

## Quiste óseo traumático: descripción y resolución de un caso clínico

### *Traumatic bone cyst: description and solution of a clinical case*

Silvia Isabel Caviglia\*

#### RESUMEN

El quiste óseo traumático tiene varias denominaciones, es poco frecuente, su etiología es poco precisa, puede ser secuela de un traumatismo y la mayoría de las veces suele ser de hallazgo radiográfico. Se informa el caso clínico de un quiste óseo traumático mandibular en un joven de 17 años. Se realizaron los siguientes estudios: clínico, radiográfico, tomográfico, citológico, histológico y su respectivo tratamiento.

**Palabras clave:** Quiste óseo traumático, mandíbula, diagnóstico, tratamiento.

#### ABSTRACT

*Though quite rare, the traumatic bone cyst has many names. Its etiology is elusive; it can be the result of an earlier trauma and is usually discovered during routine X-ray examination. We report the clinical case of a mandibular traumatic bone cyst in a 17-year-old male. Clinical, X-ray, tomographic, cytological, and histopathological studies were performed and the corresponding treatment carried out.*

**Key words:** Traumatic bone cyst, mandible, diagnosis, treatment.

#### INTRODUCCIÓN

El quiste óseo traumático se denomina también quiste óseo simple, quiste óseo hemorrágico, cavidad ósea idiopática y quiste óseo unilocular, pero el primer término es el más usado. Se presenta como una cavidad intraósea que aparece espontáneamente en la mandíbula de pacientes jóvenes.<sup>1-6</sup>

Aunque la etiología y etiopatogenia de esta lesión es poco clara, se acepta en general que se produce después de una lesión traumática en la cual una resolución o lisis defectuosa de la hemorragia intramedular acaba en la formación de una cavidad ósea vacía.<sup>2,5-8</sup>

Otras teorías<sup>8,9</sup> señalan que puede ser originada por una degeneración quística de tumores óseos o bien por necrosis de la médula grasa durante el periodo de crecimiento, debido a la isquemia local, por infección crónica leve, a causa de una alteración del calcio, por leves cuadros infecciosos, obstrucción venosa o por una alteración localizada del metabolismo óseo que determina el desarrollo de una zona de osteólisis.

También se describen dentro de la posible etiología, defectos vasculares intraóseos, obstrucción de la red venosa del maxilar, metabolismo defectuoso del hueso, e incluso se informa una ausencia de correlación entre una lesión traumática y el pseudoquiste.<sup>8</sup>

Esta lesión fue hallada en el húmero y el fémur. La localización predominante está en la rama o en el cuerpo mandibular (región molar y premolar), aunque también fue hallada en el cóndilo mandibular y, a veces, en la zona incisiva debido a la presencia de médula ósea roja en individuos jóvenes.<sup>2,3,8,10</sup>

La mayoría de las lesiones aparecen en pacientes menores de 20 años de edad. Se ha descrito una ligera predilección en las mujeres. Otros autores<sup>2</sup> dicen que se ve más en varones, por la mayor exposición a los traumatismos.

Las lesiones son asintomáticas, los dientes conservan su vitalidad pulpar, y son un hallazgo radiográfico. Es infrecuente el abombamiento de las tablas óseas o la asimetría facial. En pocas ocasiones se observa parestesia.<sup>4,9</sup>

Radiográficamente aparece como una imagen radiolúcida solitaria, bien circunscrita, de tamaño variable. Cuando son de mayor tamaño, se observa una imagen festoneada entre las raíces dentarias sin causar rizólisis ni desplazamiento; aunque a veces se ha visto en algunos pacientes la expansión de las corticales vestibular o lingual.<sup>4,9</sup>

\* Jefe de la Unidad de Servicio Clínica Bucal, Hospital Odontológico «Dr. Ramón Carrillo». Docente Autorizado UBA.

Recibido: Septiembre 2012. Aceptado para publicación: Diciembre 2012.

En cuanto a la histología (técnica de hematoxilina y eosina), se encuentra una cavidad delineada con tejido conectivo vascular, vacío (quiste idiopático) cuando son más antiguos, de contenido fluido con un perfil similar al suero o sangre (quiste de extravasación) y contenido sólido (quiste fibroso, granulomatoso); también se halló médula hematopoyética, cristales de colesterol y osteoclastos. No contiene epitelio y no hay evidencia de infección.<sup>2,3,6,11,12</sup>

El tratamiento propuesto generalmente es el quirúrgico, de tipo exploratorio, mediante un minucioso curetaje. No es necesario el tratamiento endodóntico. Algunos autores<sup>4,7</sup> colocan rellenos con hueso bovino liofilizado, sangre autóloga del paciente o hidroxipatita. Sin embargo, la introducción de materiales radiopacos en la cavidad puede enmascarar la posible recaída. El pronóstico es bueno y la recurrencia es rara.<sup>4,9,11,12</sup>

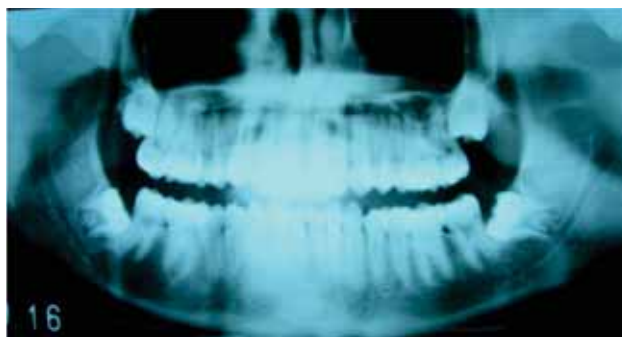
Los objetivos de la presentación de este trabajo son:

- Describir el cuadro clínico, su diagnóstico y el tratamiento realizado en un paciente que presentaba un quiste óseo traumático.
- Realizar una breve reseña de la literatura.

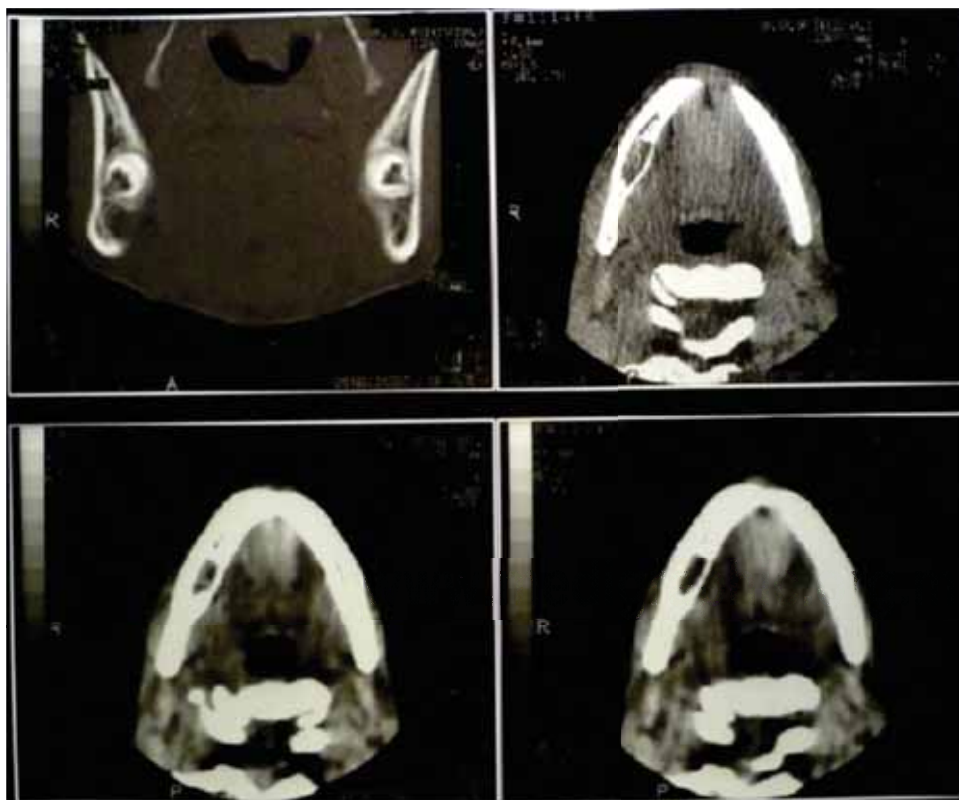
## CASO CLÍNICO

En diciembre de 2006, acudió al servicio un paciente de sexo masculino de 16 años de edad, con radiografía panorámica y tomografía axial computada para interconsulta, sin historia médica familiar ni personal.

En la radiografía panorámica se observó una imagen radiolúcida unilocular, festoneada, interradicular en zona 46-47 y la presencia del 48 sin erupcionar (*Figura 1*).



**Figura 1.** Radiografía panorámica (preoperatoria).



**Figura 2.** Tomografía axial computada.

En la tomografía axial computada se observó una imagen ovoidea y expansiva heterogénea, ubicada en el tercio medio de la rama horizontal derecha de la mandíbula, que produjo el adelgazamiento de su cortical lingual (*Figura 2*).

Se solicitó una prueba de vitalidad pulpar de las piezas dentarias 46 y 47, el resultado fue positivo (tenía vitalidad pulpar).

Clínicamente había una leve tumefacción por lingual, no presentaba movilidad dentaria y el paciente no manifestó sintomatología alguna, ni tampoco antecedentes de traumatismos.

Fueron indicados exámenes de laboratorio de rutina y coagulograma completo; con resultados dentro de los rangos normales.

En el mes de marzo del año 2007 se realizó una exploración quirúrgica, se levantó un colgajo mucoperióstico con abordaje óseo, realizando una cavidad en la tabla externa a la altura de las piezas dentarias 46 y 47, penetrando en una cavidad vacía en el espesor de la mandíbula (*Figuras 3 y 4*).

Se realizó una citología (extendido en un portaobjeto) y una biopsia (se tomó una muestra del escaso material obtenido mediante el curetaje de la pared ósea). Se obtuvo el siguiente resultado: en el extendido citológico remitido se observa material hemático con elementos leucocitarios, macrófagos y elementos fusocelulares agrupados. Los cortes histológicos examinados muestran material fibrinohemático con elementos leucocitarios mononucleares y polimorfonucleares, neutrófilos y eosinófilos, células xantomatosas y espículas óseas. Se realizó



**Figura 3.** Acceso quirúrgico a la lesión.

un control clínico–radiográfico en el mes de julio del año 2007, encontrándose regeneración ósea inicial.

Recientemente, en el año 2011, el paciente volvió para un control; al realizar el examen clínico no se observó ninguna alteración en los tejidos blandos, ni tampoco en las piezas dentarias 46 y 47. La radiografía panorámica mostró una trama ósea normal (*Figura 5*).

## DISCUSIÓN

El quiste óseo traumático (quiste óseo simple, quiste óseo hemorrágico, cavidad ósea idiopática, etc.) carece de epitelio, por lo que sería considerado un pseudoquiste. Su etiología no es precisa, se asocia a traumatismos en un 80%, pero no es así en el caso clínico descrito.



**Figura 4.** Lavado de la cavidad.



**Figura 5.** Última radiografía de control, 2011.

La lesión suele apreciarse en una radiografía de rutina y es asintomática, salvo que alcance un tamaño suficiente como para expandir las tablas óseas. La lesión afecta más a la mandíbula y sus localizaciones más habituales son las regiones premolar y molar, aunque también se puede localizar en la sínfisis. Puede ser bilateral y en algunos casos puede estar en la rama o en el cóndilo de la mandíbula.<sup>2,3,8,10</sup> Este caso clínico coincide tanto clínica como radiográficamente con la bibliografía estudiada.

Se debe realizar un diagnóstico diferencial con quistes radiculares (tomar vitalidad pulpar), queratoquiste, quiste óseo aneurismático, lesiones centrales de células gigantes, mixomas odontogénicos, quistes óseos solitarios, condroma, osteoblastoma, granuloma eosinófilo, ameloblastoma, displasias cemento óseas (en la etapa inicial).<sup>2,8,10,11</sup>

Los exámenes tomográficos en este caso clínico, sólo confirmaron las descripciones clínicas y radiográficas, no contribuyeron de forma decisiva a llegar a un posible diag-

nóstico de certeza. Los estudios histológicos en general son poco relevantes ya que se toman de una cavidad vacía.

El sangrado quirúrgico inducido durante la exploración diagnóstica y el legrado de la cavidad suelen bastar para lograr la resolución completa de la lesión en 6 a 12 meses.<sup>7</sup> El pronóstico es favorable y la recurrencia es inusual, producto de una buena reparación. La frecuencia de esta lesión en pacientes menores de 25 años y su rareza después de esa época sugieren que la mayor parte de las lesiones se resuelven espontáneamente ya que no todas se diagnostican ni se tratan.

Hasta el momento según lo observado, los métodos diagnósticos y el tratamiento no han cambiado con lo largo de los años (*Cuadro I*).

Generalmente se acepta que la curación se produce luego del curetaje de la cavidad ósea y aunque la recurrencia es rara, el paciente debe ser informado de la necesidad de controles a largo plazo.

**Cuadro I. Resumen clínico, diagnóstico diferencial, estudios, tratamiento y evaluación.**

Signos y síntomas	Diagnóstico diferencial	Estudios auxiliares	Tratamiento	Evaluación a distancia
Más común en niños y adolescentes. Asintomático. Las piezas dentarias conservan vitalidad pulpar. Rara vez expande las tablas óseas.	Granuloma gigantocelular central. Lesión vascular. Quiste óseo aneurismático. Ameloblastoma.	Maniobras clínicas. Radiografías panorámica y anterosuperior. Histología (aspiración negativa).	Quirúrgico (relleno de la cavidad).	A los 5 meses 20% relleno óseo. A los 28 meses hubo recidiva. A los 3 meses de la 2° cirugía se resolvió.
Más en varones. Mayor localización en mandíbula (27% zona anterior).	Displasia ósea florida.	Radiografía. Histología (puede haber células gigantes o colesterol).	Quirúrgico (curetaje).	Sin tratamiento puede evolucionar hacia la resolución o complicarse con una fractura.
Puede haber dolor o sensibilidad. Dientes vitales adyacentes.	Granuloma central de células gigantes. Mixoma odontogénico. Hemangioma.	Histología (poca sangre, no contiene epitelio).	Punción y tratamiento quirúrgico.	A los 4 meses de la biopsia se observa tejido de reparación. Cada 3 meses, control. A los 10 meses reparación del defecto.
95% cuerpo mandibular. Asintomático.	Granuloma de células gigantes. Hemangioma central. Querubismo.	Radiografía. Punción para descartar lesión quística, hemorrágica o sólida. Histología (tejido conjuntivo bien vascularizado sin componente epitelial).	Quirúrgico (curetaje).	A los 6 meses remisión del 50%. Al año remisión completa.

## CONCLUSIÓN

El quiste óseo traumático es una entidad poco frecuente que suele presentarse en la mandíbula de pacientes jóvenes. Siendo una lesión asintomática, su identificación frecuentemente es fortuita, a través de una radiografía.

Aunque el tratamiento quirúrgico brinda buenos resultados, debe darse seguimiento al paciente hasta su completa recuperación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Saap J, Eversole L, Wysocki G. Lesiones óseas. En: Saap J, Eversole L, Wysocki G. Patología Oral y Máxilofacial contemporánea. 2a. ed. España: Mosby. Elsevier; 2005: 114.
2. Watanabe PCA, Nader HA, López Labdessa LMP. Quiste óseo traumático. Técnicas diagnósticas. Rev Fac Odont Univ Ant 2000; 12 (1): 16-19.
3. Donkor P, Punnia-Moorthy A. Biochemical analysis of simple bone cyst fluid-report of a case. Int J Oral Maxillofac Surg 1994; 23: 296-297.
4. Kumar ND, Sherubin JE, Raman U, Shettar S. Solitary bone cyst. Indian J Dent Res. 2011; 22 (1): 172-174.
5. Xanthinaki AA, Choupis KI, Tosios K, Pagklos VA, Papanikolaou SI. Traumatic bone cyst of the mandible of possible iatrogenic origin: a case report and brief review of the literature. Head Face Med 2006; 12: 2-40.
6. Molina BM, Castillo C, Yépez J. Quiste óseo simple de la mandíbula: reporte de un caso. Acta Odontológica Venezolana 2011; 49 (2): 1-11.
7. Cortell-Ballester I, Figueiredo R, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Traumatic bone cyst: A retrospective study of 21 cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2009; 14 (5): 239-243.
8. Lamura A, Arias A, D'Empaire MG, Mayorca A, Tinoco P, Salazar N. Quiste hemorrágico de aspecto radiológico tumoral. Revisión de la literatura. Reporte de un caso. Acta Odontol Venez 2000; 38 (3): 45-50.
9. Montero RS, Basili EA, Castellón ZML, Montini SC. Quiste óseo traumático. Reporte clínico. Revista Dental de Chile 2002; 93 (2): 6-8.
10. Shigematsu H, Fujita K, Watanabe K. Atypical simple bone cyst of the mandible. A case report. Int J Oral Maxillofac Surg 1994; 23: 298-299.
11. Martins-Filho PR, Santos Tde S, Araújo VL, Santos JS, Andrade ES, Silva LC. Traumatic bone cyst of mandible: a review of 26 cases. Braz J Otorhinolaryngol 2012; 78 (2): 16-21.
12. Nelson BL. Solitary Bone Cyst. Head Neck Pathol 2010; 4 (3): 208-209.

Correspondencia:

**Dra. Silvia Isabel Caviglia**

Ortega y Gasset 1557 2° «B» CABA. Argentina, 1426.

E-mail: silcaviglia@yahoo.com.ar

www.medigraphic.org.mx