

# *Revista Andaluza de Cirugía Bucal*

## **DESCOMPRESIÓN QUÍSTICA A PROPÓSITO DE UN CASO**

Aced Jiménez, E.; Fernández Asián I.R.; Torres Lagares, D;  
Gutiérrez Pérez, JL.

Revista Andaluza Cirugía Bucal 2017; 1: 1 – 12.

UDIT-CBS. ISSN 2530-4135.

## **INTRODUCCIÓN**

Un quiste es una cavidad patológica de contenido líquido, semilíquido o gaseoso, que no ha sido originada por la acumulación de pus. Suele estar, aunque no obligadamente, revestida por epitelio. Su crecimiento es expansivo y no infiltrante debido a un aumento de su presión interna y no a proliferación tisular. Son formaciones benignas, aunque en ocasiones pueden malignizar.<sup>1</sup> La clasificación más utilizada es la establecida por la OMS en 1992.<sup>2</sup> Básicamente se dividen en dos grandes grupos, quistes inflamatorios y quistes del desarrollo.

Los quistes del desarrollo pueden tener su etiología en un componente odontogénico o no odontogénico. En cuanto a los quistes inflamatorios, éstos se producen por una activación y proliferación de restos epiteliales causados por un estímulo irritativo.<sup>1,2</sup>

El quiste radicular es la lesión quística más frecuente de la cavidad bucal y del macizo maxilofacial; de ahí su importancia en el diagnóstico y manejo terapéutico.<sup>1,2,4</sup> El tratamiento de elección en este tipo de lesión es la quistectomía. En determinadas ocasiones, el tamaño de la lesión y/o la proximidad a estructuras anatómicas adyacentes hacen comprometida la cirugía. En este tipo de situaciones, proponemos realizar una descompresión de la lesión que nos permita una reducción de la misma y la posterior enucleación si fuese necesario en un segundo tiempo quirúrgico.

## **OBJETIVO**

El objetivo de este artículo es presentar la opción terapéutica de descompresión quística para quistes de gran tamaño, presentando un caso clínico que sirve como ejemplo.

## **DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Paciente varón que acude al servicio de cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla de 43 años de edad con inflamación en la región anterosuperior del maxilar tanto por la zona vestibular como por la zona palatina. El paciente refiere episodios de dolor intermitentes de unos meses de evolución. Frecuentemente nota supuración al presionar la región inflamada. El paciente no refiere antecedentes médicos de importancia.

A la inspección se aprecia abultamiento de las corticales palatina y vestibular a nivel de la zona anterosuperior. La palpación demuestra el contenido líquido de la colección. El paciente presenta múltiples caries, restos radiculares y restauraciones metal porcelana en mal estado.



Figura 1. Vista desde vestibular.



Figura 2. Vista desde palatino.

Al hacer una ortopantomografía podemos apreciar una lesión quística de gran tamaño que abarca de 13 al 22 y otra localizada en el 15. Se hicieron radiografías periapicales para tener una imagen más nítida de los límites quísticos. Debido al gran tamaño de la lesión, al abombamiento de las corticales y a la cercanía del quiste al suelo de las fosas nasales, descartamos la quistectomía, y optamos por la descompresión quística.



Figura 3. Radiografía panorámica del paciente.



Figuras 4 y 5. Radiografías periapicales.

De esta manera se procedió a la exodoncia de 15, 13, 11, 21 y 23. El resto de dientes se mantuvo con la idea de soportar una prótesis removable provisional que contuviese los tubos de drenaje. Al realizar las extracciones de los dos incisivos centrales pudimos observar cómo el contenido quístico drenaba a través de los alveolos, por lo que podemos sospechar que éstos fuesen los dientes causantes.

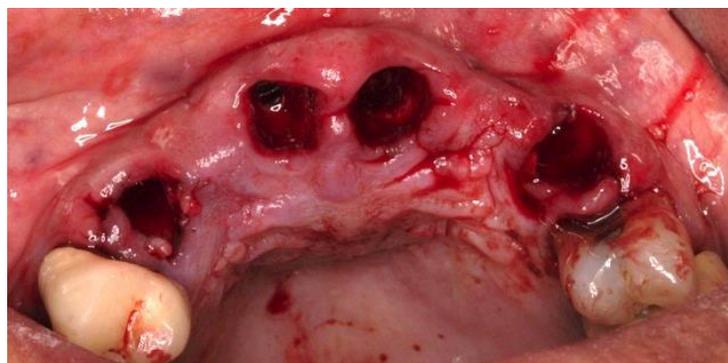


Figura 6. Alveolos tras las exodoncias.



Figura 7. Dientes extraídos del paciente

Una vez legrados los alveolos, pudimos comprobar que sólo el 11 y 21 estaban en contacto directo con el quiste. Por ello se procedió a colocar dos tubos de descompresión en 11 y 21 que pusieran en contacto la cavidad quística con el exterior. Se planteó la opción de poner una prótesis parcial removible que permitiese la higiene a través de los tubos, pero el paciente la desechó posteriormente por motivos económicos.

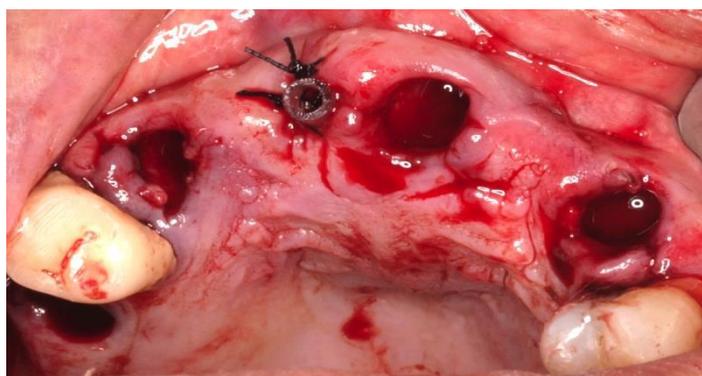


Figura 8. Colocación del primer tubo para la descompresión quística.



Figura 9. Inserción del segundo tubo para descompresión.

Se instruyó al paciente en las medidas de cuidado postoperatorio y se realizaron revisiones a la semana, un mes, dos meses, tres y seis meses. En todas ellas se realizaron radiografías panorámicas de control en el que poco a poco se empezó a evidenciar el crecimiento de nuevo hueso desde las paredes quísticas hacia el interior. En este momento el paciente está pendiente de la realización de una TC para valorar la extensión exacta de lesión actual, así como de la formación verdadera de nuevo hueso, para valorar si realizar una quistectomía definitiva, continuar la descompresión, o finalizar el tratamiento.



Figura 10. Revisión a la semana de la intervención.



Figura 11. Ortopantomografía realizada a los 3 meses.



Figura 12. Ortopantomografía realizada a los 6 meses.

## **DISCUSIÓN**

Los quistes odontogénicos, tanto quistes del desarrollo como quistes inflamatorios, son lesiones epiteliales, de crecimiento lento, expansivo y a pesar de ser entidades que presentan un comportamiento biológico benigno, pueden alcanzar gran tamaño. Constituyen además una de las principales patologías maxilares, y pueden comprometer la integridad de los tejidos cercanos.<sup>4,5</sup>

Los quistes radiculares son quistes de origen epitelial odontógeno producido por una reacción inflamatoria. Se desarrollan a partir de un estímulo irritativo que da lugar a una degeneración hidrópica de los restos epiteliales de Malassez. A partir de ahí las células captan líquido produciendo una lesión en el interior del hueso que engloba a la superficie dentaria origen de la irritación y a veces a los dientes adyacentes. El quiste está formado por un epitelio plano escamoso estratificado no queratinizado, presentando cuerpos hialinos de Rushton y una pared fibroconectiva externa de diversa densidad en contacto con el tejido óseo periquístico.<sup>6</sup>

El quiste radicular es la lesión quística más frecuente de la cavidad oral. Así se demuestra en los trabajos de Ochsenius G. y cols. que analizaron 2944 quistes odontogénicos, siendo 1494 radiculares. También observaron un moderado predominio por parte del sexo femenino de 774 (51,8%) frente a 720 (48,2%) en hombres. En cuanto a la locación el 50,7% de los quistes radiculares se situaron en la zona anterosuperior. Con respecto a estos dos últimos puntos, existe consenso entre la mayoría de los autores revisados.<sup>4,7,8</sup>

Como hemos mencionado existe una clara predilección por la localización en la zona anterosuperior del maxilar y puede deberse a que los factores estéticos obligan a la conservación de estas piezas y por lo tanto son más propensas a procesos inflamatorios crónicos de larga duración sin el tratamiento endodóntico resolutivo adecuado.<sup>4</sup>

Es interesante destacar que en la población infantil a diferencia de la población adulta son raros los casos de quistes radiculares, ocupando solamente un intervalo del 0,5% al 3,3% del número total de quistes radiculares, además de la peculiaridad de asociarse la mayoría a molares inferiores. Ramakrishna y cols. justificaron esta diferencia debido a factores etiológicos. Por lo que en dentición temporal los dientes más cariados y tratados endodónticamente son los molares inferiores.<sup>9</sup>

El diagnóstico de este tipo de lesiones suele ser radiológico en la mayoría de las ocasiones, debido a la ausencia de sintomatología. A veces cursa con signos como la expansión de corticales, desplazamiento dentario, aparición de dolor o fistulas. En el diagnóstico clínico valoraremos dolor e inflamación, hipersensibilidad a la percusión o extrusión. La extrusión dentaria se produce por el exudado e infiltrado neutrófilo de un absceso ejerciendo presión sobre el tejido circundante, enrojecimiento, hinchazón y sensibilidad gingival.<sup>1</sup>

La prueba radiológica de elección es la ortopantomografía, ya que ofrece una visión amplia del maxilar y estructuras anatómicas adyacentes. El quiste se presenta como una imagen radiolúcida ovoide/redondeada, bien circunscrita, corticalizada, unilocular. Aun así en ocasiones las radiografías panorámicas son incapaces de reproducir toda la información suficiente para planificar un tratamiento adecuado.<sup>7,10</sup>

En odontología se buscan resultados más fiables para conseguir una intervención quirúrgica mínimamente invasiva y con un excelente post-operatorio por lo que necesitamos de un diagnóstico precoz y exacto, con una información bi y tridimensional obtenida mediante el TAC siendo posible conseguir milímetro a milímetro del perfil óseo del paciente mediante cortes sagitales. Las radiografías periapicales también son de gran utilidad ya que dan una imagen del diente en su totalidad, desde la corona hasta el ápice, el espacio periodontal y el tejido óseo que lo rodea y guarda una proporción 1:1, además de mayor definición que la que se consigue con la ortopantomografía.

Es necesario establecer un diagnóstico diferencial del quiste con diferentes patologías como son la periodontitis apical crónica, el quiste óseo traumático, el quiste

del conducto nasopalatino y la cicatriz periapical (post-tratamiento). El diagnóstico diferencial de la periodontitis apical crónica con el quiste radicular es importante.<sup>11,12,13</sup>

Clínicamente se manifiestan de una forma similar, por lo que el valor de las pruebas complementarias se multiplica. Radiológicamente no se puede establecer una diferenciación absoluta y objetiva entre ambas patologías. Existen controversias entre diferentes autores, algunos indican que el quiste presenta unos límites más definidos y se delimita con una zona más esclerosada por tanto más radiopaca; mientras que a otros, les parece un dato más objetivo la línea de refuerzo producida por la presión de líquido quístico sobre el hueso que la rodea.

La patología se confirmará mediante el examen histológico. El quiste se caracteriza por la existencia de una capsula conectivo epitelial precisa, fácilmente enucleable y que deja en sus límites una cavidad ósea limpia y sin adherencias a tejidos blandos; mientras que en la lesión granulomatosa no existe capsula, el curetaje es difícil por la existencia de adherencias al hueso y lo infiltrará en diversas direcciones.

El tratamiento de elección de los quistes radiculares es la exéresis completa de la lesión. Nosotros abordamos en este trabajo una técnica más conservadora como es la descompresión quística, considerándola la mejor opción en lesiones de gran tamaño, ya que nos permitirá a posteriori manejar una lesión de reducidas dimensiones, sin invadir estructuras anatómicas adyacentes y que involucre el menor tejido óseo y dentario posible. En un segundo tiempo puede ser necesaria la quistectomía.

La descompresión quística es un procedimiento quirúrgico en el que se elimina la capsula quística parcialmente y se introduce un tubo de drenaje, estableciendo la liberación de su presión interna y asegurando así un constante drenaje por la alteración de condiciones como: la eliminación de restos metabólicos del área apical, disminución del tamaño de la lesión y alivio de la incomodidad del paciente, obteniendo la cicatrización ósea por regeneración que en muchos casos reduce el riesgo de fractura patológica.<sup>14,15</sup> Esta técnica impide que el quiste siga creciendo, ya que el mismo depende de la combinación de presión osmótica y reabsorción por presión y a la liberación de prostaglandinas y factores de crecimiento.<sup>16</sup> La técnica quirúrgica es similar a la quistectomía convencional, se realiza un colgajo mucoperióstico, una ligera

ostectomía para exponer la lesión, con ello se podrá realizar la exéresis de la porción anterior de la cápsula quística que permitirá acceder al interior de la cavidad.

Finalmente se procederá a la sutura del colgajo introduciendo un tubo de descompresión, o drenaje, que se sutura a la propia mucosa y comunicará el interior de la lesión con la cavidad oral. De este modo el paciente realizará tres aplicaciones diarias sobre el tubo de drenaje con clorhexidina al 0,12%. Hay autores que discrepan sobre el tiempo que debe permanecer el tubo de descompresión siendo este de 2 a 8 meses.<sup>17,18</sup>

Esta técnica presenta una serie de ventajas con respecto al resto de las opciones terapéuticas:<sup>7,14,16</sup>

- Cambio en la arquitectura histológica del quiste, lo que reduce su recurrencia.
- Disminución del tamaño de la lesión.
- Menor tasa de recidiva.
- Reducción considerable de las complicaciones como fracturas mandibulares, fistulas oronasales o lesiones en estructuras nerviosas. Un estudio realizado por August M y cols. observó que solo uno de los catorce pacientes tratados con descompresión tuvo parestesia después de la quistectomía.

No obstante no está exenta de desventajas:<sup>7,14</sup> requiere dos intervenciones; mantenimiento de una cánula durante varios meses con sus irrigaciones correspondientes y la necesidad de un paciente colaborador para asegurar una buena higiene bucodental y que acuda a las revisiones periódicas. Brondum y Jensen fueron los primeros en informar sobre la ausencia de recidivas en un periodo de observación de 7 a 17 años en 12 pacientes con grandes queratoquistes tratados con descompresión e irrigación. Sin embargo durante la enucleación dado que la capsula es típicamente fina y friable se suele fragmentar durante la extirpación.<sup>19</sup>

La resección incompleta de la capsula así como la presencia de microquistes en el tejido conectivo circundante predispone a la recidiva o persistencia del mismo. Progel A. y cols describe esta técnica con 10 pacientes y con una resolución completa del problema sin necesidad de la quistectomía. Según August M. y cols. la enucleación como tratamiento único tiene una tasa de recurrencia alta con un rango del 17% al 56% especialmente cuando el quiste esta fraccionado.<sup>20</sup>

## **CONCLUSIONES**

La descompresión quística es una técnica conservadora que consideramos es una buena opción de tratamiento para lesiones quísticas de gran tamaño. Esta técnica permite la liberación de presión y por lo tanto disminución del tamaño del quiste que facilita su enucleación posterior en caso de que fuese necesario. Además disminuye complicaciones graves como pueden ser fracturas mandibulares y lesión de estructuras nobles como el seno maxilar, las fosas nasales o el canal mandibular.

Es una técnica relativamente simple, donde se requiere la colaboración del paciente y un seguimiento riguroso por parte del odontólogo para verificar los resultados finales para decidir la necesidad de tratamientos complementarios.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Bagan JV. Medicina Oral. Barcelona:Ed. Masson; 1995. p. 485.
2. Holla VA, Chatra L, Shenai P, Rao PK, Veena K, PrabhuRV. Bilateral inflammatory cysts of the jaw: report of an unusual case. *ImagingSci Dent.* 2012 ;42: 105-9.
3. Manor E, Kachko L, Puterman MB, Szabo G, Bodner L. Cystic lesions of the jaws - a clinicopathological study of 322 cases and review of the literature. *Int J Med Sci.* 2012; 9: 20-6.
4. Ochsenius G, Escobar E, Godoy L, Peñafiel C. Odontogenic cysts: analysis of 2,944 cases in Chile. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007; 12: 85-91.
5. Carrillo C, Vera F, Peñarrocha M, Martí E. The post-endodontic periapical lesion: Histologic and etiopathogenic aspects. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007; 12: 585-90
6. Prockt AP, Schebela CR, Maito F, Sant'Ana-Filho M, Rados PV. Odontogenic cyst: Analysis of 680 cases in Brazil. *Head and Neck Pathol.* 2008; 2: 150-6
7. Gallego D, Torres D, García M, Romero MM, Infante P, Gutiérrez JL. Diagnóstico diferencial y enfoque terapéutico de los quistes radicales en la práctica odontológica cotidiana. *Med Oral.* 2002; 7: 54-62
8. Núñez-Urritia S, Figueiredo R, Gay-Escoda C. Retrospective clinicopathological study of 418 odontogenic cyst. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2010; 15: 767-73
9. Ramakrishna Y, Verma D. Radicular cyst associated with a deciduous molar: A case report with unusual clinical presentation. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2006; 24: 158-60.
10. Mosqueda A, Irigoyen ME, Díaz MA, Torres MA. Quistes odontogénicos. Análisis de 856 casos. *Med Oral.* 2002; 7: 89-96.
11. Scholl RJ, Kellet HM, Neumann D, Lurie A. Cyst and cystic lesion of the mandible: Clinical and Radiologic-Histopathologic Review. *Scientific Exhibit.* 1999; 19: 1107-24.

12. Escoda J, Almendros N, Berini L, Gay-Escoda C. Nasopalatine duct cyst: Report of 22 cases and review of the literatura. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13: 438-43.
13. Cortell I, Figueiredo R, Berini L, Gay-Escoda C. Traumatic bone cyst: A retrospective study of 21 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009; 14: 239-43.
14. López JD, López LB, Angel VE. Técnica de descompresión, una alternativa conservadora para el manejo de grandes lesiones perirradiculares. *CES Odontología*. 2005; 18: 33-9.
15. Sanchís JM, Bagán JV, Murillo J, Poveda R, Díaz JM, Blasco P. Estudio clínico-evolutivo y recurrencia de 39 keratoquistes de los maxilares tratados mediante enucleación simple y descompresión. *Archivos de Odontoestomatología*. 2005; 21: 298-304.
16. Kolokythas A, Fernandes RP, Pazoki A, Ord RA. Odontogenic keratocyst: to decompress or not to decompress? A comparative study of decompression and enucleation versus resection/peripheral ostectomy. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007; 65: 640-4.
17. Martínez D. Queratoquistes maxilares: marsupialización. *RevEspCir Oral y Maxilofac*. 2006; 28: 222-4.
18. Allais M, Maurette P, Haiter-Neto F, Moraes M. Tratamiento de quiste dentígero bilateral mandibular por medio de dos tipos de tratamientos. Relato de caso clínico y comparación entre las técnicas. *Acta Odontol Venez*. 2007; 45: 1-5.
19. Brondum N, Jensen VJ. Recurrence of keratocyst and decompression treatment. A long-term follow-up of forty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1991; 72: 265.
20. Pogrel M, Jordan RCK. Marsupialization as a definitive treatment for the odontogenic keratocyst. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004; 62: 651-55.