

Quiste radicular. A propósito de un caso

Radicular cyst: A case presentation

Dr. Henry I. Ronda Marisy; Dra. Ana M. Mauricio González; Dra. Loida Mendoza Hernández

Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presentó un paciente con un quiste radicular extenso que ocupaba todo el seno maxilar derecho ampliado y deformado, con erosión del reborde alveolar, en una paciente femenina de 39 años de edad que se quejaba de presentar una masa que deformaba la hemicara derecha, de unos tres meses de evolución progresiva, lenta, sin otras manifestaciones clínicas. El quiste se desarrolló a expensas de la raíz del segundo premolar superior derecho. En la discusión se planteó el mecanismo etiopatogénico de estos quistes, su constitución y contenido. Se mostraron los hallazgos radiológicos, así como los quirúrgicos y el estudio microscópico de las paredes del quiste.

DeCS: QUISTE RADICULAR; INFORME DE CASO.

ABSTRACT

A case with an extensive radicular cyst which occupied all the right maxillar sinus, lengthening it and deforming it with erosion of the alveolar ridge in a feminine patient of 39 years old who was complaining of a mass that deformed her right hemiface, with three months of progressive, slow evolution without other clinical manifestations, was presented. The cyst developed at expense of the root of the righth superior second premolar. In the discussion it was stated the ethiopathogenic mechanism of these cysts, its constitution and content Radiologic findings as well as surgical and the microscopic study of cyst walls were shown.

DeCS; RADICULAR CYST; CASE REPORT.

INTRODUCCIÓN

Los quistes de los maxilares se clasifican en odontógenos y no odontógenos de acuerdo a la relación que pueden tener con el desarrollo dentario.

Los no odontógenos se originan a partir de la inclusión del epitelio embrionario dentro de las líneas de sutura y de acuerdo a su localización anatómica se denominan quistes de la fisura media, nasoalveolares y nasopalatinos ¹.

Los odontógenos se clasifican en foliculares y radiculares. El folicular es una degeneración quística dentro de las capas epiteliales del tejido odontógeno, el diente deja de crecer y no brota, entre ellos tenemos el primordial que se origina antes de la calcificación del diente y el dentígero que se origina después de haberse iniciado dicha calcificación, y es el más frecuente de los dos.

Estos quistes siempre están en relación anatómica con la corona de un diente no brotado ² El radicular está asociado a la raíz dentaria, se ven con mayor frecuencia en el maxilar superior en incisivos y premolares, cuando se originan en el maxilar inferior lo hacen en los molares.

El caso presentado aquí es un quiste radicular de gran tamaño que deforma y ocupa casi completamente el seno maxilar derecho.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 39 años de edad que ingresó el 29 de mayo de 2001 por presentar aumento de volumen en la región malar derecha, aproximadamente unos tres meses de evolución sin otras manifestaciones clínicas.

Datos positivos del examen físico

Aumento de volumen de la región malar e infraorbitaria derecha de unos 4 cm de diámetro, superficie lisa, consistencia firme, no crujiente, ni fluctuante y ligeramente dolorosa a la palpación, pared externa de la fosa nasal derecha desplazada hacia la línea media, ángulo gíngivo labial derecho y velo del paladar duro, algo abultado desde el

segundo premolar hasta el segundo molar derecho, piel de la cara de características normales.

Los exámenes de laboratorio fueron normales. La radiografía de senos perinasales arrojó opacidad difusa de todo el seno maxilar derecho con desplazamiento de su pared interna hacia la fosa nasal derecha y cierta destrucción ósea de su pared anterolateral.

La T.A.C de senos maxilares muestra masa radiodensa que ocupa seno maxilar derecho, lo amplía y deforma, desplaza su pared anterolateral hacia afuera, la cual se ve erosionada, la pared interna desplazada hacia la línea media y en parte erosionada, desplazamiento de la porción ósea del velo del paladar. (Fig 1)

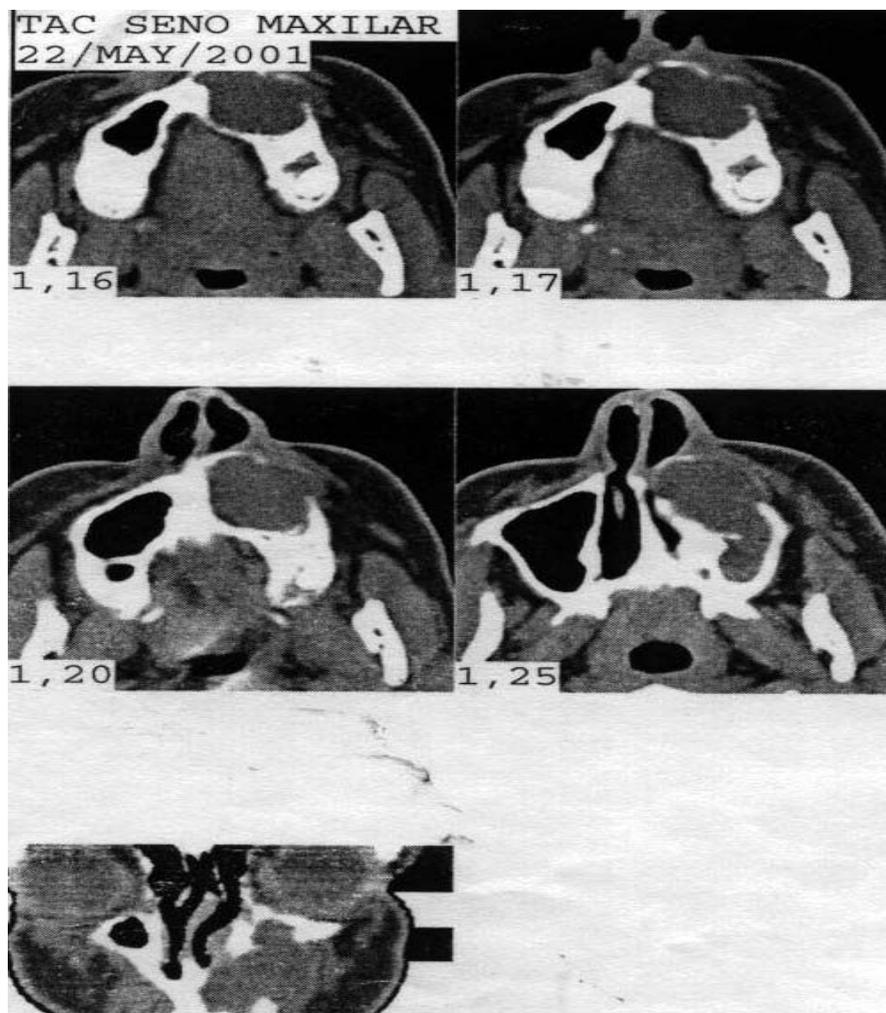


Fig 1. En la vista coronal se aprecia desplazamiento hacia abajo del piso del seno y gran erosión del reborde alveolar

La paciente fue operada el 13 de junio de 2001 mediante la técnica de Caldwell – Lucy, encontramos destrucción parcial de la pared anteroexterna del seno con salida espontánea de secreción purulenta muy fétida, reborde alveolar carcomido y blando, destrucción ósea de la pared medial, una masa tumoral de color amarillo grisáceo de pared ósea fina y consistencia cartilaginosa que ocupaba todo el seno, fue extraída en su totalidad y observamos que respetaba el techo y la pared posterior del seno. La mucosa del piso con hiperplasia secretante y el resto más bien atrófico.

El resultado histológico arrojó inflamación crónica linfoplasmocitaria abundante y fragmentos de epitelio escamoso estratificado no queratinizante con displasia moderada compatible con quiste odontógeno.

Como antecedente patológico de importancia se recogió el hecho de que la paciente, unos años atrás, padeció de caries y pulpitis del segundo premolar superior derecho.

La paciente fue dada de alta 12 días después con evolución ulterior satisfactoria.

DISCUSIÓN

En décadas pasadas se consideraba que cerca de la mitad de todas las lesiones periapicales eran quistes radiculares, pero Nair³ plantea que estudios recientes muestran que sólo el 15 % de estas lesiones son quistes radiculares.

Los quistes radiculares ocurren con mayor frecuencia en el sexo masculino y entre los 30 y 60 años de edad, como ocurrió en nuestra enferma, pero pueden presentarse a cualquier edad⁴.

Son lesiones benignas de crecimiento lento a expensas del hueso adyacente, por lo general no provocan síntomas y su lenta evolución hace que el paciente no se percate del mismo hasta que aparece la asimetría facial, su tamaño varía, pueden ser pequeños, menores de 1 cm y grandes de 4 a 6 cm, en ocasiones son duros como observamos en esta paciente y en otros la pared ósea adelgazada produce un crujido semejante a un pergamino que se estruja, en pocas ocasiones se nota fluctuación evidente.

Parece ser un hecho bien establecido que estos quistes se forman a partir de un granuloma apical cuando en él penetran los residuos de la vaina epitelial de Hertwig que lo rodean y encapsulan, seguidamente se produce un proceso de licuefacción del

granuloma y aparición de la cavidad quística que queda ocupada por un líquido en el cual se encuentran células epiteliales degeneradas, cristales de colesterol, pigmentos hemáticos y en ocasiones pus.^{1, 2, 4-6}

Autores como Takeda⁷ y Wartes⁸ plantean la presencia de pigmentos melánicos y melanocitos en quistes dentígenos y señalan que esto es poco común.

Según Mass⁹ los quistes radiculares originados en dientes primarios son considerados raros, pero un estudio realizado por él y la revisión de la literatura sugieren que la asociación de quiste radicular con dientes primarios no es tan rara, ya que aparecen en un 73,5 % de lesiones radiolúcidas de 49 molares primarios estudiados.

Figueiredo¹⁰ y Torabinad¹¹ plantean que la causa de los quistes radiculares se relaciona con eventos inmunoinflamatorios posteriores a necrosis pulpar.

Cuando hay un abultamiento en el maxilar, el estudio radiográfico convencional o la T.A.C. mostrarán las características de la tumoración que por lo general será de una radiolucidez circunscrita que en el caso de los quistes foliculares rodea la corona de un diente no brotado y en los radiculares el proceso apical del diente como en el caso presentado.

La T.A.C permite en todos los casos observar con nitidez las calcificaciones periféricas y alrededor de los dientes impactados¹².

El diagnóstico precoz del quiste odontogénico es un problema por sus escasos signos clínicos, es por lo general un hallazgo accidental en un estudio radiológico.

A pesar de que los quistes odontógenos son tumoraciones benignas se han descrito en los foliculares la aparición poco común de ameloblastomas y carcinomas odontogénicos por lo que esa posibilidad debe de tenerse presente¹³.

En cuanto al tratamiento debemos señalar que los quistes pequeños de hasta 1 cm. serán tratados por el estomatólogo, pero los quistes más grandes por el otorrinolaringólogo mediante la técnica quirúrgica de Cadwell – Luc, como lo hicimos con este paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hnuma T, Miyakawa K, Sato T. A case of an extensive radicular Cyst. *Rev Lar Otol Rhin* 1970;(1-2):33-9.
2. Goldstein JC, Sisson GA. Tumores de la nariz y senos paranasales. En: Paparella MM. *Otorrinolaringología*. T3. La Habana: Ed. Científico- Técnica; 1983.p. 2077-8.
3. Nair PN. New perspectives on radicular cyst: do they heal?. *Int Endod J* 1998;31(3):155-60.
4. Glickman J. Quistes de los maxilares En: Robbins SL. *Patología estructural y funcional*. La Habana: Ed. Pueblo y Educación; 1978.p. 834-35.
5. Loebell H. Quistes dentarios En: Berendes J, Link R, Zollner F *Tratado de Otorrinolaringología*. T2/1. Barcelona: Ed Científico-Médica; 1970.p. 294-96.
6. Wood RE, Nortje CJ, Padayachee A, Grotepass F. Radicular Cyst of primary teeth mimicking premolar dentigerous cyst: report of three cases. *ASDC J Dent Child* 1998; 55(4):228-90.
7. Takeda Y, Yamamoto H. Case report of a pigmented dentigerous cyst and review of the literature on pigmented odontogenic cyst. *J Oral Sci* 2000;42(1):43-6.
8. Walter A, George Diolombi G, Chagal M, Ango A. Melanin in a dentigerous cyst and associated adenomatoid odontogenic tumor. *Cancer* 1990;66(4):786-88.
9. Mass E, Raplan J, Hirsberg A. A clinical and histopathological study of radicular cyst associated with primary molars. *J Oral Pathol Med* 1995;24(10):458-61.
10. Figueiredo CR. Immunopathological mechanisms involved in the growth and expansion of radicular cyst. *Rev Pos Grad* 1999;6(2):180-7.
11. Torabigejad M. The role of immunological reactions in apical cyst formation the fate of epithelial cells after root canal therapy: a theory. *Int J Oral Sang* 1983;12(1):14-22.
12. Yoshiura K, Tabata O, Miwa K. Computed tomographic features of calcifying odontogenic cyst. *Dent max Radiol* 1998;27(1):12-6.
13. Olson JW, Miller RL, Kushner GM, Vest TM. Odontogenic carcinoma occurring in a dentigerous cyst. *J Periodontal* 2000;71(8):1365-70.

Recibido: 16 de noviembre de 2002

Aprobado: 17 de octubre de 2003

Dr. Henry I. Ronda Marisy. Especialista de II grado. Profesor Consultante Otorrinolaringología. Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.