

Revista Andaluza de Cirugía Bucal

EXTIRPACIÓN DE QUISTE RESIDUAL

A PROPÓSITO DE UN CASO

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

Revista Andaluza Cirugía Bucal 2017; 3: 58 – 66.

UDIT-CBS. ISSN 2530-4135.

INTRODUCCIÓN

Los quistes y tumores odontogénicos son, dentro del campo de la cirugía oral y maxilofacial, las enfermedades intraóseas no inflamatorias más frecuentes, presentando una tasa bastante elevada respecto a otro tipo de patologías.^{1,2} Un quiste es una estructura con tendencia a la forma redondeada, constituida por una pared externa de tejido conectivo fibroso, denso, de haces de fibras colágenas dispuestas concéntricamente, que en la parte más adyacente al hueso aumenta gradualmente su vascularización, con una pared interna que se encuentra formada por un tapiz epitelial de una o más capas que se interrumpen, por regla general, en varios puntos. La cavidad quística contiene un material líquido o semilíquido de color cetrino que, cuando se infecta, se convierte en purulento, siempre que existan fenómenos hemorrágicos en el contenido quístico.³

El quiste residual puede haber sido anteriormente un quiste folicular de un diente incluido o un quiste apical que al haberse extraído el diente, queda el quiste en el tejido óseo sin haber sido extirpado.⁴ La mayoría de las veces, este tipo de quiste no presenta sintomatología y pasa inadvertido hasta que es descubierto en un examen radiográfico indicado para evaluar otra situación clínica, como es por ejemplo tras una Ortopantomografía de control; cuando los quistes alcanzan gran tamaño causan abombamiento y deformidad ósea con dolor, lo que, relacionado con dientes cuyas coronas presentan caries en estadios avanzados, son datos que obligan a la consideración clínica de su diagnóstico.^{2,3}

Se presenta un paciente al cual se le diagnosticó un quiste residual mandibular que se encontraba en la hemiarcada derecha, el tratamiento quirúrgico que consistió en la enucleación del quiste, permitió restablecer la continuidad ósea, la salud del paciente así como intervenir en el avance hacia el daño en su crecimiento de otras estructuras cercanas como es en el caso del nervio dentario inferior.

OBJETIVO

El objetivo de este artículo es mostrar la realización de una enucleación de un quiste residual mandibular realizado por alumnos del Máster de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta un paciente de 52 años de edad sin antecedentes médicos de interés, el cual acude a nuestra consulta refiriendo que quiere reponerse los dientes ausentes con prótesis fija. Tras realizar una ortopantomografía de control se puede visualizar en la misma, un área redondeada radiolúcida con bordes bien definidos localizado en la hemiarcada inferior derecha (Figura 1).

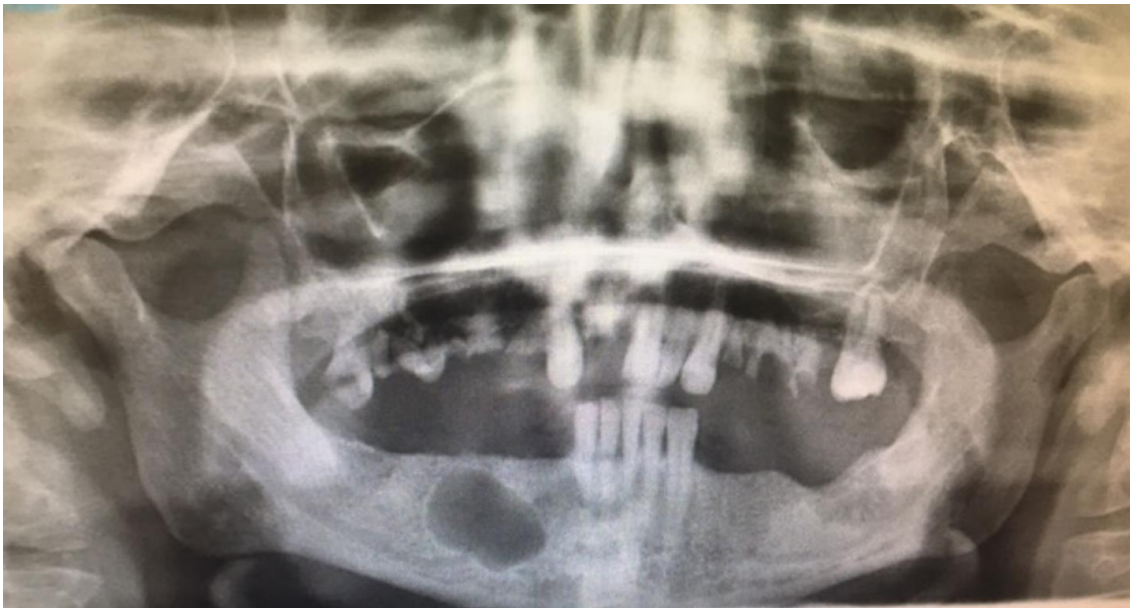


Figura 1: Ortopantomografía en la que se puede visualizar la presencia de un quiste con bordes bien definidos en la hemiarcada inferior derecha.

Durante el examen intrabucal se constató la ausencia clínica de todos los dientes del cuarto cuadrante y no se aprecia ningún tipo de abombamiento de la cortical así como total ausencia de cualquier tipo de clínica a la palpación o daño neurológico a pesar de la cercanía aparente de la lesión con el nervio dentario inferior. (Figura 2)



Figura 2: Imagen intraoral del 4 cuadrante.

Se le explicó al paciente el hallazgo radiológico obtenido y se le argumentó la necesidad de estudiar en profundidad el caso mediante un estudio radiológico 3D, que permitiera aportar más información sobre la lesión así como sobre su relación con las estructuras vecinas y, en caso de ser necesario, la planificación adecuada para poder realizar una intervención obteniéndose el menor daño posible (Figura 3e 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 removible 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.

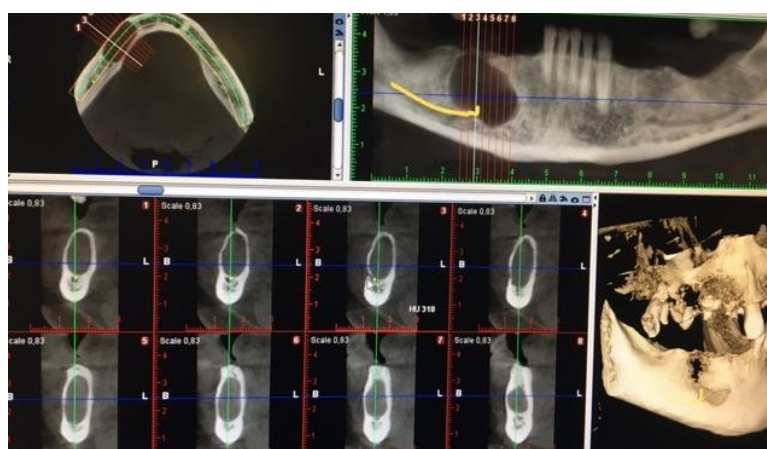


Figura 3: Estudio radiográfico 3D en el que puede apreciarse la disposición del quiste así como su relación con el agujero mentoniano.

Una vez realizada la prueba radiológica al paciente y estudiar el caso en profundidad se llegó a la conclusión de que no existen signos de malignidad del quiste, no apreciándose ningún tipo de abombamiento ni perforación de las corticales, estando la lesión con límites bien definidos. Por otro lado se aprecia que no existe desplazamiento ni daño en el trayecto del nervio dentario inferior pero sí una íntima relación con este, fundamentalmente en la salida del mismo por el agujero mentoniano. Como diagnóstico de presunción se establece el de un quiste residual inflamatorio, pero que evidentemente será necesaria la extirpación completa del mismo y su posterior análisis anatomopatológico para poder así diferenciarlo de cualquier otro tipo de lesión de naturaleza con mayor potencial de malignidad. Es por todo ello que se decide realizar una planificación meticulosa para poder abordar la lesión de la manera menor traumática posible y se le explica al paciente la necesidad de eliminar el quiste así como las posibles complicaciones que podrían surgir durante la cirugía. El paciente comprende la necesidad del tratamiento y los riesgos que engloban a la lesión (fundamentalmente el posible daño del nervio dentario inferior y/o mentoniano) y así se refleja en el consentimiento informado que firma el paciente.

Se realizó tratamiento quirúrgico con anestesia local, realizando bloqueo del nervio dentario inferior mediante bloqueo troncular del nervio dentario inferior derecho, nervio lingual y bucal largo. Se procedió con una incisión crestal y con una descarga en distal del segundo incisivo inferior derecho para así liberar tensión en el colgajo y poder obtener una mayor visualización del campo quirúrgico. Una vez realizado el despegamiento se procedió a realizar ostectomía en la zona crestal para así poder exponer una vía de acceso al quiste que se encontraba completamente intraóseo (Figura 4).

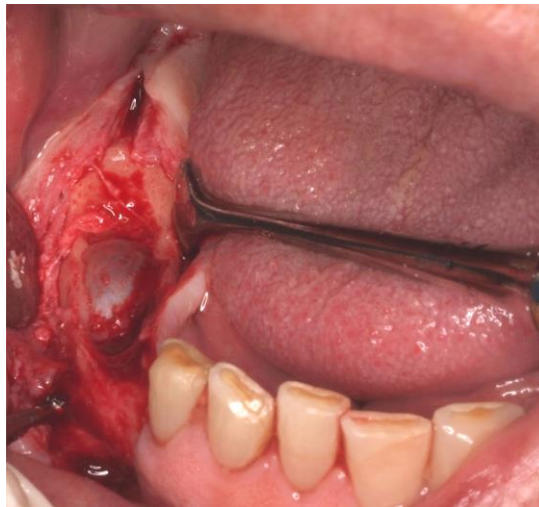


Figura 4: Imagen intraoperatoria en la que puede observarse la exposición crestal del quiste residual tras realizarse la osteotomía.

Posteriormente a la enucleación de la masa quística con tratamiento de la cavidad a través de un curetaje minucioso preservando la integridad de estructura anatómicas como el nervio mentoniano. Una vez realizada la enucleación completa del quiste y terminado la intervención quirúrgica se procedió a enviarlo a anatomía patológica para su análisis histológico y confirmación en el diagnóstico y se citó al paciente para revisión a la semana y retirada de sutura así como a las 3 semanas después de la intervención para dar resultados obtenidos del laboratorio (Figura 5 y 6).



Figura 5 y 6: Se puede apreciar la completa enucleación del quiste.

Como se ha comentado anteriormente se citó al paciente a las 3 semanas y se le presentaron los resultados histológicos obtenidos en el laboratorio y confirmando el diagnóstico de presunción que se estableció en un principio.

DISCUSIÓN

De todos los quistes del territorio maxilofacial, los más frecuentes son los de origen odontogénicos, que representan, según las estadísticas internacionales, una tasa que oscila alrededor del 93 %. Siendo los de origen inflamatorio los más frecuentes. Como reportan algunos estudios y dentro de los inflamatorios en casi todas las series estudiadas, el quiste residual ocupa el segundo lugar en frecuencia, presentándose mayormente en el sexo masculino.⁴⁻⁶ Supone un criterio aceptado que los quistes del componente maxilomandibular deben ser tratados quirúrgicamente. Las razones generales más coherentes para tratar estas lesiones quísticas son: en primer lugar, el crecimiento del quiste, que destruye el hueso circundante y puede ocasionar el compromiso de estructuras vecinas; en segundo lugar la posibilidad de infección atribuible al quiste, con sus correspondientes complicaciones; y el tercer y último aspecto a tener en cuenta sería la necesidad de realizar un estudio histopatológico para tener la certeza de la verdadera naturaleza de la lesión.^{4,7,8}

Los objetivos que hay que tener en cuenta a la hora de realizar el tratamiento de los quistes maxilares giran en torno a cuatro principios básicos:^{4,9,10}

1. Escisión del revestimiento o modificación de la posición del tejido anormal para asegurar su eliminación del complejo maxilar.
2. Conservación de los dientes adyacentes que se encuentren en un estado de salud óptimos y que puedan cumplir una función útil con la arcada dentaria.
3. Preservación de las estructuras nobles adyacentes (nervio dentario inferior, seno maxilar...).
4. Reconstrucción del área afectada para que se restablezca en la mayor medida posible su forma original, por lo cual se requiere elegir de manera detallada y rigurosa el procedimiento quirúrgico a realizar.

CONCLUSIÓN

La radiografía panorámica de control es un factor crucial en el diagnóstico precoz de los quistes maxilares teniendo en cuenta que la inmensa mayoría de los mismos sólo presentan sintomatología cuando se encuentran ya en estadios muy avanzados. Además se puede decir que la enucleación del quiste residual es un procedimiento quirúrgico seguro y predecible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bagan JV. Medicina Oral. Barcelona:Ed. Masson; 1995. p. 485
2. Holla VA, Chatra L, Shenai P, Rao PK, Veena K, Prabhu RV. Bilateral inflammatory cysts of the jaw: report of an unusual case. *Imaging Sci Dent.* 2012 Jun;42(2):105-9. Epub 2012 Jun 25.
3. Ochsenius G, Escobar E, Godoy L, Peñafiel C. Odontogenic cysts: analysis of 2,944 cases in Chile. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007 Mar 1; 12(2):E85-91.
4. Carrillo C, Vera F, Peñarrocha M, Martí E. The post-endodontic periapical lesion: Histologic and etiopathogenic aspects. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007 Dec 1;12 (8):E585-90
5. 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
6. Núñez-Urritia S, Figueiredo R, Gay-Escoda C. Retrospective clinicopathological study of 418 odontogenic cyst. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2010 Sep 1; 15(5): e767-73
7. Mosqueda A, Irigoyen ME, Díaz MA, Torres MA. Quistes odontogenicos. Análisis de 856 casos. *Med Oral.* 2002; 7:89-96
8. Scholl RJ, Kellet HM, Neumann D, Lurie A. Cyst and cystic lesion of the mandible: Clinical and Radiologic-Histopathologic Review. *Scientific Exhibit.* 1999; 19(5):1107-24
9. 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

10. 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(1):20-6. Epub 2011 Nov 9.