



Quiste periapical inflamatorio

Diagnóstico radiográfico, solución de un caso y revisión de la literatura

Inflammatory periapical cyst: radiographic diagnosis and resolution of a case. A review of the literature

Diego Vázquez

Jefe de Trabajos Prácticos Regular. Cátedra de Radiología. Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

María Fernanda Balsamo

Jefe de Trabajos Prácticos Regular. Cátedra de Radiología. Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Pablo Gandini

Ayudante de Primera Regular. Cátedra de Cirugía B. M. F. III. Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Andrea Valdez

Ayudante de Primera Regular, Cátedra de Radiología. Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Eduardo Carbajal

Profesor Adjunto Regular. Cátedra de Radiología. Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Se presenta un caso clínico de quiste periapical de origen inflamatorio. El paciente de 26 años de edad es de sexo masculino. Se utiliza la técnica radiográfica retroalveolar del paralelismo para poder localizar y diagnosticar presuntivamente dicha patología. Posteriormente se realizan las endodoncias de las piezas involucradas y la intervención quirúrgica para realizar la extirpación del posible quiste y la apicectomía de dichas piezas dentarias. La pieza quirúrgica es enviada para realizar los estudios anatomopatológicos los que corroboran el diagnóstico presuntivo. Se decide hacer seguimiento del caso. Basado en lo expuesto se analiza al quiste periapical de origen inflamatorio según ubicación, sexo, edad y maxilar; habiendo realizado una revisión de la literatura.

Palabras claves: *quiste periapical inflamatorio, técnica radiográfica, tratamiento quirúrgico, caso clínico.*

Summary

We report a clinical case of a periapical cyst of inflammatory origin, in a 26-year-old male patient. A retro-alveolar parallelism technique was used for the purposes of locating the lesion and establishing its presumptive diagnosis. Later on, the involved teeth underwent endodontic treatment, as well as a surgical intervention to remove the cyst and an apicoectomy of the affected teeth. The surgical material was subjected to anatomopathological examination, which confirmed our earlier presumptive diagnosis. Then, we decided to follow-up this clinical case. Based on all these findings, the inflammatory periapical cyst was studied according to sex, age and location, after performing a review of the literature.

Key words: *inflammatory periapical cyst, radiographic technique, surgical treatment, clinical case.*

Introducción

Los quistes son cavidades patológicas de contenido líquido, semilíquido, sólido o gaseoso, revestidas de epitelio en su cara interior y por tejido conectivo en el exterior. El quiste periapical es bien reconocido como la lesión quística de origen inflamatorio de mayor frecuencia entre los quistes de origen odontogénicos, la que oscila entre el 70 al 75%. A través de los años, diversos autores han afirmado que aproximadamente la mitad de las lesiones periapicales son quistes radiculares, alrededor del 15% de las lesiones periapicales son quísticas y de éstas sólo un 9% son quistes verdaderos, los cuales disminuyen la probabilidad de una resolución con un tratamiento endodóntico convencional. Estos derivan de los restos epiteliales de Malassez originados en los vestigios de la vaina de Hertwig. La transformación de estas células epiteliales en quistes puede ocurrir por caries con consiguiente necrosis pulpar, se forma un granuloma como reacción defensiva hiperplásica frente a un estímulo inflamatorio persistente y no intenso. La proliferación de las células epiteliales se hace de modo irregular, las células situadas en el interior sufren una degeneración hidrópica y se necrosan formando una cavidad llena de líquido. Por otro lado, las células plasmáticas de la vecindad son asiento de la degeneración grasa y se incorporan al contenido líquido. Una vez formado el quiste, crece progresivamente por aumento pasivo y no por proliferación del epitelio. Para explicar el crecimiento del quiste existen diversas teorías: reabsorción ósea por la presión quística producción de colagenasas, presencia de prostaglandinas sintetizadas o poder fibrinolítico de la pared, etc.^{1,2,3,4}

Radiográficamente se observa un ensanchamiento del espacio periodontal, una zona radiolúcida redondeada u oval con línea ósea de condensación periquística reaccional. La mayor parte de los casos se observa en el sexo masculino y suele localizarse en la región anterior del maxilar superior.^{5,6,7}

El objetivo de este trabajo es la presentación de un caso clínico de un quiste de origen inflamatorio a través del diagnóstico radiográfico y su tratamiento quirúrgico y una revisión de la literatura científica.

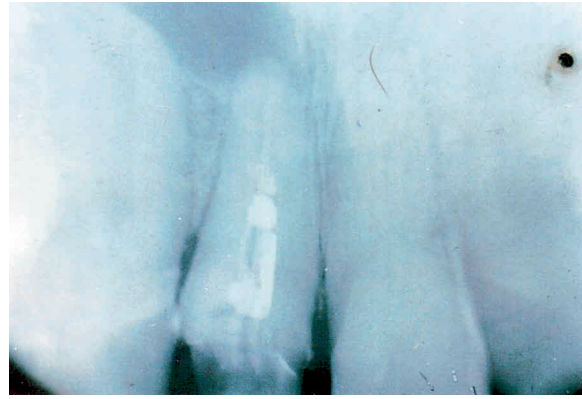


Figura 1.

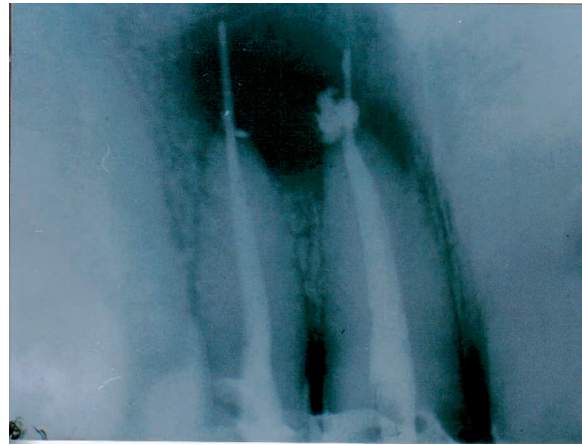


Figura 2.



Figura 3.



Figura 4.



Figura 5.



Figura 6.



Figura 7.

Reporte de un caso clínico

Presentamos el caso clínico de un paciente de sexo masculino de 26 años, quien manifiesta dolor agudo en el sector anterosuperior. El mismo refiere que hace un año le habían realizado un tratamiento endodóntico. Se realiza una radiografía periapical en el que se observa una imagen radiolúcida que involucra al incisivo central y lateral superior izquierdo, observándose en el primero una zona radiopaca por dentro del conducto, compatible con un tratamiento endodóntico defectuoso. (Ver Fig. 1)

Se realiza el retratamiento endodóntico y la endodoncia de la pieza. Se practica la sobre-obturación, para a posteriori realizar la extirpación de la lesión. (Ver Fig. 2).

Hechos todos los estudios de rutina se decide su remoción quirúrgica. Se presentan las fotos de los distintos pasos.

En la figura 3 se observa un levantamiento del colgajo, por dentro se encuentra reabsorbida la tabla ósea externa y por dentro una membrana compatible con una lesión de origen quística.

En la figura 4, una vez realizada la osteotomía, se puede observar con claridad la membrana aparentemente de origen quística. En la figura 5 se realiza el enucleado de la membrana quística que es de gran consistencia realizado con la pinza Halstead y a posteriori de la misma se realiza la apicectomía de ambas piezas dentarias, en la figura 6 se observa la reposición del colgajo y la sutura postoperatoria. La figura 7 se observa una imagen radiográfica a los 6 meses en el que se diagnostica una disminución del tamaño de la lesión y las obturaciones bien condensadas.

El informe anatomopatológico diagnostica en la muestra fragmentos de partes blandas con revestimientos parciales de epitelio escamoso típico, densamente infiltrado por linfocitos. El corion muestra infiltrados linfoplasmocitarios reactivos concluyendo con el diagnóstico de quiste odontogénico de origen inflamatorio.

Discusión

Se debe destacar la importancia de un diagnóstico temprano de esta afección debido a la posibilidad de poder originar reabsorción ósea, y la probabilidad de poder perder las piezas dentarias involucradas en este proceso.

La posibilidad de una radiografía extraoral de rutina como puede ser una radiografía panorámica, nos permite observar ambos maxilares y zonas aledañas a ellas, en el que se puede visualizar la extensión de la lesión. Es una técnica sencilla, poco costosa y fácil de realizar. La técnica intraoral del paralelo o cilindro largo nos permitió ver toda la extensión de la patología estudiada, evitó superposiciones y defectos de tamaño. En ella se visualizó con certeza una cavidad radiolúcida con cortical de límites netos, rodeando a la zona del ápice dentario. Con igual técnica se realizó el control mediato.^{8,9,10,11}

Los quistes apicales y residuales son los de mayor incidencia entre los quistes odontogénicos. El caso clínico que presentamos es de un paciente de 26 años y de sexo masculino lo que coincide con las estadísticas encontradas en la literatura (mayor incidencia de 20 a 40 años y el sexo masculino mas frecuente que el femenino). También coincide en la localización de la lesión siendo la zona anterior del maxilar superior la zona en que se han diagnosticado más apariciones de este quiste.^{1,2,12,13}

Conclusión

Por lo expuesto, hemos desarrollado un caso clínico en el que se observa la presencia de un quiste periapical odontogénico de origen inflamatorio y hemos descrito algunas de las técnicas radiográficas útiles para su diagnóstico, destacando la técnica intrabucal del paralelo o de Fitzgerald por su isomorfismo, isometría y la ausencia de superposiciones. También es de destacar una correcta utilización de las normas de bioseguridad con la utilización de los rayos x y en el tratamiento quirúrgico, como así también el cumplimiento de todos los pasos operatorios previamente planeados anteriormente a la cirugía lo que disminuye los tiempos quirúrgicos. La corroboración posterior del diagnóstico presuntivo a través de los estudios anatomopatológicos es imprescindible y los seguimientos a corto, mediano y largo plazo de dicho paciente con la misma técnica radiográfica son recomendados para evaluar el comportamiento de la patología referida y poder comparar las imágenes radiográficas con estudios sistematizados.

Referencias bibliográficas

1. Regezi & Sciubba: Quistes de la boca.; Patología Bucal 3era. ed. México, McGraw-Hill Interamericana, 1999.
2. Regezi & Sciubba: Cysts of the Oral Region, in Regezi y Sciubba: Oral Pathology 2 nd ed. Philadelphia, PA, Saunders, 1993.
3. Sapp JPh, Eversole LR and Wysocki GP: Cysts of the oral region, in Sapp Eversole Wysocki: Contemporary Oral and Maxillofacial Pathology, St. Louis, Mosby, 1997.
4. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. 1999; 20:23
5. Rancaño Medina Vega Comportamiento Epidemiológico de los quistes maxilares. Estudio de 10 años. 2003 May;95(5):632-5.
6. Concha, Guillermo. Radiología de quistes de los maxilares. Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile 13(1):23-32, 2002
7. Nair R. "Persistent periapical radiolucencies of root-filled human teeth, failed endodontic treatments, and periapical scars." Oral Surg. 1999, 87(5): 617-27.
8. Abou-Rass M. "Microorganisms in closed periapical lesions." Int Endo J. 1998, 31: 39-47.
9. Kalfas S. A new bacterial species associated with failed endodontic treatment: Identification and description of Actinomyces radicidentis. 2001, 92(2):208-14.
10. Nair R. Review: "New perspectives on radicular cysts: do they heal?." Int Endo J. 1998, 31: 155-60.
11. Danin J. "Clinical management of nonhealing periradicular pathosis: Surgery versus endodontic retreatment." Oral Surg. 1996, 82(2): 213-17.
12. Harn W. "Effect of occlusal trauma on healing of periapical pathoses: report of two cases." Int Endo J. 2001, 34: 554-61.
13. Nair PNR, "Apical periodontitis: a dynamic encounter between root canal infection and host response." Periodontology 2000, 1997; 13: 121-148