

PRESENTACIÓN CASO ESTOMATOLÓGICO

Quiste periapical con inflamación crónica agudizada

Periapical cyst with acute chronic inflammation

Dra. Maylen Gumila Jardines, Lic. Aliana Peña Ménde, Lic. Leonides Saldivar Carmenate

Clínica Estomatológica Docente del Hospital Militar "Carlos Juan Finlay". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Paciente femenina de 47 años, de piel negra, residente en una comunidad urbana, con antecedente patológico personal de hipertensión arterial sin tratamiento; acudió a consulta de urgencias con una inflamación crónica agudizada del paladar duro derecho. En el examen bucal se observó destrucción total de la corona del diente 12 (Incisivo superior lateral derecho) con aumento de volumen difuso en el paladar. A la vista de una radiografía oclusal, se observó en el ápice del diente en cuestión una zona radiolúcida redondeada de aproximadamente 1,5 cm de diámetro, con una limitación radiopaca. Dicho ápice se encontró intacto, lo cual impresiona un resto radicular del diente 12 con un quiste periapical. Se trata en consulta, se médica y se decide remitir para los servicios de cirugía máxilo facial donde se elimina el quiste, se extrae la cápsula, se le toma muestra, se realiza exodoncia del resto radicular del diente, irrigando con solución y sutura. En próxima consulta la paciente presentó buena evolución y se recibió informe de la biopsia arrojando presencia de varios fragmentos de tejido fibroso con inflamación crónica agudizada con áreas de hemorragia.

Palabras clave: paladar duro, quiste periapical, resto radicular, radiografía oclusal.

ABSTRACT

A 47 year old female patient of dark skin colour, resident in an urban community that, with PPA of arterial hypertension without treatment; she has an acute chronic inflammation of the right hard palate, the oral examination shows total destruction

of the crown on tooth 12 (upper right lateral incisor) with increase of diffuse volume in the palate; visible in an occlusal x-ray, a rounded radiolucyd area of more than 1.5cm of diameter is observed, with a radiopaque limitation in tooth apex in question, and this apex is intact, what impresses a radicular debris of tooth 12 with a periapical cyst. It is decided to be referred to maxillo facial surgery services where the cyst is eliminated, the capsule is extracted, the sample is taken, exodontia of radicular tooth debris is carried out, it is irrigated with solution and it is sutured; in next appointment the patient presents good evolution and a report of the biopsy is obtained resulting: presence of several fragments of fibrous tissue with acute chronic inflammation with bleeding areas.

Keywords: hard palate, periapical cyst, radicular debris, occlusal x-ray.

INTRODUCCIÓN

Existen varias teorías que explican la formación de estos quistes pero con el desarrollo de la inmunología se describe la teoría inmunológica como la más aceptada.¹

Los quistes son estructuras con tendencia a la forma redondeada, constituida por una pared externa de tejido conectivo, fibroso, denso, de haces de fibras colágenas dispuestas concéntricamente, la cavidad quística contiene un material líquido o semilíquido de color cetrino que cuando se infecta se convierte en purulento o carmelitoso, siempre que existan fenómenos hemorrágicos en el contenido quístico; con bastante frecuencia aparecen cristales de sustancia lipídica, en especial de colesterolina producido a partir del metabolismo de la pared quística.²

Los maxilares constituyen un lugar anatómico frecuente de aparición de quistes por la formación embriológica de los dientes y la unión de distintos procesos embriológicos y huesos que participan en la formación de la cara y la cavidad bucal.³

En cuanto a su incidencia, los quistes radicales, dentígenos y los queratoquistes odontogénicos representa el conjunto del 94,5 % de los quistes maxilares. La región del cuerpo mandibular y la zona incisiva superior son las zonas con mayor incidencia de quistes.⁴

Teniendo en cuenta la elevada frecuencia con que aparece esta afección en nuestros servicios y que el signo clínico es poco usual observarlo hacia el paladar, nos hemos motivado a realizar la presentación de este caso para un mejor diagnóstico y tratamiento adecuado.⁵

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 47 años, de piel negra, residente en una comunidad urbana; acudió a consulta por presentar aumento de volumen en el paladar duro derecho, refiriendo que comenzó hace una semana; con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial sin tratamiento, presentando hábitos como el tabaquismo (fumadora de aproximadamente 15 cigarrillos fuertes diario), ingiere abundante café caliente durante el día y cepillado bucal 1 vez al día (al levantarse). Esta presentación de caso se corresponde con una inflamación crónica agudizada del paladar duro derecho en la paciente (fig. 1); al examen bucal se observa desdentamiento parcial superior e inferior, destrucción total de la corona del diente 12 (incisivo superior lateral derecho) con aumento de volumen difuso en el paladar.

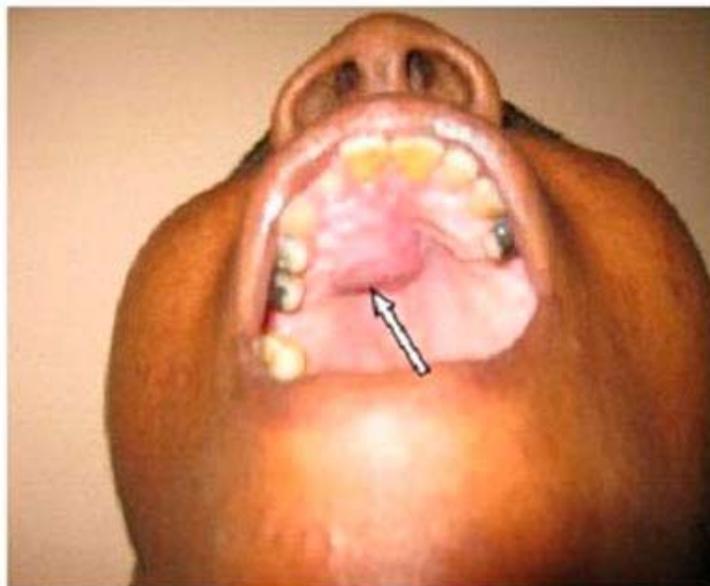


Fig.1. La figura muestra el aumento de volumen en el paladar duro derecho de la mujer de la presentación del caso, de la mujer de la presentación del caso, que comenzó una semana antes de acudir a consulta.

A la vista de una radiografía oclusal, se observa en el ápice del diente en cuestión una zona radiolúcida redondeada de aproximadamente 1.5cm de diámetro, con una limitación radiopaca bien definida y dicho ápice se encuentra intacto (Fig. 2), lo cual impresiona un resto radicular del diente 12 con un quiste periapical.

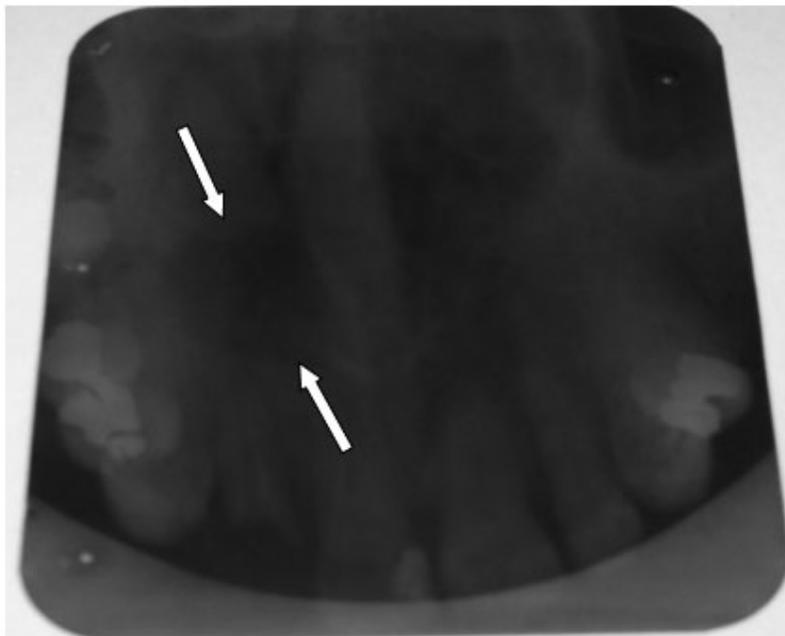


Fig. 2. La figura muestra la radiografía del maxilar superior de la mujer de la presentación del caso, donde se manifiesta señalada con flechas una zona radiolúcida redondeada de aproximadamente 1.5cm de diámetro, con una limitación radiopaca representando un quiste periapical.

En consulta se realiza acceso cameral en dicho diente con extirpación pulpar e irrigación abundante con clorhexidina acuosa al 0,2 %, se indica antibioticoterapia, vitaminas, termoterapia y se remite a los servicios de cirugía máxilo facial donde bajo anestesia local con técnica infiltrativa se le realiza tratamiento quirúrgico con incisión, festoneado y decolado de tejido, se elimina el quiste periapical, se extrae la cápsula, se le toma muestra, se realiza exodoncia del resto radicular del diente 12, se irriga con solución y se sutura; posteriormente se le dan las indicaciones post quirúrgica a la paciente incluyendo continuar con antibioticoterapia previamente indicada, se expide certificado médico por 7 días y se cita para próxima consulta en la cual la paciente presenta buena evolución y se recibe informe de la biopsia arrojando presencia de varios fragmentos de tejido fibroso con inflamación crónica agudizada con áreas de hemorragia.

DISCUSIÓN

La importancia del estudio de los quistes maxilares viene dada por la frecuencia con que estos se presentan y por el papel que el estomatólogo tiene en su detección, así como otros procesos tumorales precisan del estudio histológico para llegar al diagnóstico.¹

Según su forma de presentación, pueden ser clasificados en tres variantes: quiste periapical o radicular, quiste lateral y quiste residual. Los radiculares y residuales son los más frecuentes de los maxilares, suponiendo aproximadamente el 50 %.^{2,3,4}

La particularidad del quiste oral es que no duele; una vez detectado es momento de realizar un tratamiento específico; el primero paso es realizar una biopsia de aspiración para extraer el líquido alojado en el interior del quiste, luego es recomendable extraer una pequeña muestra del tejido para analizar y descartar que no se trata de un tumor. Los quistes son de carácter benigno, aunque en un porcentaje ínfimo, pueden malignizarse.⁶

El crecimiento de esta entidad es lento, pudiendo expandir las tablas óseas adelgazándolas o destruyéndolas. Son más frecuentes en el maxilar superior. Su imagen es radiolúcida de bordes definidos y limitado por una cortical fina radiopaca, de forma redondeada u ovalada.⁷

Como factores de riesgo están los que tienen que ver con un problema inflamatorio de la zona como puede ser la muerte pulpar, la periodontitis o la periocoronaritis, en este caso tenemos la caries dental profunda que involucra la pulpa ocasionando necrosis.⁸

De esta forma hemos presentado un caso clínico de escasa aparición en nuestras consultas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González García R, Escorial Hernández V., Capote Moreno A., Martos Díaz PL, Sastre Pérez J., Rodríguez Campo F.J. Actitud terapéutica ante sacos foliculares de terceros molares incluidos. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac [Internet]. 2005 [citado 28 Abr 2015]; 27(2): 80-4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582005000200003&lng=es
2. Santana Garay J. C. Quistes y tumores odontogénicos de los maxilares y la mandíbula. En: Editorial Ciencias Médicas. Atlas de patología del complejo bucal. 2a. ed. La Habana; Editorial Ciencias Médicas 2010. p. 423.
3. María E Marimón Torres. Quistes de los maxilares y región cervicofacial. En: Editorial Ciencias Médicas. Medicina Bucal I. La Habana; Editorial Ciencias Médicas 2009. p. 186.
4. Vega Llauradó A, Ayuso Montero R., Teixidor Olmo I, Salas Enric J, Marí Roig A, López López J. Opciones terapéuticas en quistes odontogénicos: Revisión. Av Odontoestomatol [Internet]. 2013 Abr [citado 2015 Abr 28]; 29(2): 81-93. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852013000200004&lng=es
5. Fungi Monetti M. Revisión analítica de los quistes odontogénicos: Archivo de la Cátedra de Anatomía Patológica Facultad de Odontología UdelaR. Odontoestomatología [Internet]. 2011 [citado 28 Abr 2015]; 13(18): 56-65. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392011000200006&lng=es
6. Peters F.I., López G.P., Preisler E.G., Sotomayor C.C., Donoso Z.M., Hernández V.S. Prevalencia de quistes odontogénicos: Hospital Regional Valdivia entre los años 1990 y 2010. Av Odontoestomatol [Internet]. 2012 [citado 28 abr 2015]; 28(6): 303-

9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852012000600005&lng=es

7. Mosqueda Taylor A, Irigoyen Camacho ME, Díaz Franco. Quistes odontogénicos. Análisis de 856 casos. Medicina Oral. 2002;7:89-96.

8. Bataineh AB, Rawashdeh AI, Qudah MA. The Prevalence of inflammatory and developmental odontogenic cysts in a Jordanian population: a clinicopathologic study. Quintessence Int. 2004;35(10):815-9. [Internet]. [Citado 12 Feb 2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074284>

Recibido: 16 de mayo de 2015.

Aprobado: 1 de julio de 2015.

Dra. Maylen Gumila Jardines. Clínica Estomatológica Docente del Hospital Militar "Carlos Juan Finlay". La Habana, Cuba. Correo electrónico: maylenj@infomed.sld.cu