

Medicent Electrón. 2023 jul.-sept.;27(3)

Informe de Caso

Quiste radicular residual

A residual radicular cyst

Yeny Herrera Mèndez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-2885-8127>

Lisbet Pineda Bombino² <https://orcid.org/0000-0002-1514-1725>

Beatríz María Crespo Echevarría³ <https://orcid.org/0000-0003-3297-7919>

¹Clínica Estomatológica «Celia Sánchez Manduley». Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

²Policlínico «XX Aniversario». Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

* Autor para la correspondencia: Correo electrónico: yenyhm81@nauta.cu

RESUMEN

En la región cervicofacial los quistes de los maxilares de origen odontogénico constituyen una afección relativamente importante, los más frecuentes son los quistes radiculares. Se presentó un paciente masculino de 23 años de edad con un quiste radicular residual extenso que ocupaba la zona mandibular posterior izquierda, y acude a consulta estomatológica de la Clínica «Celia Sánchez Manduley» por un aumento de volumen que causa asimetría facial notable de la hemicara izquierda, de tres centímetros de diámetro, indoloro, asintomático, con 6 meses de evolución y consistencia dura; además refiere tratamiento de exodoncia de molar inferior en la zona (37) hace 2 años. Se indicó radiografía periapical y



panorámica donde se observó zona radiolúcida bien definida de 35 a 38 con reabsorción de raíz mesial de 38, distal de 36 y movilidad dentaria grado II en ambos dientes. Se realizó exéresis de la lesión cuyo estudio histológico informó un quiste radicular residual.

DeCS: quiste radicular; actinomicosis cervicofacial; raíz del diente.

ABSTRACT

Jaw cysts of odontogenic origin constitute a relatively important condition in the cervicofacial region, where radicular cysts are the most frequent. We present a 23-year-old male patient who come to "Celia Sánchez Manduley" Dental Clinic with an extensive residual radicular cyst that occupied his left posterior mandibular area and an increase in volume that caused him a notable facial asymmetry in the left side of his face, of three centimeters in diameter, painless, asymptomatic, with 6 months of evolution and hard consistency; he also mentions a lower molar extraction treatment in area (37) 2 years ago. Periapical and panoramic X-rays were indicated where a well-defined radiolucent zone of 35 to 38 was observed with mesial root resorption of 38, distal of 36 and grade II dental mobility in both teeth. Exeresis of the lesion was performed, whose histological study reported a residual radicular cyst.

MeSH: radicular cyst; actinomyces, cervicofacial; tooth root.

Recibido: 6/01/2023

Aprobado: 20/03/2023

El término quiste proviene de la palabra griega *kystis* (vejiga) y se utiliza para definir a una cavidad o bolsa cerrada tapizada por un epitelio, cuyo contenido es líquido o semilíquido.⁽¹⁾



En la región cervicofacial los quistes de los maxilares de origen odontogénico constituyen una afección relativamente importante, ya que llegan a resultar entre el 4 y el 6 % del total de las biopsias procedentes de esta área.⁽¹⁾

Estas lesiones quísticas están incluidas en un grupo de afecciones frecuentes en esta área topográfica, y representan una amenaza real para la integridad física del componente maxilofacial, al ocasionar trastornos cosméticos, funcionales, o ambos, de gravedad variable, por lo que su conocimiento es de gran importancia para los estomatólogos, quienes deberán efectuar un diagnóstico correcto con las técnicas disponibles actualmente y según los hallazgos, establecer el adecuado tratamiento.⁽²⁾

Los quistes odontogénicos se forman a partir del epitelio dental en cualquiera de sus etapas de desarrollo, entre ellos están: el dentígero o folicular, de erupción, queratoquiste o quiste primordial, gingival y radicular. Los más frecuentes son los quistes radiculares.

Los quistes radiculares están asociados a la raíz dentaria, se ven con mayor frecuencia en el maxilar superior en incisivos y premolares, y cuando se originan en el maxilar inferior lo hacen en los molares. De acuerdo con su disposición o forma de presentación, pueden ser clasificados en 3 variantes: apical (ubicado en el ápice radicular), lateral (desarrollado lateral a la raíz de los dientes) y residual.

El residual es aquel quiste que puede haber pertenecido a cualquiera de las dos variantes anteriores pero que ha pasado inadvertido tras la extracción de la raíz o del diente causal, y que persiste en el fondo alveolar por el legrado insuficiente de la lesión.⁽³⁾

El objetivo de la publicación es presentar un paciente con un quiste radicular residual de gran tamaño que produce asimetría facial marcada en zona mandibular posterior izquierda.



Presentación del paciente

Se presenta un paciente masculino, de raza blanca y 23 años de edad, fue un gran fumador (una cajetilla diaria) durante aproximadamente 7 años, con antecedentes de salud anterior que acude a la consulta de la Clínica Estomatológica Celia Sánchez Manduley por presentar un aumento de volumen en zona mandibular izquierda posterior.

Al examen clínico se constató aumento de volumen intrabucal de dicha zona, que causaba asimetría facial notable, de \pm tres cm de diámetro, indoloro, con 6 meses de evolución y de consistencia dura (Figuras 1,2 y 3).



Figura 1. Aumento de volumen intrabucal



Figuras 2 y 3. Aumento de volumen que causa asimetría facial

Al interrogatorio refirió que hace 2 años se le realizó una exodoncia de un molar inferior en la zona (37). Se le indicó RX periapical y panorámica, donde se pudo apreciar zona radiolúcida bien definida, que abarcaba de 35 a 38 con reabsorción

de las raíces mesial de 38 y distal de 36, y una movilidad dentaria grado II en ambos dientes (Figuras 4 y 5)



Figura 4. Radiografía panorámica



Figura 5. Radiografía periapical

Se remitió a cirugía maxilofacial, con indicación de complementarios y se realizó exéresis quirúrgica de la lesión que incluyó la exodoncia de 36 y 38, se tomó muestra para biopsia y se indicó antibioticoterapia (Amoxicilina, cápsula de 500 miligramos, una cada 8 horas) y (Metronidazol, tableta de 250 miligramos, una cada 8 horas), como analgésico se prescribió (Paracetamol, tableta de 500 miligramos, 1 cada 8 horas).El paciente evoluciono favorablemente y sin complicaciones luego de a cirugía.

En un primer momento y presuntivamente se declaró en el informe de solicitud de biopsia la impresión diagnóstica de: proceso tumoral de la mandíbula que puede ser compatible con un quiste residual mandibular por la existencia de una historia de exodoncia previa en la zona o un ameloblastoma unilocular, al tener este último un aspecto radiográfico similar. El diagnóstico fue corroborado a través del estudio histológico de la lesión. Se concluyó lesión de aspecto compatible con quiste radicular residual.

Comentario

Según estudios realizados la distribución, en cuanto al orden de frecuencia de los diferentes quistes odontogénicos, informa un 52,3 % para el quiste radicular.⁽⁴⁾

La literatura informa variaciones en cuanto a la frecuencia de estas lesiones en uno u otro sexo. De manera general, se presentan entre los 20 y 60 años de edad, con mayor frecuencia entre la tercera y cuarta década de vida, específicamente los quistes radiculares residuales, los cuales inciden más en pacientes varones y se presentan frecuentemente en la región molar mandibular, como ocurrió en el paciente.⁽⁴⁾

Histológicamente los quistes son estructuras con tendencia a tener una forma redondeada, constituidos por una pared interna formada por un tapiz epitelial de una o más capas que se interrumpen por regla general en varios puntos, y una pared externa de tejido conectivo fibroso denso de haces de fibras colágenas dispuestas concéntricamente, que en la parte más adyacente al hueso aumentan gradualmente su vascularización. Microscópicamente en los quistes residuales se presenta un aspecto histológico similar, pero destaca en ellos, un menor contenido de células inflamatorias en el seno del tejido conectivo laxo o en el espesor del revestimiento epitelial.⁽⁵⁾

Velázquez Rojas y colaboradores⁽⁶⁾ ubican a los quistes radiculares residuales como quistes odontogénicos inflamatorios. Se plantea que la causa de estos se relaciona con procesos inmunoinflamatorios posteriores a necrosis pulpar, es



decir, su desarrollo y ubicación es a partir de los restos epiteliales de la vaina de Hertwig, que quedan en el periodonto y se activan o son inducidos a proliferar por estímulos como sucede con la necrosis e infección del conducto radicular a partir de caries coronarias, esto da lugar a la 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.⁽⁷⁾

Una vez constituido el quiste, su crecimiento se debe a la actividad de sus componentes murales, al gradiente de la presión hidrostática de la luz y a la acción bioquímica de las sustancias procedentes del huésped, que contribuyen a la reabsorción ósea. Los componentes quísticos que ejercen mayor presión son los glucosaminoglicanos procedentes del tejido conectivo y del epitelio (ácido hialurónico, condroitín sulfato y heparán sulfato, fundamentalmente). Las sustancias a las que se les atribuye el fenómeno de la reabsorción ósea son las prostaglandinas, interleucinas y los metabolitos del ácido araquidónico, mediados por la ciclooxigenasa, como son los leucotrienos. Por tanto, el crecimiento de este quiste residual, que queda en el seno óseo, dependerá de la capacidad inmunológica del paciente en ese momento, y de la virulencia y cantidad de gérmenes que eventualmente pudieran infectar este tejido.⁽⁷⁾

De acuerdo a su comportamiento clínico las lesiones quísticas son benignas, de crecimiento lento y no infiltrante 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 se observó en el 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. El diagnóstico precoz de los quistes radiculares es un problema por sus escasos signos clínicos, es por lo general un hallazgo accidental en un estudio radiológico.^(6,7)



Cuando existe un abultamiento en el maxilar, el estudio radiográfico convencional por radiografías periapicales o panorámicas mostrarán las características de la tumoración, que por lo general será de una radiolucidez circunscrita; en el caso del quiste radicular residual ha sido producida por una lesión quística preexistente lateral o apical a un diente o resto radicular, que ha pasado inadvertida tras la extracción o ha persistido en el fondo del alveolo por un legrado insuficiente de la lesión^(8,9,10), como en el paciente presentado.

El tratamiento de los quistes de los maxilares busca, por un lado eliminar radicalmente la lesión y por otro, conseguir la recuperación completa de la zona ósea afectada. Este tratamiento puede ser más o menos conservador, en dependencia de factores, como la localización del quiste, la cercanía a regiones anatómicas importantes, el tamaño, la posible infección de su contenido o del estado sistémico del paciente.^(9,10)

Una lesión, que por la clínica y la radiografía, sea sospechosa de quiste con una auténtica cápsula epitelial, debe someterse a tratamiento quirúrgico.⁽⁴⁾

La elección de un método quirúrgico u otro depende mucho del examen radiológico, el cual delimita la extensión y las relaciones de la lesión quística con los órganos vecinos.

El método ideal de tratamiento consiste en la extirpación completa de la cápsula quística y la sutura inmediata una vez comprobada la formación de un buen coágulo sanguíneo que, al organizarse, garantice la regeneración ósea.^(4,8,10) En el caso presentado se eligió la extirpación de la lesión y el estudio histológico, para corroborar un diagnóstico definitivo.

Por el crecimiento progresivo, las manifestaciones clínicas y las posibles complicaciones, los quistes de los maxilares requieren de un tratamiento que debe demorarse lo menos posible. En este sentido el estomatólogo a través de un examen clínico y radiográfico minuciosos debe diagnosticar y remitir oportunamente estas lesiones, para evitar posibles complicaciones que puedan llevar incluso a comprometer la calidad de vida del paciente.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Levano Loaysa SA, Calderón Ubaqui V, Trevejo –Bocanegra AP. Caracterización imagenológica del quiste residual maxilar: Reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Estomatol Herediana [internet]. 2021 [citado 6 feb. 2021];31(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S101943552021000100060&lng=es&nrm=iso
2. Fajardo Ortiz LV, Peña Vega CP. Frecuencia de quistes odontogénicos en pacientes de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Univ Odontol [internet]. 2018 [citado 6 feb. 2021];37(79):[aprox. 6 p.]. Disponible en:
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/24556>
3. Garay Santana JC. Capítulo 14: Quistes y tumores de los maxilares. En: Garay Santana JC. Atlas de patología del complejo bucal. 2ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 422-425.
4. Boza Oreamuno YV, López Soto A. Concordancia clínica e histopatológica de lesiones óseas orales. Estudio retrospectivo. ODOVTOS-Int J Dental Sc [internet]. 2020 [citado 29 ene. 2021];22(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en:
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos/article/view/39451>
5. Matamoros U, Valarezo J. Quiste residual. Revisión Bibliográfica. Tesis de grado previo a la obtención del título de odontóloga [tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2021 [citado 29 ene. 2021]. Disponible en:
<https://repositorio.ug.edu.ec/handle/reduq/51736>
6. Velázquez Rojas L, Alonso Claudio C, Valenzuela Huamán CJ, Velázquez Rojas G. Diagnóstico y tratamiento conservador del queratoquiste odontogénico.



Reporte de caso. Odontoestomatol [internet]. 2022 [citado 29 ene. 2021];24(39):[aprox. 7 p.]. Disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392022000101407&script=sci_arttext

7. Adachi M, Inagaki T, Ehara Y, Azuma M, Kurenuma A, Motohashi M, *et al.* Primary intraosseous carcinoma arising from an odontogenic cyst: A case report. Oncol Lett [internet]. 2014 [citado 23 ene. 2021];8(3):[aprox. 3 p.]. Disponible en:

<https://www.spandidos-publications.com/10.3892/ol.2014.2248>

8. Morales Navarro D, Sánchez Acuña JG, Camacho Olguín CG. Carcinoma primario intraóseo mandibular derivado de un quiste odontogénico. Reporte de caso. Rev Cubana Estomatol [internet]. 2018 [citado 29 ene. 2021];55(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttex=S0034-750720180001000=es

9. Givony S. Cystic lesions of the jaws: a literature review. J Med Sciences [Internet]. 2020 [citado 29 ene. 2021];8(13):[aprox. 5 p.]. Disponible en:

<https://medicsciences.com/cystic-lesions-of-the-jaws-literature-review/>

10. Rodríguez Amarillo R, Fernández Asian I, Rizcala Orlando Y. Quiste Residual mandibular: Enucleación. A propósito de un caso. Rev Andaluza de Cirugía Bucal [internet]. 2020 [citado 29 ene. 2021];9:[aprox. 4 p.]. Disponible en:

<https://www.aacib.es/wp-content/uploads/2020-aacib-09-art-03.pdf>

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

