

INFORME DE CASO

Quiste residual mandibular de grandes dimensiones

Residual Mandibular Cystwithlarg dimensión

Nancy Lourdes Martínez-Hernández^{*1} , Yoel Michel Reina-Rodríguez¹ , Lianne Laura de León-Ramírez² 

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Facultad de Estomatología. Camagüey, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Hospital de Ejército Clínico Quirúrgico "Octavio de la Concepción y de la Pedraja". Matanza

*Autor para la correspondencia: n4nc1mtnez98@gmail.com

Recibido: 29 de junio del 2021

Aprobado: 21 de diciembre del 2021

RESUMEN

Los huesos maxilares constituyen un sitio frecuente de aparición de quistes que se manifiestan como entidades de crecimiento lento, pero cuando aumentan dimensionalmente pueden provocar la expansión de las corticales óseas induciendo la ostiolisis del hueso afectado. Se presentó el caso de un paciente diagnosticado con un quiste residual mandibular de grandes dimensiones, situado a ambos lados de la línea media inferior, con longitud de 6cm aproximadamente. Remitido a la consulta de Cirugía Maxilofacial del Hospital Militar de Camagüey por aumento de volumen intraoral en región mandibular, asintomático. Luego de realizado el interrogatorio, radiografía panorámica y diagnóstico diferencial, se diagnosticó quiste residual. Se realizó tratamiento quirúrgico. La muestra se

envió a biopsia y el resultado coincidió con el diagnóstico presuntivo. Evolucionó favorablemente, observándose áreas de neoformación ósea. Se encontró solo 3 reportes en la literatura internacional con estas dimensiones y solo uno nacional.

Palabras clave: quistes mandibulares; quistes odontogénicos; quiste residual.

ABSTRACT

Maxillary bones are a frequent site for the appearance of cysts that show themselves as slow-growing entities, but when they increasingly arise they can cause the cortical bone expansion and the induced *osteolysis* in the affected bone. A patient diagnosed with a large

residual mandibular cyst was the case presented. The cyst was located on both sides of the mandibular lower midline division with a length of approximately 6cm. Patient was referred to the Maxillofacial Surgery Clinic at the Military Hospital of Camagüey diagnosed with an intra oral volume increase at the mandibular region, with no symptoms. After the interrogation, panoramic radiography and differential diagnosis, a residual cyst was diagnosed. Surgical procedure was performed. The sample

was sent for biopsy and the result was in agreement with the previous diagnosis. It evolved favorably, presenting areas of bone neoformation. Only 3 reports were found in the international literature with these dimensions and only one report in national literature.

Keywords: mandibular cysts; odontogenic cysts; residual cyst.

Cómo citar este artículo:

Martínez-Hernández NL, Reina-Rodríguez YM, León-Ramírez LL. Quiste residual mandibular de grandes dimensiones. Gac Med Est [Internet]. 2021 [citado día mes año]; 3(2):e171. Disponible en:<http://www.revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/171>

INTRODUCCIÓN

Los maxilares, al contrario de los otros huesos del organismo, constituyen un sitio anatómico frecuente de aparición de quistes por dos razones fundamentales: la formación embriológica de los dientes y la unión de distintos procesos óseos que participan en la formación de la cara. Ello hace que el epitelio tenga potencialidades para sufrir degeneración quística.⁽¹⁾

Los quistes maxilares son entidades de crecimiento lento, pero cuando aumentan dimensionalmente puede provocar la expansión de las corticales óseas induciéndola ostiólisis del hueso afectado.^(1,2,3)

Hernández Viguera, *et al.*⁽⁴⁾ reconocen que una de las premisas en cuanto a la presencia de los quistes maxilares fue realizada en el año 1654 por medio de Scultet, quien fue el primero en encontrar su existencia y presencia como patología; por otra parte, exponen a Fauchard y Magitot, que en 1728 y 1872 respectivamente, indicaron la relación existente entre quistes periapicales y el sistema anatómico-funcional dentario.

Por otra parte, Gonzáles Romero, *et al.*⁽²⁾ afirman que Partsch en 1892, fue uno de los primeros en evidenciar las etapas irritantes crónicas de los ápices dentarios, y apoyó la premisa de que estos podrían ser el inicio de formación de quistes radiculares. Este transcurso inflamatorio acontecería en los restos epiteliales de Malassez, a la vez que

presentó las alternativas terapéuticas para su tratamiento, denominada quistectomías, tratamientos clínicos quirúrgicos que se utilizan para la remoción del quiste en la actualidad.

Los quistes radicales dentales son quistes inflamatorios, que se forman a partir de un diente con pulpa necrótica o periodontitis apical crónica o granulomatosa, que por estimulación de los restos epiteliales de Malassez, va creando una cavidad quística. Se trata de un proceso asintomático, salvo cuando la lesión es de gran tamaño y da signos externos como deformación ósea, desplazamiento radicular y coronal, movilidad dentaria, etc. Cuando se ha eliminado de forma incompleta un quiste radicular al hacer la extracción del diente que le dio origen, y quedan restos de tejidos periapicales por no lograr correctamente el fondo del hueso alveolar, persiste lo que se denomina quiste residual⁽⁵⁾.

En el campo de la estomatología, cuestiones como estas requieren actualización para los perfiles epidemiológicos nacionales e internacionales, y para el conocimiento de la nueva generación de estomatólogos. Quizás muchos profesionales han tratado en los últimos años casos parecidos y no le han dado la suficiente importancia para darlos a conocer a la comunidad científica, quedando así estos ejemplos en el anonimato.

El informe de caso se desarrolló con el objetivo de presentar a un paciente con un quiste residual mandibular.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente RMM masculino de 77 años de edad, mestizo, jubilado, con antecedentes de hipertensión arterial, tratamiento (Enalapril 20 mg 2tab/d), sin hábitos nocivos. Remitido del Policlínico Oeste, en diciembre del 2019, por presentar un aumento de volumen dentro de la boca, y un RX periapical con imagen radiolúcida de contorno radiopaco bien definido en la región mandibular.

En consulta de Cirugía Máxilo-Facial fue reexaminado. Durante el interrogatorio, el paciente no refirió antecedentes de trauma en la región, ni dolor anterior en la zona. Comunicó que hace al menos unos 25 años atrás le realizaron la extracción de una "muelita inferior que estaba muerta porque tenía una gran caries". Se confecciona Historia Clínica Individual con consentimiento informado.

Extraoralmente no tenía ninguna alteración visible ni palpable; cadenas y grupos ganglionares sin alteraciones. Durante el examen físico intrabucal, se observó aumento de volumen en la región mandibular en zona de premolares derechos, de consistencia dura, cubierto por mucosa del tejido circundante, no doloroso a la palpación pero que causaba molestias al paciente y provocaba borramiento del fondo del surco vestibular. Se constató ausencia clínica del primer premolar inferior derecho (diente 44), como muestra la figura 1





Fig. 1. Examen intrabucal

Se realizó prueba de vitalidad pulpar en dientes inferiores, se registró vitalidad en los dientes 31, 32, 33, 41 y 42, resultando negativo el test en 43 y 45, con ausencia clínica del 44 que corresponde con la extracción referida.

Se indicó radiografía panorámica, que reveló una imagen radiolúcida rodeada por halo radiopaco bien definido de aproximadamente 6cm de longitud, que abarcaba desde el diente 45 hasta el diente 32, con separación intraósea de las raíces de 45 y 43, como muestra la Figura 2.



Fig. 2. Examen radiográfico preoperatorio

Con los datos obtenidos durante el interrogatorio sobre la extracción del diente 44, el examen clínico y radiografía, se realizó el diagnóstico diferencial, y se arribó al diagnóstico presuntivo de un quiste residual mandibular, ya que la lesión no guardaba relación directa con ningún diente. Se decidió su enucleación, para luego enviar al laboratorio de anatomía patológica. Previamente, fue necesario realizar un tratamiento pulpo radicular en el diente 43 por encontrarse desvitalizado.

Se indicó al paciente estudios de laboratorio clínico, que incluyó: hematocrito (43 %), tiempo de sangramiento (1'), tiempo de coagulación (5'), tiempo de eritrocimentación (37'), glicemia (4,6mmol/l) y conteo de plaquetas en $280 \times 10^9/L$, leucograma ($9 \times 10^9/L$), Grupo y Rh: A⁺ y radiografía de tórax sin alteraciones.

Se realizó tratamiento quirúrgico con anestesia general nasotraqueal, por el tamaño del quiste, los antecedentes patológicos y edad del paciente. Se realizó incisión lineal. Se

procedió a la enucleación de la cápsula quística y aspiración de su contenido de apariencia brillante y protéica, lavado y curetaje minucioso de la cavidad. Exodoncia del diente 45 por encontrarse desvitalizado y con pronóstico desfavorable luego de la intervención. Se envió el tejido extraído y el líquido quístico para Anatomía Patológica. El informe arrojó como resultado definitivo un quiste epitelial inflamatorio, con fragmentos de tejido fibroso e infiltrado inflamatorio crónico, revestido por escaso epitelio escamoso compatible con pared quística, datos de la biopsia 20-B-5 del propio hospital. Estos datos corresponden con la clasificación y características a las que corresponde el quiste residual, como se muestra en la Figura 3.

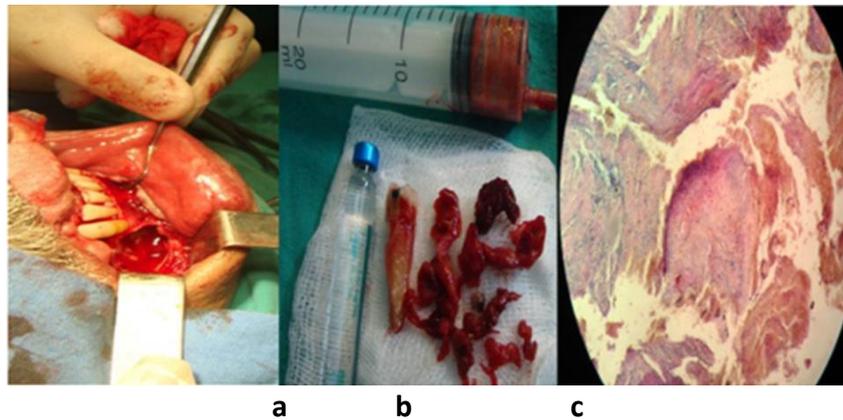


Fig. 3. Lesión patológica: cavidad quística (a), tejidos y contenido (b), histología de la biopsia (c)

Se le indicó antibióticoterapia, termoterapia y otras indicaciones indispensables dentro de los parámetros normales de prescripción. El paciente recibió el alta a las 48 horas por evolución satisfactoria y no presentar edema facial ni bucal. A los 7 días fue examinado en consulta, retirado los puntos de sutura, observándose buena cicatrización sin signos sépticos ni sintomatología dolorosa alarmante. Fue visto luego de dos meses, se observó cicatrización total de la zona y radiología panorámica con áreas de neoformación ósea. Se continuó evaluando por un año, con buena evolución clínica y radiográfica, figura 4



Fig. 4. Área de neoformación ósea

DISCUSIÓN

Los quistes representan un peligro para la integridad del componente máxilo-facial, ocasionando trastornos funcionales y estéticos de variable intensidad, por lo que deben ser diagnosticados precozmente y tratados de forma adecuada. Teniendo en cuenta que estos quistes cursan asintomáticos, el diagnóstico se basa en el buen uso del método clínico.

Universalmente, es un criterio aceptado que los quistes del componente maxilo-mandibular deben ser tratados quirúrgicamente. Entre los objetivos generales más coherentes para tratar estas lesiones quísticas se encuentran la restauración del área afectada y el cuidado de estructuras importantes adyacente. Las alternativas terapéuticas incluyen la enucleación o la marsupialización o descompresión.⁽⁶⁾

De todos los quistes de la región maxilofacial, los más frecuentes son los de origen odontogénicos, que representan, según las estadísticas internacionales un 93 %, siendo los de origen inflamatorio los más frecuentes. La mayoría de las veces no presenta sintomatología, y pasa inadvertido hasta que es descubierto accidentalmente, o cuando alcanzan gran tamaño, causando deformidad ósea o dolor.⁽⁷⁾

La frecuencia varía de acuerdo a la población; se han reportado frecuencias entre 1,4 y 13,7 % en estudios latinoamericanos.⁽⁸⁾

Ochsenius, *et al.*⁽⁹⁾ afirman que el segundo lugar de frecuencia dentro de los quistes inflamatorios lo ocupa el quiste residual con un 11,2 %, parecidas con las cifras obtenidas por Salazar⁽¹⁰⁾, para un 12,5 %. Por otra parte, Romero Blanquicett, *et al.*⁽⁵⁾ reportó un 10% en su investigación.

El quiste residual ocupa el segundo lugar en frecuencia, presentándose mayormente en el sexo masculino. Se observa más a partir de la 5ª década de la vida, y está en relación con una deficiente calidad asistencial.⁽⁹⁾

No existen muchas publicaciones de quistes de esta naturaleza, ni muchas evidencias de los tamaños que puedan tomar, a pesar de ser una entidad con frecuencia de 10% en incidencia. No quiere decir que no se mencione, porque se han demostrado casos en los cuales tienen características singulares, que escapan de las peculiaridades y más allá de lo que describe la bibliografía básica y clásica.

Internacionalmente, se encontraron 3 casos similares en los últimos 6 años. Uno de ellos ubicado en la región maxilar, donde adquirió una dimensión de 4cm de diámetro y con contenido semisólido, en una paciente femenina de 62 años.⁽¹¹⁾ El otro, igualmente en la región maxilar de un paciente masculino de 64 años, localizado en un área edéntula anterior, a nivel de los dientes 13-21.⁽⁵⁾ Un tercer hallazgo lo constituyó en un paciente de 52 años; se encontró accidentalmente el quiste residual en el cuarto cuadrante,

asintomático, a pesar de que tenía relación aparente con el nervio dentario inferior.⁽⁷⁾ Solo se encontró un reporte en la literatura nacional de un quiste residual con estas dimensiones, con aproximadamente 6 cm de longitud.⁽³⁾

En el caso presente, se presentó un inusual quiste residual en zona mandibular que adquirió un tamaño considerable por no ser diagnosticado precozmente y el paciente postergar las atenciones estomatológicas. Este quiste adquirió un tamaño de 6 cm, clasificados por algunos autores como gigante, y con poca referencia en la literatura actual. El motivo de la extracción, años anteriores, de la muela afectada del paciente, fue por necrosis pulpar sin posibilidades de realizar tratamiento conservador pulporradicular. A consecuencia de esta lesión los tejidos periapicales se infectaron y en el momento de la extracción dicha afectación periapical no fue legrada totalmente, por lo que perduró y comenzó a formarse la masa quística más allá de ser eliminado el factor etiológico. Al manifestarse de forma totalmente asintomático, la no realización de radiografías en posteriores consultas de rutina por no haber motivo aparente o falta de sistematicidad en las consultas, conspiraron en la evolución intraósea de la patología. Hasta que tomó tamaño suficiente para dar manifestaciones.

El diagnóstico diferencial se realizó con un granuloma periapical, se diferencia de este porque el quiste presentó una cortical bien definida, y no tenía relación directa con ningún ápice dentario. Los granulomas no adquieren gran tamaño intraóseo, son estructuras no organizadas ni bien delimitadas, aunque pueden ser puntos de partidas para el desarrollo de quistes.

También con otros quistes de origen odontogénicos que pueden manifestarse en la zona, pues sus morfologías son bastantes similares en cuanto al epitelio, la cavidad y la cápsula. Se diferencian también teniendo en cuenta la relación directa o no con dientes desvitalizados y el resultado final lo aporta el análisis histológico. En este caso existía un diente desvitalizado, sin embargo, la lesión no circunscribía su ápice. Coincidió el diagnóstico presuntivo con el resultado de anatomía patológica.

El quiste residual es una lesión que afecta de manera patológica a los maxilares. Como su nombre lo indica puede ser residuo de proceso quístico, formado interóseo a expensas de los tejidos periapicales del diente. En el orden epidemiológico de las lesiones inflamatorias, no destaca por ser el de mayor frecuencia. Quizás por eso resulta interesante que muchas bibliografías se centren mucho más en otros, en correspondencia con la variabilidad de sus características clínicas y radiográficas, quedando en ocasiones el quiste residual sin mucho para argumentar.



CONSIDERACIONES FINALES

Es necesario un correcto tratamiento alveolar postextracción de dientes diagnosticados con procesos periapicales crónicos, por el riesgo de la permanencia de restos con tendencia al desarrollo patológico; y evolución radiográfica prudente en posteriores consultas. Se puede adoptar la postura de realizar al menos 2 radiografías anuales en los siguientes 5 años postextracción de dicho diente afectado periapicalmente, por la tendencia de crecimiento lento y asintomático del quiste. Las técnicas radiográficas juegan un papel fundamental en el diagnóstico precoz y la identificación, pero solo con el estudio histológico se está completamente seguro del diagnóstico final.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cortez Fuentes R. Manejo quirúrgico de quistes en los maxilares [Tesis Odontología]. Lima: Universidad Inca Garcilazo de la Vega, Facultad de Estomatología; 2017[citado 10 Jun 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1339>
2. Valarezo Torres JJ. Eucleación quirúrgica como tratamiento de quiste periapical. [Tesis Odontología]. Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología;2019 [citado 2021Ene 25]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/40344>
3. Rivero Pérez O, Albornoz López del Castillo C, Nápoles González JJ. Quiste residual gigante: presentación de un caso. AMC [Internet]. 2014 [citado 2021Ene17]; 18(5): 578-586. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000500013&lng=es
4. Hernández Viguera S, Donoso Zúñiga M, Sanhueza Tobar C, LincoOlave J, Riquelme Carrasco S. Evaluación de Lesiones Periapicales en Pacientes Derivados a Cirugía Periapical Mediante Tomografía Computarizada de Haz Cónico. Int J Odontostomat [Internet]. 2017 [citado 17 Ene 2021]; 11(2):128-132. Disponible en:http://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2017000200002&lng=es
- 5 Romero Blanquicett A, Martínez Martínez A, Díaz Caballero AJ. Treatment of a residual cyst located in the upper maxilla. A case report. Rev Fac Odontol Univ Antioq [Internet]. 2018.[citado 17 Feb 2021]; 30(1):121-126Disponible en: http://www.scielo.org.com/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2018000200121&lng=es
6. Matamoros Ulloa FF. Quiste residual. Revisión Bibliográfica.[Tesis Odontología]. Ecuador:Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología;2021[citado 10 Jun 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/51736>



7. Fernández Asián IR, Torres Lagares D, Gutiérrez Pérez JL. Extirpación de quiste residual a propósito de un caso. Rev Andaluza Cir Bucal [Internet]. 2017 [citado 21 Dic 2020]; 2017;3:58-66. Disponible en: <https://www.aacib.es/wp-content/uploads/2017-aacib-03-art-01.pdf>
8. Lévano Loayza SA, Calderón Ubaqui V, Trevejo-Bocanegra AP. Caracterización imagenológica del quiste residual maxilar: Reporte de Caso y revisión de literatura. Rev Estomatol Herediana [Internet]. 2021 [citado 10 Jun 2021];31(1):60-65. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S101943552021000100060&lng=es
9. Ochsenius G, Escobar E, Godoy L, Peñafiel C. Odontogenic Cysts: Analysis of 2.944 cases in Chile. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Internet]. 2007 [citado 10 Mar 2021];12(2):85-91. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5889800>
10. Salazar Sandoval LC. Tratamiento multidisciplinario de quiste residual en maxilar superior con inflamación crónica. Reporte de un caso [Tesis Endodoncia]. Lima: Facultad de Odontología; 2019 [citado 9 Jun 2021]. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5813>
- 11 Orozco Ariza JJ, Del Rio Rocha DG, Díaz Caballero AJ. Residual cyst with semisolid content, a clinical case. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) [Internet]. 2018 [citado 21 Ene 2021]; 34(3):824-829. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/10332/214421443484>

Declaración de conflictos de intereses:

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores:

NMH: Conceptualización, Investigación, metodología, redacción del manuscrito original, revisión y aprobación final del artículo.

YMRR: Investigación, supervisión, revisión y aprobación final del artículo.

LLLR: Metodología, redacción, revisión y aprobación final del artículo.

Financiación:

No se recibió financiación para el desarrollo del presente artículo.

