S. Comparative immunohistochemical study of ameloblastoma and ameloblastic carcinoma. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics [serial on the Internet]*. 2011 Dec.
35. Zhao Y, Liu B, Han Q, Wang S, Wang YN. Changes in bone density and cyst

volume after marsupialization of mandibular odontogenic keratocysts (keratocystic odontogenic tumors).. Oral Maxillofac. Surg. 2011;(6).

### **CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS**

- 36. SCOPUS:** Venigalla A., Bojji M., Pinisetti S., Babburi S. (2018) Hemangiomatous ameloblastoma: Case report with a brief review. Journal of Oral and Maxillofacial Pathology. 22 (4), pp. S24-S28.
- 37. SCOPUS:** Kondamari, S.K., Taneeru, S., Guttikonda, V.R., Masabattula, G.K. (2018). Ameloblastoma arising in the wall of dentigerous cyst: Report of a rare entity Journal of Oral and Maxillofacial Pathology. 22 (4), pp. S7-S10.
- 38. SCOPUS :** Kondamari, S., Taneeru, S., Guttikonda, V., Masabattula, G. (2018). Ameloblastoma arising in the wall of dentigerous cyst: Report of a rare entity Journal of Oral and Maxillofacial Pathology. 22 (4), pp. S7-S10.
- 39. PROQUEST:** Kurppa J.; Caton J.; Morgan R.(2014). High frequency of BRAF V600E mutations in ameloblastoma. Journal of Pathology. Bognor Regis Vol. 232, Iss. 5, (Apr 2014): 492-8.
- 40. PROQUEST:** Guariglia J.; Lazow K.; Izzo R. (2011) Plexiform ameloblastoma involving the maxillary antrum. New York State Dental Journal. Hempstead Vol. 64, Iss. 9, 34-6.

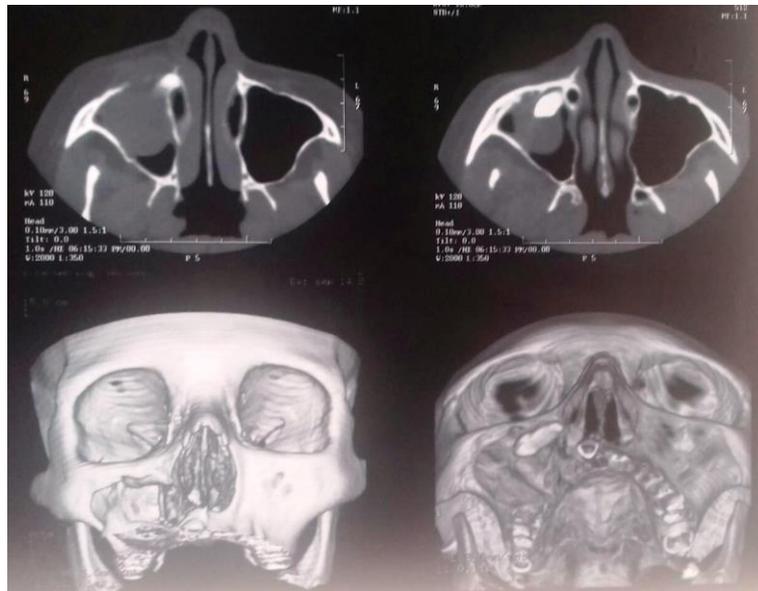
## VII. ANEXOS

### ANEXO N.1. Examen Radiológico de Tórax



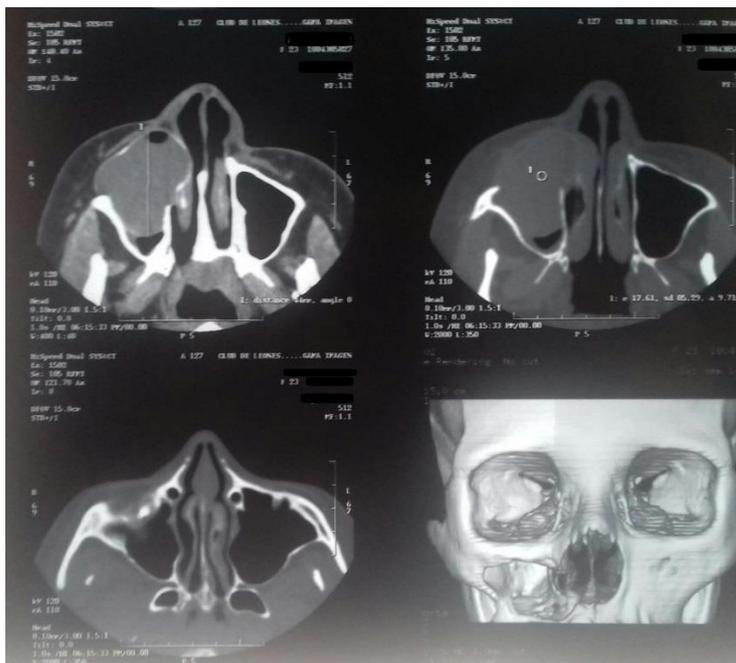
**Gráfico N.-17: Rx. De Tórax**  
**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos  
**Fuente:** Directa – Paciente

### ANEXO N.2. TAC DE MAXILAR



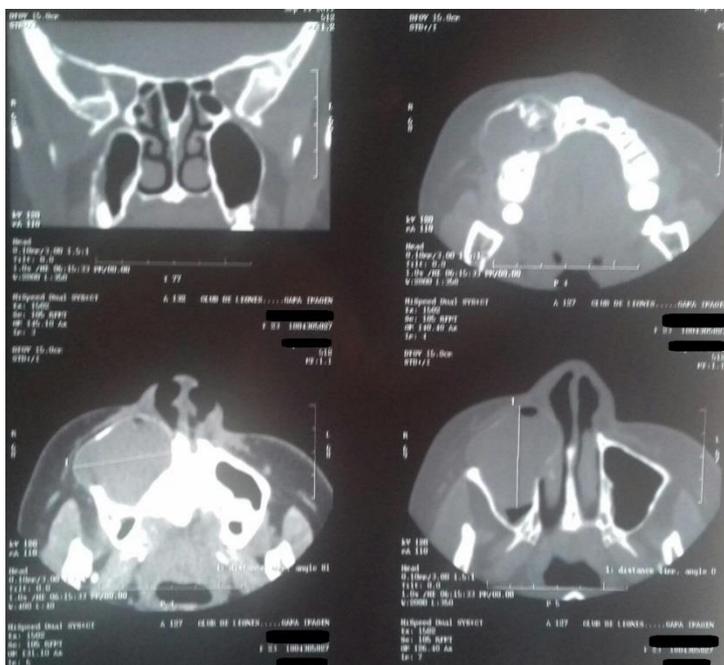
**Gráfico N.-18: TAC Maxilar**  
**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos  
**Fuente:** Directa – Paciente

### ANEXO N.3. TAC DE MAXILAR



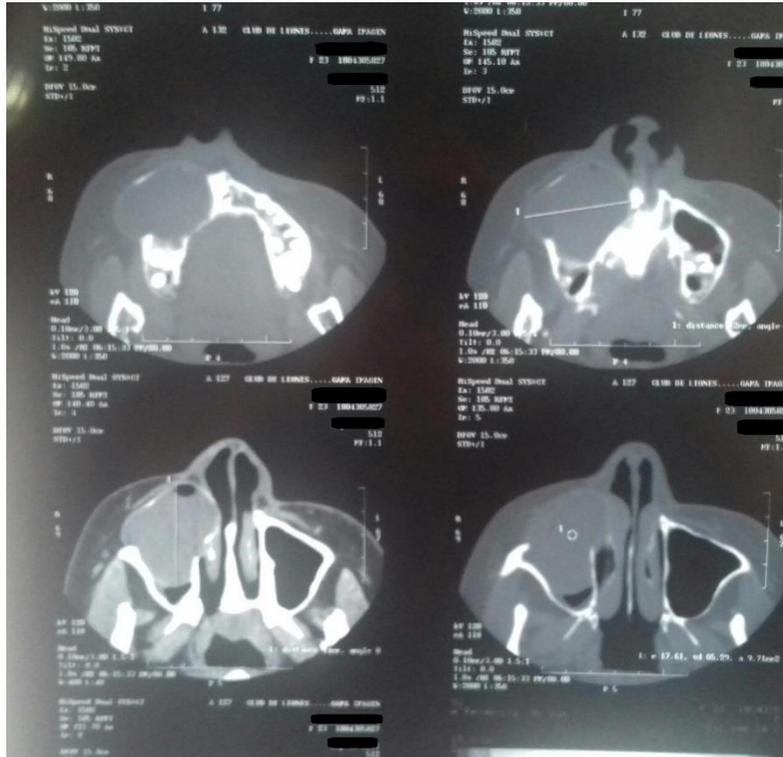
**Gráfico N.-19: TAC Maxilar**  
**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos  
**Fuente:** Directa – Paciente

### ANEXO N.4. TAC DE MAXILAR



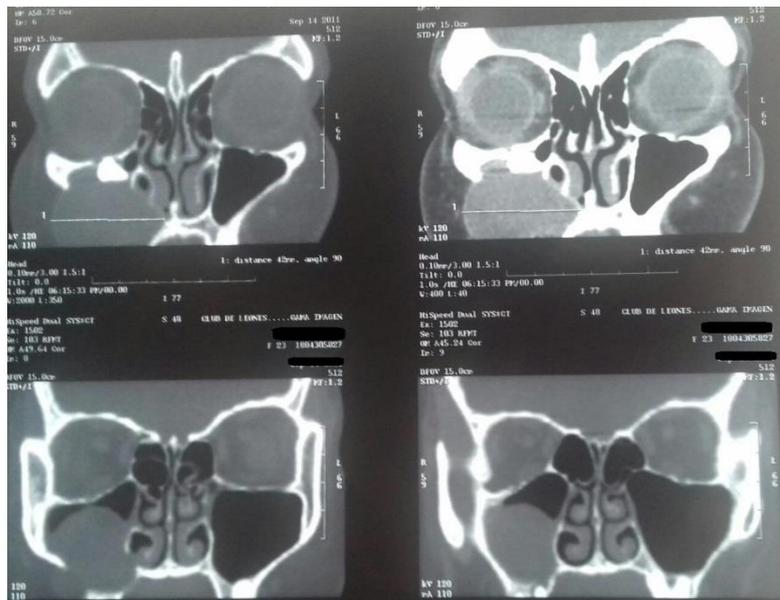
**Gráfico N.-20: Rx. De Tórax**  
**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos  
**Fuente:** Directa – Paciente

## ANEXO N.5. TAC DE MAXILAR



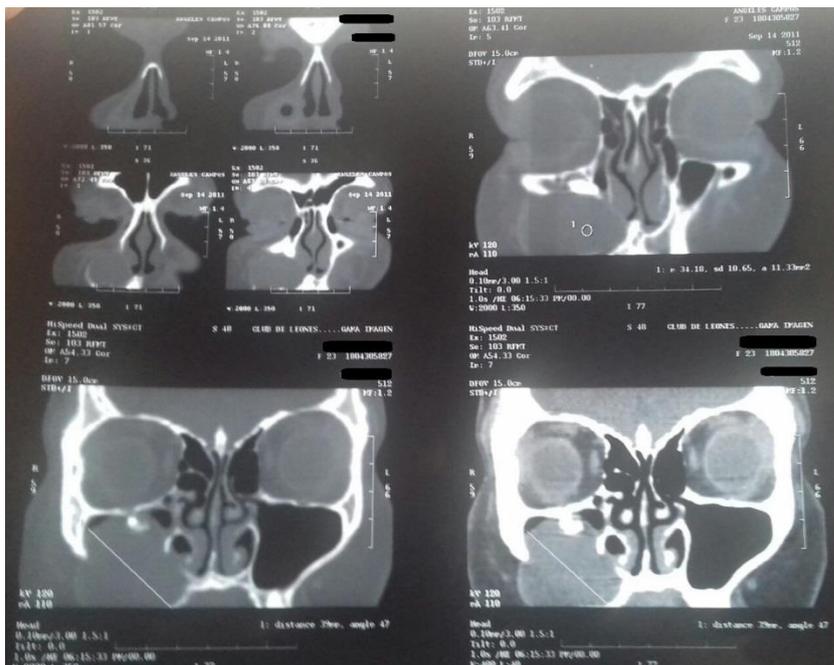
**Gráfico N.-21: TAC Maxilar**  
**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos  
**Fuente:** Directa – Paciente

## ANEXO N.6. TAC DE MAXILAR



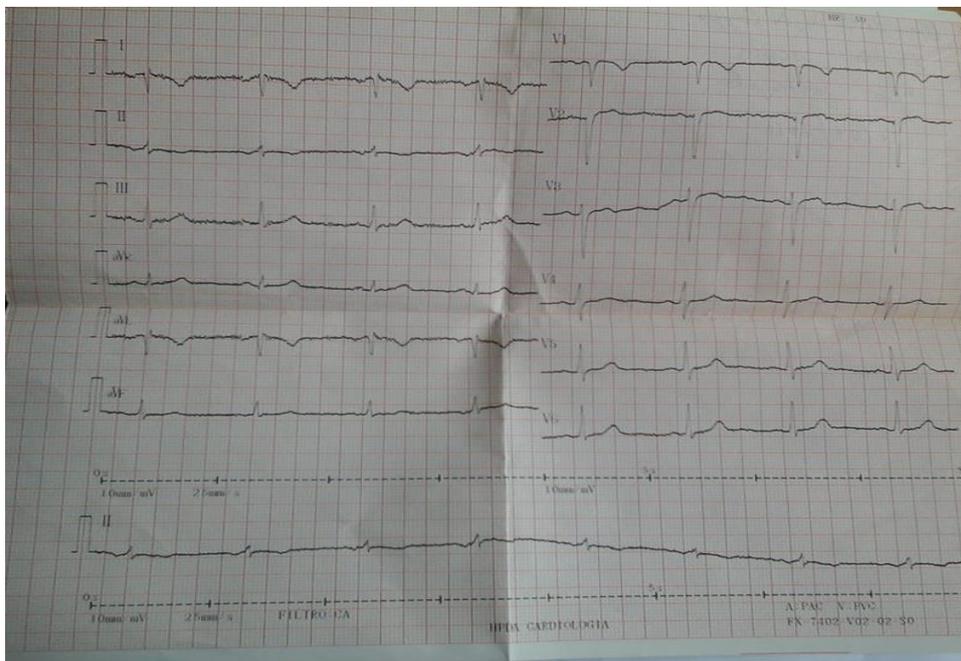
**Gráfico N.-22: TAC Maxilar**  
**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos  
**Fuente:** Directa – Paciente

## ANEXO N.7. TAC DE MAXILAR



**Gráfico N.-23: TAC Maxilar**  
**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos  
**Fuente:** Directa – Paciente

## ANEXO N.8. EKG.



**Gráfico N.-24: EKG**  
**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos  
**Fuente:** Directa – Paciente

**ANEXO N.9.**



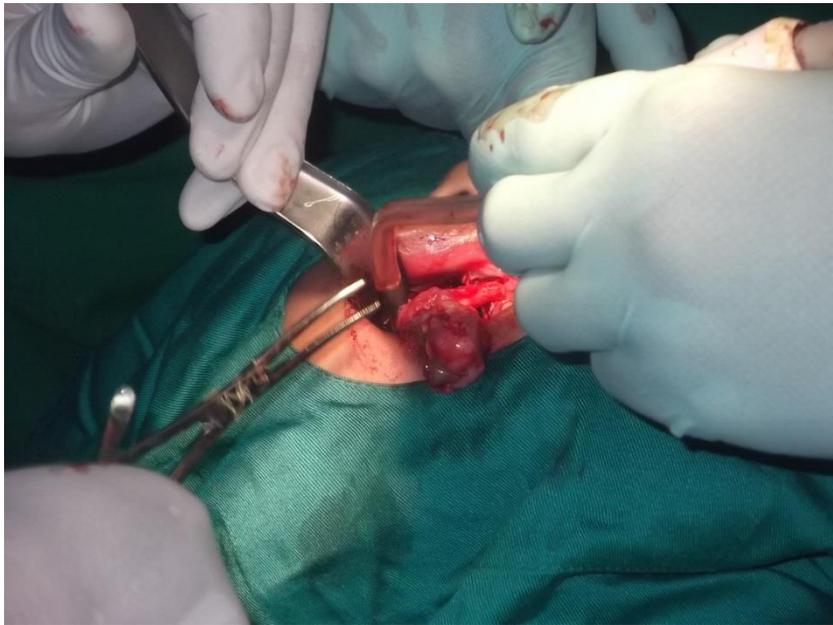
**Gráfico N.-25:** Rasgos de Asimetría facial - hemicara derecha de la paciente  
**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos  
**Fuente:** Directa – Paciente

**ANEXO N.10.**



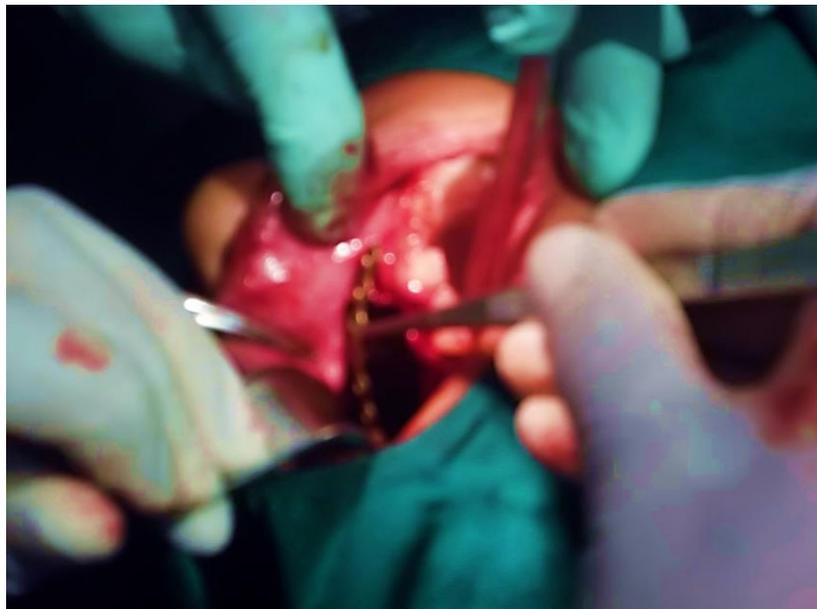
**Gráfico N.-26:** Expansión de la tabla vestibular  
**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos  
**Fuente:** Directa – Paciente

**ANEXO N.11.**



**Gráfico N.-27:** Exceresis del quiste  
**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos  
**Fuente:** Directa – Paciente

**ANEXO N.12.**



**Gráfico N.-28:** Colocación de placa de platino  
**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos  
**Fuente:** Directa – Paciente

**ANEXO N.13.**



**Gráfico N.-29:** Colocación de placa de platino  
**Elaborado por:** María de los Ángeles Campos  
**Fuente:** Directa – Paciente