REPORTE IMAGENOLÓGICO
DENTOMAXILOFACIAL 2021; 1(2): 9-12
Disponible en: http://svrid.org.ve

REPORTE DE CASO

QUISTE RADICULAR. UNA PRESENTACIÓN INUSUALMENTE EXTENSA EN LA MANDÍBULA

RADICULAR CYST. AN UNUSUALLY LARGE PRESENTATION IN THE MANDIBLE

Gustavo Bustamante [1*], Alejandro Cedeño [1], Enmanuel Parra [2], Arianny Peraza [2], Karina Ruiz[3]

[1] Especialista en Cirugía Bucal. Facultad de Odontología, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela (tavo238@hotmail.com ORCID: 0000-0001-7484-0182; alejandrocedeno@hotmail.com)
[2] Residente del Postgrado de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela (enmanuelparra04@gmail.com ORCID: 0000-0002-0649-1109; ariperaza95@gmail.com ORCID: 0000-0002-2843-7226)
[3] Residente del Postgrado de Periodoncia. Facultad de Odontología, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela (od.karinaruiz@gmail.com)

Editor académico: Dra. Ana Isabel Ortega-Villalobos

RESUMEN

El quiste radicular (QR) constituye la lesión quística más frecuente en los maxilares, tiene mayor ocurrencia entre la tercera y sexta décadas de la vida, predominio en el sexo masculino. Clínicamente, suele ser asintomático y pequeño (0,5 -1,5 cm de diámetro), raramente se presenta como una lesión extensa. Se describe un caso de QR en paciente masculino de 54 años de edad, referido por presentar un aumento de volumen en región mandibular derecha, sintomático, con dos años de evolución, sin tratamiento previo. A la evaluación mediante tomografía computarizada de haz cónico se observó imagen hipodensa bordes definidos y corticalizados, localizada en la zona molar inferior derecha, en asociación al ápice del órgano dental 34, con tratamiento endodóntico previo, que condicionaba el adelgazamiento y fenestración de la cortical vestibular. La imagen presentava 22,64 mm de altura, 38,89 mm de largo y 18, 50 mm de ancho, el diagnóstico diferencial clínico fue queratoquiste odontogénico y ameloblastoma. El estudio histopatológico del especimen obtenido mediante biopsia incisional determinó que se trataba de QR. Se procedió a realizar la excéresis de la lesión, curetaje y colocación de concentrado de fibrina rica en plaquetas, se establecieron controles post operatorios a los siete, 14 y 21 días, la rehabilitación protésica se encuentra en curso.

Palabras clave: Mandíbula, quistes odontogénicos, tomografía computarizada de haz cónico (DeCS).

ABSTRACT

The radicular cyst (RC) constitutes the most frequent cystic lesion in the jaws, it has a higher occurrence between the third and sixth decades of life, predominance in the male sex. Clinically, it is usually asymptomatic and small (0.5-1.5 cm in diameter), it rarely presents as an extensive lesion. A case of CR in a 54-year-old male patient is describe, referred for presenting an increase in volume in the right mandibular region, symptomatic, with two years of evolution, without previous treatment. Upon evaluation by means of CBCT a hypodense image was observed, defined and corticalized borders, located in the lower right molar area, in association with the apex of tooth 34, with previous endodontic treatment, which conditioned the thinning and fenestration of the vestibular cortex. The image was 22.64 mm high, 38.89 mm long and 18.50 mm wide. The clinical differential diagnosis was odontogenic keratocyst and ameloblastoma. The histopathological study of the specimen obtained by incisional biopsy determined that it was RC. Excision of the lesion, curettage and place platelet-rich fibrin concentrate was performed. Post-operative controls were established at 7, 14, and 21 days. Prosthetic rehabilitation is ongoing.

Key words: Mandible, odontogenic cyst, cone beam computed tomography (MeSH).

Recibido: 12/06/2021; Aceptado: 12/07/2021; Publicado: 08/08/2021

Como citar: Bustamante G, Cedeño A, Parra E, Peraza A, Ruiz K. Quiste radicular. Una presentación inusualmente extensa en la mandíbula. Rep Imagenolol Dentomaxilofac 2021;1(2):9-12.

INTRODUCCIÓN

Los quistes odontogénicos se pueden dividir ampliamente en quistes del desarrollo e inflamatorios basados en su etiología. Los quistes odontogénicos inflamatorios incluyen los quistes radiculares. Estos se originan a partir de los restos epiteliales de Malassez en ligamentos periodontales con procesos inflamatorios/infecciosos asociados [1]. Más comúnmente, los quistes radiculares ocurren entre la tercera y sexta década de la vida con predominio masculino. Clínicamente, la lesión suele ser pequeña (entre 0,5 cm a 1,5 cm de diámetro) y asintomática [2]. Sin embargo, aunque es inusual, estos quistes pueden presentarse como lesiones extensas [3]. Se presenta a continuación el caso de un quiste radicular (QR) de dimensiones inusualmente extensas en mandíbula, exponiendo sus características clínicas e imagenológicas, así como su manejo y abordaje.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trató de paciente masculino de 54 años de edad, quien acude al área quirúrgica de la Facultad de Odontología de la Universidad el Zulia, Maracaibo, Venezuela, por presentar un aumento de volumen en región mandibular derecha, sintomático, con borramiento del surco vestibular con dos años de evolución, sin tratamiento previo.

A la evaluación imagenológica del corte panorámico de tomografía computarizade de haz cónico (TCHC) (Figura 1) se observó la presencia de una imagen hipodensa bien circunscrita con bordes corticalizados localizada en la zona molar inferior derecha, en asociación al ápice del órgano dental 34, con tratamiento endodóntico previo. En los cortes axial (Figura 2a) y coronal (Figura 2b), se evidenció una lesión isodensa bien delimitada presentando las siguientes medidas: 22,64 mm de altura, 38,89 mm de largo y 18, 50 mm de ancho, con adelgazamiento de la cortical vestibular en algunos puntos y fenestrada en otros. En el corte sagital (Figura 2c) se observó desplazamiento del conducto del nervio dentario inferior y en reconstrucciones 3D (Figura 3) se evidenció cavidad amplia, bien delimitada, afectando la trayectoria del canal mandibular.

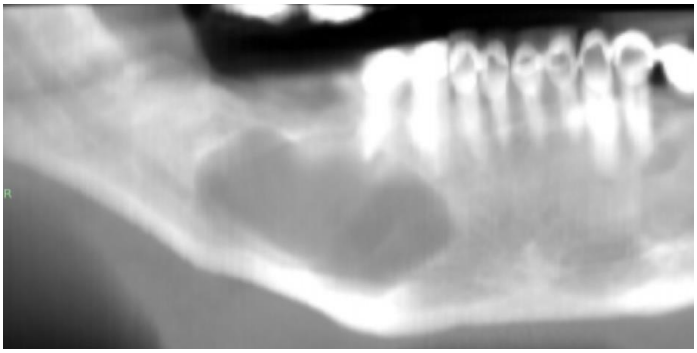

Figura 1. Corte panorámico de tomografía computarizada de haz cónico donde se observa imagen hipodensa de forma ovoide, corticalizada, bien delimitada localizada en región molar inferior derecha.

Imagenológicamente, se evidenciaron signos compatibles con lesión odontogénica, incluyéndose dentro de los diagnósticos diferenciales queratoquiste odontogénico y ameloblastoma. Se procede a realizar biopsia incisional para su estudio histopatológico, la cual arroja como resultado un QR. Se procede a realizar la excéresis de la lesión, curetaje y colocación de concentrado de fibrina rica en plaquetas, se establecen controles post operatorios a los siete, 14 y 21 días, rehabilitación protésica en curso.

DISCUSIÓN

El QR constituye la lesión quística más frecuente a nivel de los maxilares, con dimensiones usualmente ubicadas entre los 0,5 a 1 cm. El estudio por imágenes tipo radiografía panorámica nos permite realizar una adecuada valoración inicial; sin embargo, ante la presencia de lesiones de gran tamaño es necesario el estudio por medio de TCHC con la finalidad de evaluar la localización, tamaño, proximidad a estructuras vitales y extensión de la lesión [3]. En el caso presentado se evidenció una lesión de 22,64 mm de alura, 38,89 mm de largo y 18,50 mm de ancho, con presencia de bordes bien definidos y escleróticos; así como también perforación de la

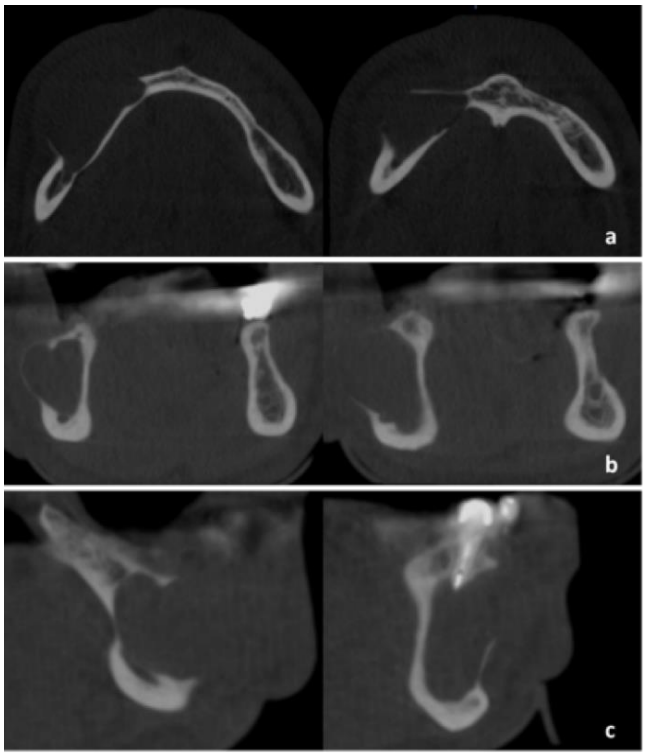

Figura2. Reconstrucciones multiplanares de tomografía computarizade de haz cónico donde se observa en a, b y c, vistas axial, coronal y sagital respectivamente, imagen hipodnesa, ubicada en el cuerpo de la mandíbula, por encima del canal mandibular. La cavidad condiciona adelgazamiento y fenestración de la tabla ósea vestibular.

cortical vestibular sugestiva de una lesión benigna de crecimiento lento, pero de comportamiento agresivo.

Dentro de los diagnósticos diferenciales que se encuentran asociados al QR encontramos: quiste dentígero, quiste residual, quiste paradental, quiste periodontal lateral, quiste óseo traumático, queratoquiste y tumores odontogénicos [4]. En el caso presentado, a pesar de ser una lesión asociada a un órgano dental con un tratamiento endodóntico fallido, debido a la extensión de la misma y características imagenológicas, se incluyeron dentro de los diagnósticos diferenciales el queratoquiste odontogénico y ameloblastoma.

Solano et al.[5] propusieron un algoritmo de selección del tipo de biopsia a realizar en lesiones intraóseas; donde establecen que, en lesiones mayores a 2 cm, con diagnósticos diferenciales de lesiones agresivas benignas o malignas, crecimiento rápido, movilidad de estructuras

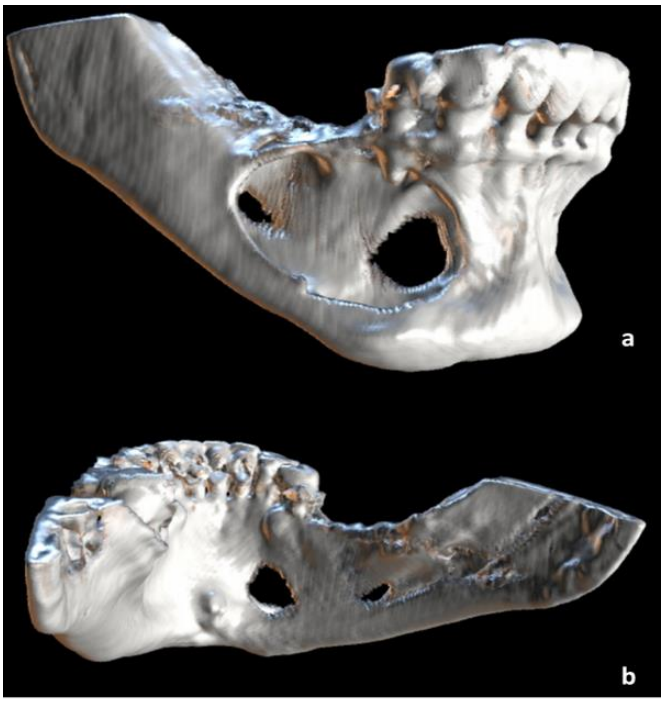

Figura 3. Reconstrucciones volumétricas de tomografía computarizade de haz cónico en a. Vista externa y b. Vista interna donde se identifica el adelgazamiento y fenestración de la cortical vestibular

dentarias, bordes difusos y/o compromiso de corticales, entre otros, deben ser sometidas a biopsia incisional. Con base a lo establecido y tomando en cuenta que en nuestro caso se cumplían con los criterios de una lesión de más de 2 centímetros se procedió a realizar una biopsia incisional, previa aspiración de la lesión.

La aspiración de lesiones intraóseas constituye un punto importante, debido a que permitiría diferenciar lesiones quísticas de lesiones sólidas, descartar cualquier tipo de lesión vascular, así como también proveer un espécimen para evaluación citoquímica [3,4]. En nuestro caso, se obtuvo contenido seroso-purulento de la lesión durante de la aspiración, de esta manera se descartó la presencia de una lesión vascular o sólida.

CONCLUSIÓN

El quiste radicular constituye la lesión periapical más frecuente, presentándose usualmente con dimensiones no mayores a los 1,5 cm, sin embargo, pueden alcanzar dimensiones mucho mayores pudiendo asemejarse a lesiones como

el queratoquiste odontogénico o el ameloblastoma; por esto se hace imprescindible el diagnostico histopatológico previo cualquier tratamiento. Asimismo, es importante ante la presencia de lesiones de gran tamaño evaluar la presencia de órganos dentales no vitales, ya que los mismos favorecerían al desarrollo de lesiones periapicales que de no ser diagnosticadas y tratadas de forma temprana pueden alcanzar dimensiones importantes, siendo necesario abordajes más invasivos para su tratamiento.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Autor para correspondencia:
Gustavo Bustamante. Calle 65, esquina con avenida 19, Facultad de Odontología, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. Código postal: 4002 (tavo238@hotmail.com)

REFERENCIAS

1. Krishnamurthy V, Haridas S, Garud M, Vahanwala S, Nayak CD, Pagare SS. Radicular cyst masquerading as a multilocular radiolucency. Quintessence Int. 2013;44(1):71-3. DOI:10.3290/j.qi.a28740
2. Deshmukh J, Shrivastava R, Bharath KP, et al. Giant radicular cyst of the maxilla. BMJ Case Rep. 2014. DOI:10.1136/bcr-2014-203678.
3. Nilesh K, Dadhich A, Chandrappa PR. Unusually large radicular cysts of maxilla: Steps In diagnosis & review of management. J Bio Innov. 2015; 4(1):1-11.
4. de Souza Batista Victor, de Souza Batista FR, Silva MMDDS. Treatment of a large radicular cyst. J Craniofac Sur. 2015;26(5): e454-5. DOI: 10.1097/SCS.0000000000001635
5. Solano N, Villarroel M, Peraza A, Ríos E, Chirinos Y. Intraosseous lesions of the jaws: Excisional or incisional biopsy? Algorithm for decision making. SAODS. 2020;3(7):3-6.