

Medicent Electrón. 2023 abr.-jun.;27(2)

Informe de Caso

Extenso quiste odontogénico radicular mandibular

Extensive mandibular radicular odontogenic cyst

Elieser Plain González^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-8817-4483>

¹Hospital Provincial General Universitario Mártires del 9 de abril. Sagua la Grande, Villa Clara. Cuba.

* Autor para la correspondencia: Correo electrónico: elieserpg@infomed.sld.cu

RESUMEN

Los quistes radiculares constituyen los quistes odontogénicos más comunes de la cavidad bucal. El objetivo de esta investigación es caracterizar un paciente con quiste odontogénico radicular mandibular. Se presenta un individuo masculino de 86 años, que fue atendido en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial General Universitario «Mártires del 9 de abril», de Sagua la Grande, durante los años 2017-2018. Inicialmente, se le realizó el estudio clínico correspondiente (interrogatorio y examen físico), y se observó una evidente tumefacción y abombamiento cortical en relación a dientes residuales permanentes mandibulares; se asoció radiográficamente a una imagen radiolúcida ovoide extensa, que justificó la realización de biopsias incisionales en primer orden. Se siguió una conducta quirúrgica, con resección total de la lesión

mediante enucleación, y se confirmó el diagnóstico de quiste odontogénico radicular mandibular a través del estudio histopatológico.

DeCS: quiste dentífero; cirugía bucal; anciano.

ABSTRACT

Radicular cysts are the most common odontogenic cysts in the oral cavity. The objective of this investigation is to characterize a patient with a mandibular radicular odontogenic cyst. We present an 86-year-old male individual who was treated in the maxillofacial surgery service at "Mártires del 9 de Abril" Provincial General University Hospital in Sagua la Grande from 2017 to 2018. Initially, a corresponding clinical study was performed (interrogation and physical examination), and an evident swelling and cortical bulging was observed in relation to mandibular permanent residual teeth; it was radiographically associated with an extensive ovoid radiolucent image, which justified the performance of first-order incisional biopsies. A surgical procedure was followed, with total resection of the lesion by means of enucleation, and the diagnosis of mandibular radicular odontogenic cyst was confirmed through the histopathological study.

MeSH: dentigerous cyst; surgery, oral; aged.

Recibido: 18/07/2022

Aprobado: 13/12/2022

El quiste es definido como una cavidad patológica con un contenido líquido, semilíquido o gaseoso, que no ha sido originada por la acumulación de pus y que puede estar, aunque no obligatoriamente, revestida por epitelio. Se señala que la existencia de tejido epitelial variable dentro de los maxilares y la mandíbula permite el desarrollo de quistes epiteliales, que representan el grupo mayoritario,



salvo algunas excepciones reconocidas como lesiones óseas no neoplásicas (quiste óseo solitario, quiste óseo aneurismático, o cavidad idiopática de Stafne). Los quistes son afecciones que tienen diversos orígenes y comportamientos clínicos. Su crecimiento siempre es lento y expansivo, no infiltrante, por aumento de su presión interior y no por proliferación tisular, de ahí que no se consideren auténticos tumores o neoplasias, y quedan instituidas como formaciones benignas no neoplásicas, aunque en su evolución, algunos pueden llegar a constituir verdaderos tumores de diferente orden y naturaleza.⁽¹⁾

Acorde a la última clasificación de la OMS, los quistes odontogénicos son clasificados en dos categorías fundamentales según su etiopatogénesis: inflamatorios y del desarrollo.^(1,2)

Los quistes radiculares constituyen los quistes odontogénicos más encontrados en la cavidad bucal y también se les conoce con el nombre de quistes paradentarios, periodontales apicales o radiculodentarios.^(1,3,4)

Por su alta frecuencia de aparición, su estudio ocupa uno de los temas más referenciados en el campo de la Cirugía maxilofacial, y en este informe se presenta un paciente con un quiste odontogénico radicular mandibular estudiado en el Hospital Provincial General Universitario «Mártires del 9 de abril», de Sagua la Grande, durante los años 2017-2018.

Presentación del paciente

Paciente de 86 años de edad, masculino, raza blanca, sin antecedentes patológicos personales ni de alergia a medicamentos, que acudió a consulta por presentar molestias en la región premolar inferior izquierda de aproximadamente un mes de evolución. El paciente refirió no haber presentado sintomatología dolorosa anteriormente, solo dolor leve ocasional que cede con los analgésicos e inflamación leve o moderada de la mucosa oral adyacente, que cursa de forma



lenta e insidiosa, y sensación de entumecimiento en el labio inferior. No existe historial de traumatismo facial o dentario precedente.

En el examen físico no se observaron alteraciones ni disimetrías en la región facial mientras que al examen intraoral llamaron la atención los siguientes aspectos: presencia de canino y resto radicular de primer premolar inferior izquierdo, únicos dientes mandibulares remanentes y periodontalmente comprometidos, con tumefacción evidente que afectaba a la mucosa oral en la región canina a premolar correspondiente, con fístula odontógena vestibular visible y activa con secreciones seropurulentas abundantes. Se observó además abombamiento de la cortical vestibular correspondiente dolorosa a la palpación, a lo que se añade que se corroboró la presencia de parestesia asociada en el hemilabio inferior izquierdo.

La terapéutica inicial determinada consistió en la prescripción de antimicrobianos por vía oral durante un período de siete días (amoxicilina 500 mg + metronidazol 250 mg, cada ocho horas) más la realización diaria de enjuagatorios bucales de solución salina cada dos horas. Al finalizar el tratamiento se decidió la realización de examen radiológico mediante ortopantomografía o vista panorámica.

En la radiografía se observó la presencia de una imagen radiolúcida ovalada unilocular extensa, de 6 x 2,5 cm, asociada a los periápices de los únicos dientes remanentes: incisivo lateral y canino inferior izquierdo. Los límites de la imagen se observan bien precisos y en íntima relación con el canal de los nervios: dentario inferior y mentoniano adyacentes (Figura 1).



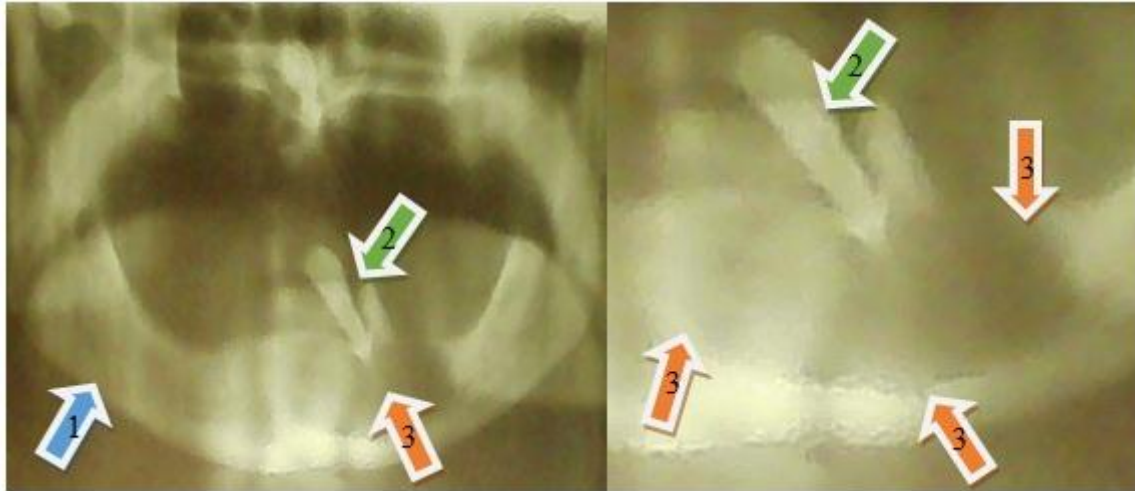


Figura 1. Imagen radiolúcida ovalada unilocular extensa (a la izquierda, vista total de la radiografía panorámica y a la derecha, acercamiento radiográfico del sitio afectado)

Leyenda:

- 1) Hueso mandibular.
- 2) Presencia de dientes remanentes: canino y primer premolar inferior izquierdo.
- 3) Se observa la lesión radiolúcida ovoide unilocular bien delimitada en la mandíbula.

Ante el resultado radiológico anterior y la talla considerable de la lesión, se realizaron biopsias incisionales bajo anestesia local (lidocaína con epinefrina al 2%), para diagnóstico histopatológico de la afección y para determinar la conducta quirúrgica a seguir.

Los resultados de las biopsias incisionales para el diagnóstico histológico fueron los siguientes:

- 1) Biopsia 4068/2017: quiste radicular inflamatorio.
- 2) Biopsia 4069/2017: contenido hemático y con abundantes células inflamatorias.

Ante este resultado, se decidió realizar la resección quirúrgica total del quiste (enucleación) bajo anestesia general nasotraqueal por la envergadura de la lesión; se realizó la correspondiente biopsia de la lesión extirpada en su totalidad (biopsia excisional). El resultado del estudio histopatológico final o definitivo fue un quiste inflamatorio radicular.

Se realizó una radiografía evolutiva a los 6 meses de la intervención quirúrgica, y se observó la osteointegración de la zona afectada (Figura 2).

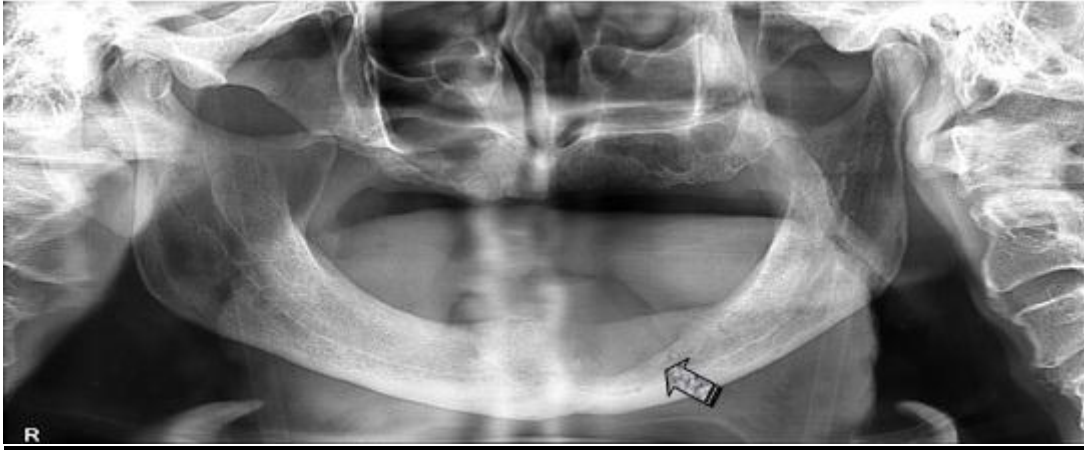


Figura 2. Radiografía panorámica evolutiva a los 6 meses de la intervención quirúrgica

Comentario

Los quistes odontogénicos representan una de las lesiones con mayor frecuencia de aparición en la región maxilofacial. Su génesis deriva de la proliferación de grupos celulares residuales en el epitelio odontogénico (restos epiteliales de Malassez y de Serres) frecuentemente encontrados en la cavidad bucal.^(1,4)

En la literatura, según el orden de aparición, los inflamatorios radiculares presentan el mayor número de informes.^(1,5) Su clínica es discutida, pero en lo que sí existen coincidencias es que los quistes de pequeño tamaño son totalmente asintomáticos, y su clínica es extraordinariamente anodina y solo se detectan en una exploración radiográfica de rutina o cuando se agudizan a causa de una infección sobreañadida. En función de este proceso evolutivo se definen las manifestaciones clínicas de los quistes en general. Los síntomas dependen de: su tamaño, la localización, la presencia o no de infección y las posibles complicaciones.

La infección generalmente se produce desde el conducto radicular de los dientes. Su crecimiento es lento por aumento de la presión intraquística y en su expansión puede llegar a perforar la cortical ósea y ponerse en contacto con los tejidos blandos. En su curso evolutivo, o ante la acción de agentes externos como los traumatismos, pueden alcanzar la sintomatología de: una celulitis facial con inflamación de los tejidos orales y faciales, la formación de fístulas odontógenas, o la presencia de parestesias y movilidad dentaria.⁽³⁾

La clínica inflamatoria del caso presentado en este informe coincide con aspectos de esta descripción. Este cuadro clínico es descrito con similitud en investigaciones revisadas en países de diferentes latitudes como: México (Villasis-Sarmiento y otros),⁽⁴⁾ Brasil (Da Silva y otros),⁽³⁾ y la India (Savithri y otros).⁽⁵⁾

Para el equipo de investigadores de Villasis-Sarmiento, el mecanismo fundamental de desarrollo es la necrosis pulpar, con la consecuente colonización y proliferación de microorganismos que invaden a través del conducto radicular, la formación y liberación de toxinas u otros agentes mediadores inflamatorios fundamentalmente en la región periapical, factores que en combinación interactúan con el estroma epitelial. La inflamación periradicular mantenida (que en etapas iniciales no es clínicamente evidente) conlleva a la activación de los restos celulares epiteliales que intervienen en la génesis y desarrollo de los quistes.⁽⁴⁾ La presencia de dientes remanentes en franco deterioro representa una de los aspectos a tener en cuenta cuando se evalúan los quistes odontogénicos inflamatorios, situación corroborada una vez más con el caso presentado.

Acompañado del análisis clínico del paciente se constata que el estudio radiográfico de las lesiones óseas mandibulares es esencial para el diagnóstico inicial y diferencial, pues las lesiones radiolúcidas incluyen un elevado rango de afecciones patológicas. Por esta razón, es de suma importancia diferenciar los quistes radiculares de otras enfermedades óseas que exhiben similares características clínicas y radiográficas. Específicamente, las imágenes



radiográficas caracterizadas como radiolúcidas uniloculares no son exclusivas de los quistes odontógenos, a pesar de sí representar los más frecuentemente evaluados como tal. Algunos tumores odontogénicos uniuquísticos, como la variante uniuquística del ameloblastoma, por citar un ejemplo, radiográficamente se describen de igual manera. Este juicio diagnóstico implícito al momento de estudiar cualquier paciente en una situación análoga, también fue registrado en dos investigaciones en la India desarrolladas por los equipos de Sahu⁽⁶⁾ y Kumar.⁽⁷⁾ Por otra parte, en Rumanía, para Irimia y otros,⁽⁸⁾ el hecho de que los quistes radicales presentan semejanzas clínicas y radiográficas con otras lesiones óseas es una de las consideraciones con mayor énfasis en su investigación.

Esta evaluación clínica y radiológica previa permite reflexionar respecto a que el diagnóstico histológico es fundamental en lesiones de gran tamaño antes de decidir cualquier tratamiento quirúrgico, pues la técnica a emplear puede variar según este resultado. Se recomienda, a juicio médico, la práctica de una o varias biopsias incisionales en primera instancia para establecer un diagnóstico inicial, y una vez realizada la excéresis radical pues el análisis histológico de toda la lesión (biopsia excisional). Esta consideración es similar a la planteada por Schwartzman en Israel en su investigación, quien apoya la práctica de biopsias en el estudio de los quistes odontogénicos.⁽⁹⁾

En lesiones de diámetro extenso, la realización de una o más biopsias incisionales es una práctica habitual que orienta al diagnóstico inicial, a partir del cual se determina la conducta quirúrgica a seguir dada la similitud clínica y radiográfica de los quistes odontógenos con otras enfermedades. La histología es clave y esencial para el estudio de las lesiones óseas (quistes y tumores odontógenos), en la toma de decisiones quirúrgicas de los cirujanos maxilofaciales, y para la confirmación del diagnóstico definitivo de enfermedad quística, neoplásica o de otro orden histológico; así lo confirmó Monteiro,⁽¹⁰⁾ quien reiteró el amplio espectro que abarcan los dos primeros grupos.



El método quirúrgico más empleado es la enucleación⁽⁷⁾ (técnica seleccionada en este caso, con exitoso resultado, lo cual quedó demostrado durante la evolución postquirúrgica a través del seguimiento clínico y radiográfico durante los meses posteriores).

El conocimiento de la enfermedad quística es de vital importancia, a pesar de su naturaleza benigna. Su lento crecimiento y similitudes radiológicas con muchos de los tumores odontógenos sigue colocándolo como un tema de primer orden para los investigadores, a lo que se suma su asociación a neoplasias malignas y la dificultad de diagnóstico, sobre todo en etapas iniciales con desarrollo asintomático.

De esta manera, mediante la presentación del caso propuesto, se muestra al quiste inflamatorio radicular como el más frecuente de los quistes odontogénicos. Se evidenció su estrecha asociación con la enfermedad pulpar en su etiopatogenia, y las considerables dimensiones que puede llegar a alcanzar en su curso evolutivo. Se mostró la enucleación como el método de resección quirúrgica propuesto, y la relevancia del estudio histopatológico en la toma de decisiones y la confirmación diagnóstica final.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramachandra P, Maligi P, Raghuvver H. A cumulative analysis of odontogenic cysts from major dental institutions of Bangalore city: A study of 252 cases. J Oral Maxillofac Pathol [internet]. 2011 [citado 9 jul. 2020];15(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21731270/>



2. Sivapathasundharam B, Biswas PG, Preethi S. The World Health Organization classification of odontogenic and maxillofacial bone tumors: An appraisal. *J Oral Maxillofac Pathol* [internet]. 2019 [citado 9 jul. 2020];23(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6714253/>
3. Da Silva LP, Gonzaga AK, Severo ML, Barros CC, de Medeiros AM, de Souza LB, *et al.* Epidemiologic study of odontogenic and non-odontogenic cysts in children and adolescents of a Brazilian population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [internet]. 2018 [citado 9 jul. 2020];23(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5822539/>
4. Villasis-Sarmiento L, Portilla-Robertson J, Melendez-Ocampo A, Gaitan-Cepeda LA, Leyva-Huerta ER. Prevalence and distribution of odontogenic cysts in a Mexican sample. A 753 cases study. *J Clin Exp Dent* [internet]. 2017 [citado 9 jul. 2020];9(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28469818/>
5. Savithri V, Suresh R, Janardhanan M, Aravind T, Mohan M. Prevalence of odontogenic cysts and its associated factors in South Indian population. *J Oral Maxillofac Pathol* [internet]. 2020 [citado 6 jul. 2020];24(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8083450/>
6. Sahu B, Anand R, Kumar S, Solanki RS, Mehra P, Jain M. A Pattern-based Imaging Approach to Pediatric Jaw Lesions. *Indian J Radiol Imaging* [internet]. 2021 [citado 16 jul. 2020];31(1):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8299508/>
7. Kumar J, Vanagundi R, Manchanda A, Mohanty S, Meher R. Radiolucent Jaw Lesions: Imaging Approach. *Indian J Radiol Imaging* [internet]. 2021 [citado 16 jul. 2020];31(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8299495/>
8. Irimia A, Moraru L, Ciubotaru DA, Caruntu C, Farcasiu AT, Caruntu A. Minimally Invasive Two-Stage Surgery in the Treatment of Large Cystic Lesions of the Jaw. *Healthcare (Basel)* [internet]. 2021 [citado 6 jul. 2020];9(11):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8621310/>



9. Schwartzman Cohen R, Goldberger T, Merzlak I, Tsesis I, Chaushu G, Avishai G, *et al.* The Development of Large Radicular Cysts in Endodontically Versus Non-Endodontically Treated Maxillary Teeth. *Medicina (Kaunas)* [internet]. 2021 [citado 6 jul. 2020];57(9):[aprox. 9 p.]. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8464687/>

10. Monteiro L, Santiago C, Amaral BD, Al-Mossallami A, Albuquerque R, Lopes C. An observational retrospective study of odontogenic cysts and tumours over an 18-year period in a Portuguese population according to the new WHO Head and Neck Tumour classification. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [internet]. 2021 [citado 6 jul. 2020];26(4):[aprox. 11 p.]. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8254885/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

