

Quiste residual gigante: presentación de un caso

Residual cyst: a case presentation

Dr. Oscar Rivero Pérez^I, Dr. Carlos Albornoz López del Castillo^{II}, Dr. Isidro de Jesús Nápoles González^{III}

I Universidad de Ciencias Médicas. Facultad de Estomatología. Camagüey, Cuba.

II Hospital Universitario Eduardo Agramonte Piña. Camagüey, Cuba.

III Clínica Estomatológica Julio Antonio Mella. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: un quiste es una estructura con tendencia a la forma redondeada, constituida por una pared externa de tejido conectivo fibroso, una pared interna formada por un tapiz epitelial. La cavidad quística contiene un material líquido o semilíquido de color cetrino que, cuando se infecta, se convierte en purulento y carmelitoso. El quiste residual puede haber sido anteriormente un quiste lateral o un quiste apical y al haberse extraído el diente, a partir de cuyo periodonto se forma el quiste, se queda en el tejido óseo sin haber sido extirpado.

Objetivo: presentar un caso al cual se le diagnosticó y trató un quiste residual mandibular que abarcaba la hemiarcada izquierda, que permitió restablecer las funciones masticatorias y estética.

Caso Clínico: paciente que fue atendido en la consulta de Cirugía Maxilofacial de la Facultad de Estomatología de Camagüey, con un aumento de volumen en la región lateral izquierda, con antecedentes de trauma anterior que le provocó fractura de mandíbula. Se describen las características clínicas de la enfermedad y el tratamiento quirúrgico realizado, se utilizó para el mismo los principios de la técnica de enucleación.

Conclusiones: aunque se han reportados pocos casos en la literatura nacional y extranjera, estos han sido quistes de menor tamaño que incluyen uno o dos dientes, no existen reportes de quistes residuales que involucren toda la arcada o hemiarcada dentaria. Se obtuvieron resultados estéticos satisfactorios con la técnica quirúrgica empleada y no se presentaron complicaciones.

DeCS: QUISTES MAXILOMANDIBULARES/DIAGNÓSTICO; QUISTES MAXILOMANDIBULARES/cirugía; MASTICACIÓN/FISIOPATOLOGÍA; ADULTO; INFORMES DE CASOS.

ABSTRACT

Background: a cyst is a structure with a tendency to be rounded, made up of an external wall of fibrous connective tissue, an internal wall composed of epithelial tissue. The cystose cavity contains salivary liquid or semiliquid material that, when becomes infected, gets purulent and brown. A residual cyst could have been previously a lateral cyst or an apical cyst and when the tooth is extracted from the periodontium, the cyst remains in the osseous tissue without being removed.

Objective: to present a case diagnosed and treated for a mandibular residual cyst that extended over the left hemiarcade. It was possible to re-establish the masticatory and aesthetic functions.

Clinical case: a patient who was treated in the Maxillofacial Surgery consultation of the Faculty of Stomatology of Camagüey. The patient presented a volume increase in the left lateral region and an antecedent of front trauma that caused fracture of the lower jaw. The clinical characteristics of the disease and the surgical treatment conducted are described. The principles of the enucleation technique were used for conducting the surgical treatment.

Conclusions: in spite of the fact that few cases have been reported in the national and foreign literature, these have been smaller cysts that included one or two teeth. There are no reports of residual cysts that extend over all the dental arcade or hemiarcade. Satisfactory aesthetic results were obtained with the surgical technique applied and there were no complications

DeCS: JAW CYSTS/DIAGNOSIS; JAW CYSTS/surgery; MASTICATION/PHYSIOPATHOLOGY; ADULT; CASE REPORTS.

INTRODUCCIÓN

Los quistes y tumores odontogénicos constituyen las enfermedades intraóseas no inflamatorias más comunes encontradas en el maxilar superior y la mandíbula.^{1, 2}

Un quiste es una estructura con tendencia a la forma redondeada, constituida por una pared externa de tejido conectivo fibroso, denso, de haces de fibras colágenas dispuestas concéntricamente, que en la parte más adyacente al hueso aumenta gradualmente su vascularización, con una pared interna que se encuentra formada por un tapiz epitelial de una o más capas que se interrumpen, por regla general, en varios puntos. La cavidad quística contiene un material líquido o semilíquido de color cetrino que, cuando se infecta, se convierte en purulento y carmelitoso, siempre que existan fenómenos hemorrágicos en el contenido quístico.³

El quiste residual puede haber sido anteriormente un quiste lateral o un quiste apical y al haberse extraído el diente, a partir de cuyo periodonto se forma, el quiste queda en el tejido óseo sin haber sido extirpado.²

La mayoría de las veces, este tipo de quiste no presenta sintomatología y pasa inadvertido hasta que es descubierto es un examen radiográfico indicado para evaluar otra situación clínica; desde luego que, cuando los quistes alcanzan gran tamaño causan abombamiento y deformidad ósea con algún dolor, lo que, relacionado con dientes cuyas coronas presentan caries en estadios avanzados, son datos que obligan a la consideración clínica de su diagnóstico.^{2, 3}

Se presenta un paciente al cual se le diagnosticó un quiste residual mandibular que abarcaba la hemiarcada izquierda, el tratamiento quirúrgico que consistió en la enucleación del quiste, permitió restablecer las funciones masticatorias y estética.

CASO CLÍNICO

Se presenta un paciente de 47 años de edad con antecedentes de buena salud, el cual acude a nuestra consulta refiriendo que hace aproximadamente dos años sufrió un golpe con un madero en la región lateral izquierda de la cara provocándole fractura de mandíbula, fue tratado con fijación intermaxilar por 45 días. Meses después de retirar los elementos de fijación comenzó a

padecer dolor en el primer molar inferior izquierdo (36), que, al presentar movilidad fue extraído por el estomatólogo de su Área de Salud.

Al transcurrir alrededor de seis meses comenzó a notar un aumento de volumen en la región lateral de la cara en el mismo sitio de la extracción y del trauma, por lo que asistió a consulta con el estomatólogo, quien le prescribió antibioticoterapia y la evolución fue tórpidas, mantuvo el aumento de volumen y persistió el dolor, por lo que fue remitido a la consulta de cirugía maxilofacial para su mejor estudio y tratamiento.

Al examen físico extraoral se notó un aumento de volumen a nivel de la región paramandibular izquierda, doloroso a la palpación superficial y profunda, de consistencia dura, no depresible, no móvil.

Durante el examen físico intrabucal se constató ausencia clínica del primer molar inferior izquierdo (36), inclinación hacia distal del segundo premolar (35), aumento de volumen que provoca borramiento del fondo del surco vestibular.

Durante una de las consultas se pudo apreciar síntomas y signos de sepsis en el quiste y previo uso de antimicrobianos, amoxicilina 250 mg cada 8 horas por siete días, posteriormente se realizó técnica de descompresión, utilizando una jeringuilla desechable tipo Luer y se extrajeron alrededor de 8 ml de líquido, refiriendo el paciente mejoría de los síntomas. No se realizó cultivo ni antibiograma por realizarse la consulta en un municipio, con el uso empírico de antimicrobiano la sepsis cedió a los siete días.

Se le realizó prueba de vitalidad a todos los dientes de la arcada involucrada y todos los dientes respondieron al estímulo eléctrico.

Durante el estudio del paciente se indicó estudio radiográfico, vista lateral de la cara, panorámica y periapical, donde se apreció la extensión de la lesión radiolúcida con bordes bien definidos. (Figura 1)

Figura 1. Vista panorámica donde se observa tamaño del quiste



Se indicó al paciente estudio de laboratorio clínico como: hemoglobina, coagulograma mínimo que incluía: tiempo de sangramiento, tiempo de coagulación y conteo de plaquetas, todas las pruebas arrojaron resultados dentro de los límites normales.

Se realizó tratamiento quirúrgico con anestesia local, utilizando lidocaína al 2 %, realizando bloqueo del nervio dentario inferior mediante bloqueo troncular izquierdo a distancia, se realizó incisión marginal compuesta, desde distal del diente 32 hasta mesial del diente 38. (Figura 2)

Figura 2. Se observa tamaño del quiste y relación con los dientes



Se procedió a la enucleación de la masa quística con tratamiento de la cavidad a través de un curetaje minucioso preservando la integridad de estructura anatómicas como el nervio mentoniano que se expuso, posteriormente se rellenó la cavidad con fosfato tricálcico y se colocó una membrana de exclusión epitelial. (Figura 3)

Figura 3. Relleno de la cavidad quística con fosfato tricálcico



Se envió el tejido extraído y fragmentos de huesos y se enviaron dos muestras para Anatomía Patológica y el informe arrojó un quiste inflamatorio.

El paciente se evolucionó clínica y radiográficamente a los tres, siete, 15 y 21 días y posteriormente al mes y a los tres y seis meses, período en el cual el paciente no refirió molestia alguna, constatándose en los estudios radiográfico la completa cicatrización ósea en el área intrervenida.

DISCUSIÓN

De todos los quistes del complejo bucal, los más frecuentes son los de origen odontogénicos, que representan, según las estadísticas internacionales, alrededor de 93 %, estos de origen inflamatorio **son** los más frecuentes, como reportan algunos estudios y dentro de los inflamatorios en casi todas las series estudiadas, el quiste residual ocupa el segundo lugar en frecuencia, presentándose mayormente en el sexo masculino.⁴⁻⁶

Universalmente es un criterio aceptado que los quistes del componente maxilomandibular deben ser tratados quirúrgicamente. Las razones generales más coherentes para tratar estas lesiones quísticas son: 1) el crecimiento del quiste, que destruye el hueso circundante y puede ocasionar el compromiso de estructuras vecinas, como la cavidad nasal o el seno maxilar y originar obstrucción nasal o sinusitis repetidas; 2) la posibilidad de infección atribuible al

quiste, con sus correspondientes complicaciones; 3) la necesidad de realizar un estudio histopatológico para tener la certeza de la verdadera naturaleza de la lesión.^{4, 7, 8}

Los objetivos del tratamiento de los quistes maxilomandibulares giran en torno a cuatro principios fundamentales:^{4, 9, 10}

1. Escisión del revestimiento o modificación de la posición del tejido anormal para asegurar su eliminación del maxilar.
2. Conservación de los dientes sanos para que puedan cumplir una función útil con la arcada dentaria.
3. Preservación de las estructuras importantes adyacentes, como el paquete vasculonervioso o las inserciones musculares y mantenimiento de la integridad del seno maxilar.
4. Restauración del área afectada para que recupere en la mayor medida posible su forma original, por lo cual se requiere elegir adecuadamente el procedimiento quirúrgico.

No se apreció recidivas en el paciente y las complicaciones postoperatorias fueron de una muy baja morbilidad, coincidiendo con lo descrito por otros autores.

CONCLUSIONES

El quiste residual es una enfermedad que puede aparecer con relativa frecuencia, su comportamiento es de crecimiento lento pero con expansión de las corticales óseas y destrucción del hueso afectado. Aunque se han reportado pocos casos en la literatura nacional y extranjera, estos han sido quistes de menor tamaño que incluyen uno o dos dientes, no existen reportes de quistes residuales que involucran toda la arcada o hemiarcada dentaria. Se obtuvieron resultados estéticos satisfactorios con la técnica quirúrgica empleada y no se presentaron complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Khosravi N, Razavi SM, Kowkabi M, Navabi AA. Demographic distribution of odontogenic cysts in Isfahan (Iran) over a 23-year period (1988-2010). Dent Res J (Isfahan) [Internet]. 2013 Mar [citado 2014 May 18];10(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3731954/Abstract>

- 2.- Selvamani M, Donoghue M, Shivappa BP. Analysis of 153 cases of odontogenic cysts in a South Indian sample population: a retrospective study over a decade. *Brazilian Oral Research* [Internet]. 2012 Aug [citado 2014 May 18];26(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242012005000007>
- 3.- Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
- 4.- Díaz Fernández JM, Puig Ravinal LE, Vives Folgar CB. Perfil epidemiológico, clínico y terapéutico de los quistes odontogénicos en Santiago de Cuba. *MEDISAN* [Internet]. Ene 2014 [citado 24 Mar 2014];18(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100008&lng=es.
- 5.- Fungi Monetti M. Revisión analítica de los quistes odontogénicos: Archivo de la Cátedra de Anatomía Patológica Facultad de Odontología UdelaR. *Odontoestomatología* [Internet]. Dic 2011 [citado 24 Mar 2014];13(18):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392011000200006&lng=es.
- 6.- Romero de León E, Sepúlveda Infante R. Histopathological diagnosis frequency during 20 years (1989-2008). *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. Mar 2010 [citado 20 May 2014];47(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000100008&lng=es.
- 7.- Morales Navarro D. Ameloblastoma: Revisión de la literatura. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. Sep 2009 [citado 24 Mar 2014];46(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000300006&lng=es.
- 8.- Vega Llauradó A, Ayuso Montero R, Teixidor Olmo I, Salas Enric J, Marí Roig A, López López J. Opciones terapéuticas en quistes odontogénicos. *Revisión Av Odontoestomatol* [Internet]. 2013 [citado 19 May 2014];29(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v29n2/original3.pdf>
- 9.- Bhumi Sarvaiya HV, Vimal S, Kaustubh B, Zinal P, Mimansa T. Orthokeratinized odontogenic cyst of the mandible: A rare case report with a systematic review. *J Int Soc Prev Community Dent* [Internet]. 2014 Jan-Apr [citado 2014 May 19];4(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4015167/>
- 10.- Negin K, Sayed MR, Mahsa K, Amir AN. Demographic distribution of odontogenic cysts in Isfahan (Iran) over a 23-year period (1988-2010). *Dent Res J (Isfahan)* [Internet]. 2013 Mar-Apr [citado 2014 May 19];10(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3731954/>

Recibido: 30 de junio de 2014

Aprobado: 21 de julio de 2014

Dr. Oscar Rivero Pérez. I Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas. Facultad de Estomatología. Camagüey, Cuba. Email: oscarrivero@infomed.sld.cu