

Revista Andaluza de

Cirugía Bucal

Año 2020 / N° 10

- REHABILITACIÓN MANDIBULAR CON TÉCNICA «ALL-ON-FOUR» Y REGENERACIÓN ÓSEA GUIADA SIMULTÁNEA. A PROPÓSITO DE UN CASO
- QUISTES ODONTOGÉNICOS. ABORDAJES QUIRÚRGICOS Y MANEJO. A PROPÓSITO DE UN CASO
- COMPLICACIONES EN CIRUGÍAS DE TERCEROS MOLARES



Asociación
Andaluza
de Cirugía Bucal

Revista Andaluza de
Cirugía Bucal

DIRECTORES:

José Luis Gutiérrez Pérez
Daniel Torres Lagares

EDITORES:

Aida Gutiérrez Corrales
Ignacio Fernández Asián

COMITÉ EDITORIAL:

Rogelio Álvarez Marín
Iñigo Fernández - Figares Conde
M^ª Ángeles Serrera Figallo



Editada en Sevilla, por la Unidad de Docencia,
Investigación y Transferencia en Cirugía Bucal de Sevilla (UDIT-CBS).
Maquetación y diseño: Talento Consultores de Comunicación
ISSN: 2530 - 4135

QUISTES ODONTOGÉNICOS. ABORDAJES QUIRÚRGICOS Y MANEJO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

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

Máster de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Los quistes odontogénicos pueden tener lugar en cualquier etapa de la vida. Su localización (ya sea en el maxilar o mandíbula) depende mucho de su origen. Pueden presentarse como cavidades únicas o múltiples, que están revestidas por un epitelio específico. En general, se caracterizan clínicamente por un crecimiento lento, expansivo y asintomático. El dolor suele ser habitual si se produce una infección secundaria o si presentan una gran extensión.⁽¹⁻⁴⁾

Los quistes odontogénicos son la causa más común de expansión ósea en la mandíbula y desplazamiento de dientes, pero estos cambios también se pueden encontrar en quistes no odontogénicos. Los quistes más frecuentes son los quistes radiculares seguidos de quistes foliculares y tumores odontogénicos queratoquísticos (KCOT)⁽¹⁾. La nueva clasificación de la OMS de 2017 ha reclasificado el antiguo KCOT como un quiste.

El tratamiento de las lesiones quísticas varía en función del tamaño, la localización, la edad del paciente, si presenta o no perforación de las corticales y la proximidad a estructuras como los dientes, el nervio alveolar inferior, la cavidad nasal y el seno maxilar.⁽⁶⁻⁷⁾

Básicamente se describen dos técnicas de operación diferentes. La primera es la técnica de descompresión para crear una comunicación del quiste con la cavidad oral y, por lo tanto, desencadenar la regeneración ósea aposicional y reducir el diámetro / volumen del quiste.⁽²⁻⁴⁾

Es frecuente la afectación del nervio alveolar inferior en pacientes con lesiones quísticas mandibulares extensas, esta afectación se caracteriza por una alteración sensitiva anormal en el labio inferior y disminución de la vitalidad pulpar de los dientes afectados.⁽⁸⁾

El uso de la Tomografía Computerizada, el CBCT y la Resonancia Nuclear Magnética ante lesiones quísticas, permite al clínico evaluar su localización, sus dimensiones, la integridad / discontinuidad de los márgenes óseos, su relación con estructuras anatómicas vecinas y el desplazamiento de los dientes.⁽⁹⁻¹⁰⁾

Las principales ventajas de CBCT sobre TC convencional son su resolución espacial muy alta, que introduce una imagen 3D en una rotación con una dosis radiológica más baja y una técnica más simple.⁽¹¹⁻¹²⁾

El tamaño del defecto debe considerarse como uno de los factores más influyentes para la consolidación total del defecto. Los defectos mayores que los defectos de tamaño crítico (CSD) $<1 \text{ cm}^3$ no sanan completa y espontáneamente, sin importar cuánto tiempo se observen.⁽¹³⁾

DESCRIPCIÓN DEL CASO

A continuación se expone un caso de quistectomía realizado en el Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla.

Mujer de 46 años, que acude al Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla tras realizarse radiografía panorámica de rutina en Atención Primaria, hallan una lesión radiolúcida de gran tamaño asociada a dientes de primer cuadrante (Figura 1)

Con el objetivo de valorar la extensión y posible afectación de estructuras adyacentes tales como el suelo nasal o el seno maxilar derecho, se decide realizar un CBCT de arcada superior (Figuras 2 y 3).



Figura 1. Radiografía Panorámica del paciente.

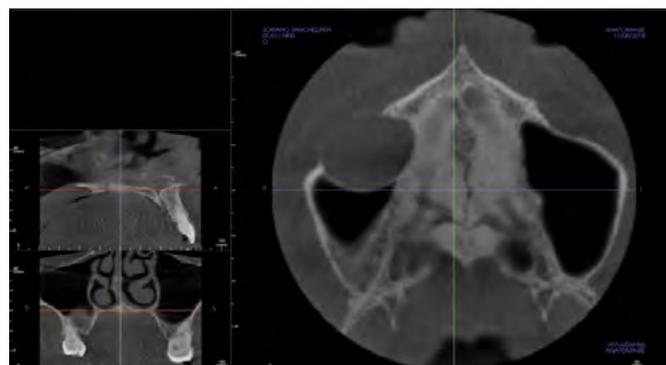


Figura 2. Cortes axial del CBCT

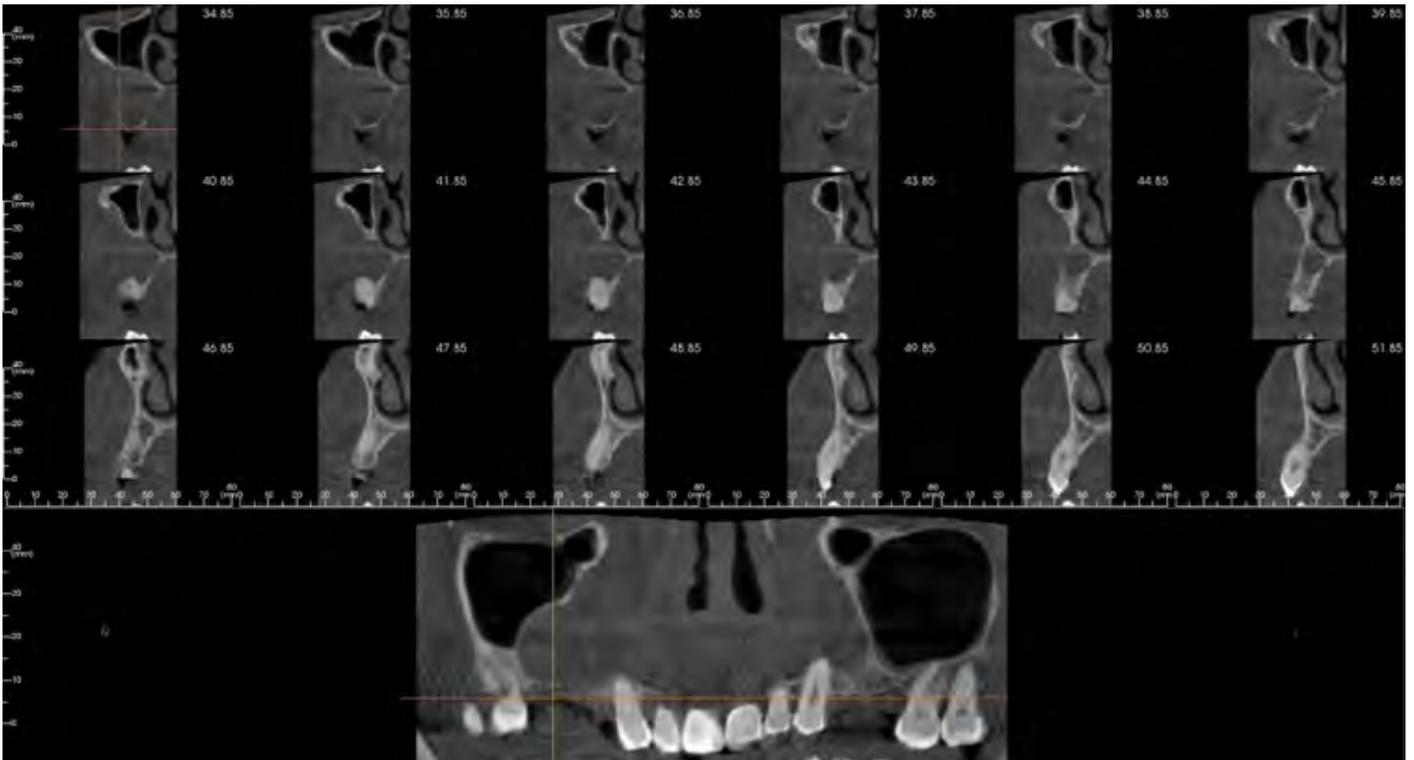


Figura 3: Cortes sagital del CBCT

Con el estudio radiográfico se verificó la extensión de la lesión, que incluía desde mesial del canino superior derecho hasta mesial del primer molar superior derecho. Se observó una perforación de la cortical vestibular y de la cortical palatina con la consiguiente comunicación de la cavidad quística y el tejido blando. No había afectación sinusal ni del suelo nasal (Figura 3).

Respecto a la vitalidad del resto de dientes, el 16 y el 13, estaban vitales y sin sintomatología. Debido al tamaño de la lesión y la morbilidad asociada se decide realizar una enucleación asociado a técnicas de Regeneración Osea Guiada en la zona intervenida (Figuras 4-8)



Figura 4. Fotografía intraoral del paciente al iniciar la intervención



Figura 5: Tras despegamiento de colgajo mucoperiostico se puede comprobar perforación de la cortical vestibular anteriormente visualizada en el CBCT.

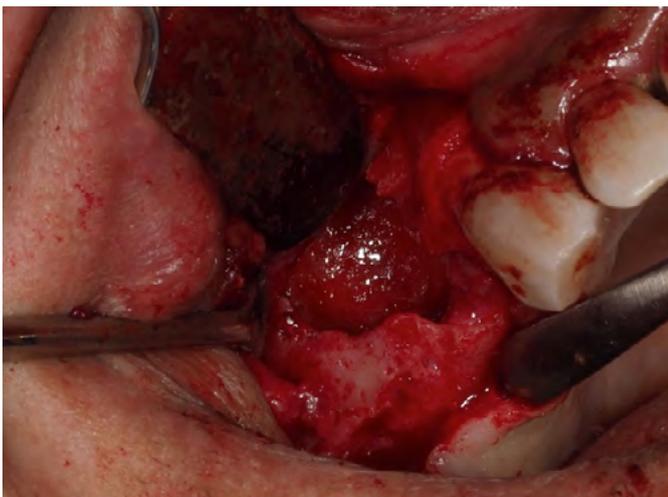


Figura 6: Se puede observar en la imagen la cavidad remanente tras la exéresis de la lesión.

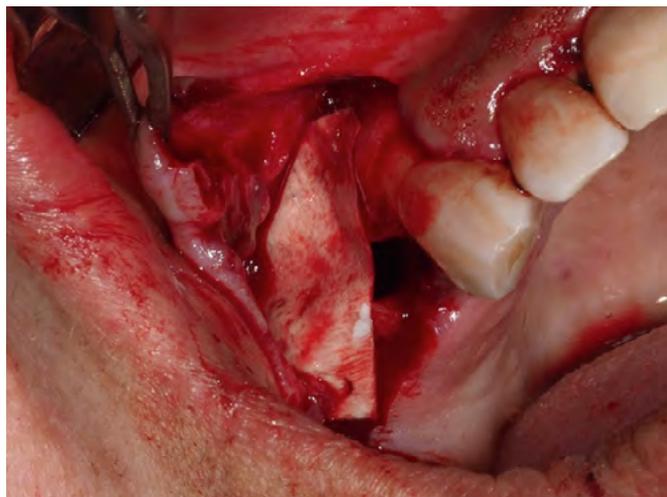


Figura 7: Finalmente, se decidió el uso de una membrana de colágeno fijada al tejido blando mediante sutura reabsorbible, evitando así, el posible colapso de los tejidos debido al tamaño que presentaba el quiste.



Figura 6: Se puede observar en la imagen la cavidad remanente tras la exéresis de la lesión.

DISCUSIÓN

El quiste radicular también conocido como quiste periapical es el quiste inflamatorio más común que resulta de la proliferación epitelial dentro de un foco inflamatorio, debido a la caries dental que resulta en una infección pulpar que conduce a la necrosis de la pulpa⁽¹⁴⁾. El quiste radicular ocurre con mayor frecuencia en zona anterior del maxilar, autores como Procket et al. Tienen una incidencia de un (72,5%)⁽¹⁵⁾, Koseoglu et al. (56,9%)⁽¹⁶⁾, Jones et al. (60,3%)⁽¹⁷⁾, Al-Rawi et al.⁽¹⁸⁾ en la (69,1%); Grossmann et al.⁽¹⁹⁾ en la población brasileña (61%).

Los quistes odontogénicos mostraron predilección masculina, diversos estudios muestran frecuencias que van desde 52,5 a 65,0%.⁽¹⁷⁻²⁰⁾

La mayoría de los autores coinciden en que el sitio que presenta más frecuencia de afectación es la zona posterior mandibular, seguido del maxilar anterior.^(18,20,21)

Contradictorio a estos resultados, autores como Varinauskas et al.⁽²²⁾ publicaban resultados contrarios donde el maxilar era el sitio afectado con mayor frecuencia.

La incidencia máxima del quiste odontogénico suele ser entre 20 y 40 años, lo que está prácticamente de acuerdo con otros estudios en los que encontraron la prevalencia entre 30 y 50 años⁽²³⁻²⁴⁾.

Los quistes y tumores odontogénicos se derivan del tejido odontogénico que constituye un grupo diverso de lesiones, ya que estas lesiones se originan a través de alguna alteración del patrón normal de odontogénesis, lo que refleja la diversidad del desarrollo de las estructuras dentales. El diagnóstico de quistes y tumores odontogénicos debe basarse en un examen cuidadoso de las características clínicas, radiográficas e histopatológicas, ya que muchas de estas lesiones comparten las mismas características clínicas y radiográficas.

CONCLUSIONES

Los quistes odontogénicos representan una patología habitual para el odontólogo, debido a ello, es importante tener un conocimiento profundo tanto epidemiológicos, clínico-patológicos y cuales son los abordajes quirúrgicos apropiados para su correcto manejo. La categorización de los quistes odontogénicos de etiología inflamatorias o de desarrollo, es fundamental para facilitar el diagnóstico apropiado y el manejo posterior.

BIBLIOGRAFÍA

1. Johnson NR, Gannon OM, Savage NW, Batsone MD. Frequency of odontogenic cysts and tumors: a systematic review. *J Investig Clin Dent*. 2014 Feb;5(1):9-14.
2. Bodner L, Bar-Ziv J. Characteristics of bone formation following marsupialization of jaw cysts. *Dento maxillo facial radiology*. 1998 May;27(3):166-71.
3. Koca H, Esin A, Aycan K. Outcome of dentigerous cysts treated with marsupialization. *The Journal of clinical pediatric dentistry*. 2009 Winter;34(2):165-8.
4. Chima KK, Seldin EB, Dodson TB. Comparison of wound management methods after removal of maxillofacial osseous lesions. *Journal of oral and maxillofacial surgery*. 2006 Sep;64(9):1398-403.
5. Song IS, Park HS, Seo BM, Lee JH, Kim MJ. Effect of decompression on cystic lesions of the mandible: 3-dimensional volumetric analysis. *Brit J Oral Maxillofac Surg* 2015;53:841-848.
6. Rodrigues JT, Dos Santos Antunes H, Armada L, Pires FR. Influence of surgical decompression on the expression of inflammatory and tissue repair biomarkers in periapical cysts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2017;124:561-567.
7. Al Tuwiri A, Khzam N. What do we know about dentigerous cysts in children: A review of literature. *J Res Med Dent Sci* 2017;5:67-79.
8. Manor E, Kachko L, Puterman MB, Szabo G, Bodner L (2011). Cystic lesions of the jaws - a clinicopathological study of 322 cases and review of the literature. *Int J Med Sci* 9: 20-26.
9. Probst FA, Probst M, Pautke Ch, et al. Magnetic resonance imaging: a useful tool to distinguish between keratocystic odontogenic tumours and odontogenic cysts. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2015;53:217-222.
10. Boeddinghaus R, Whyte A. Trends in maxillofacial imaging. *Clin Radiol* 2018;73:4-18.
11. Nakagawa Y, Kobayashi K, Ishii H, et al. Preoperative application of limited cone beam computerized tomography as an assessment tool before minor oral surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2002;31:322-326.
12. Boeddinghaus R, Whyte A. Trends in maxillofacial imaging. *Clin Radiol* 2018;73:4-18.
13. Kattimani VS, Bajantai NV, Sriram SK, Sriram RR, Rao VK, Desai PD. Observer strategy and radiographic classification of healing after grafting of cystic defects in maxilla: a radiological appraisal. *J Contemp Dent Pract*. 2013.
14. Selvamani M, Donoghue M, Basandi PS. Analysis of 153 cases of odontogenic cysts in a South Indian sample population: a retrospective study over a decade. *Braz Oral Res*. 2012;26:330-334.
15. Prockt AP, Schebela CR, Maito FD, Sant'Ana-Filho M, Rados PV. Odontogenic cysts: analysis of 680 cases in Brazil. *Head Neck Pathol*. 2008;2:150-156.
16. Koseoglu BG, Atalay B, Erdem MA. Odontogenic cysts: a clinical study of 90 cases. *J Oral Sci*. 2004;46:253-257.
17. Jones AV, Craig GT, Franklin CD. Range and demographics of odontogenic cysts diagnosed in a UK population over a 30-year period. *J Oral Pathol Med*. 2006;35:500-507.
18. Al-Rawi NH, Awad M, Al-Zuebi IE, Hariri RA, Salah EW. Prevalence of odontogenic cysts and tumors among UAE population. *J Orofac Sci*. 2013;5:95-100.
19. Grossmann SM, Machado VC, Xavier GM, Moura MD, Gomez RS, Aguiar MC, et al. Demographic profile of odontogenic and selected nonodontogenic cysts in a Brazilian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2007;104:e35-e41.
20. Tortorici S, Amodio E, Massenti MF, Buzzanca ML, Burrucano F, Vitale F. Prevalence and distribution of odontogenic cyst in Sicily: 1986-2005. *J Oral Sci*. 2008;50:15-18.
21. De Souza LB, Gordón-Núñez MA, Nonaka CF, de Medeiros MC, Torres TF, Emiliano GB. Odontogenic cysts: demographic profile in a Brazilian population over a 38-year period. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15:e583-e590.
22. Varinauskas V, Gervickas A, Kavoliūniene O. Analysis of odontogenic cysts of the jaws. *Medicina (Kaunas)*. 2006;42:201-207.
23. Bataineh AB, Rawashdeh MA, Al Qudah MA. The prevalence of inflammatory and developmental odontogenic cysts in a Jordanian population: a clinicopathologic study. *Quintessence Int*. 2004;35:815-819.
24. Ricci M, Mangano F, Tonelli P, Barone A, Galletti C, Covani U. An unusual case of unicystic intramural ameloblastoma and review of the literature. *Contemp Clin Dent*. 2012;3(Suppl 2):S233-S239.

Normas de publicación

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista Andaluza de Cirugía Bucal publica artículos científicos relacionados con el campo de la Cirugía Bucal que sean de interés para cualquier odontoestomatólogo que desarrolle dicha área en su práctica profesional.

El Comité Editorial seguirá de forma estricta las directrices expuestas a continuación, siguiendo la normativa de Vancouver. Los artículos que no se sujeten a ellas serán devueltos para corrección, de forma previa a la valoración de su publicación.

Todos los artículos remitidos a esta revista deberán ser originales, no publicados ni enviados a otra publicación, siendo el autor el único responsable de las afirmaciones sostenidas en él.

Todos aquellos autores que quieran mandar su artículo científico podrán hacerlo enviándolo vía e-mail a **revista@aacib.es** con copia a **danieltl@us.es**, enviando un archivo con el texto del manuscrito en formato Word para PC, y las imágenes en archivos distintos en formato TIFF o JPG.

TIPOS DE ARTÍCULOS

1. Artículos originales, que aporten nuevos datos clínicos o de investigación básica relacionada con la Cirugía Bucal.

2. Revisiones y puesta al día que supongan la actualización, desde un punto de vista crítico científico y objetivo, de un tema concreto. No existe limitación en el número de citas bibliográficas, si bien se recomienda al autor o autores, que sean las mínimas posibles, así como que sean pertinentes y actualizadas. Además, dado el interés práctico de esta publicación, el texto debe estar apoyado en un adecuado material iconográfico.

3. Resúmenes comentados de literatura actual. Serán encargados por la Revista a personas cualificadas e interesadas en realizar una colaboración continuada.

4. Casos clínicos, relacionados con problemas poco frecuentes o que aporten nuevos conceptos terapéuticos, serán publicados en esta sección. Deben contener documentación clínica e iconográfica completa pre, per y postoperatoria, y del seguimiento ulterior, así como explicar de forma clara el tratamiento realizado. El texto debe ser conciso y las citas bibliográficas limitarse a las estrictamente necesarias. Resultarán especialmente interesantes secuencias fotográficas de tratamientos multidisciplinarios de casos complejos o técnicas quirúrgicas.

5. Cartas al director que ofrezcan comentarios o críticas constructivas sobre artículos previamente publicados u otros temas de interés para el lector. Deben tener una extensión máxima de dos folios tamaño DIN-A4 escritos a doble espacio, centradas en un tema específico y estar firmadas. En caso de que se viertan comentarios sobre un artículo publicado en esta revista, el autor del mismo dispondrá de la oportunidad de respuesta. La pertinencia de su publicación será valorada por el Comité Editorial.

6. Otros, se podrán publicar, con un formato independiente,

documentos elaborados por Comités de Expertos o Corporaciones de reconocido prestigio que hayan sido aceptados por el Comité Editorial.

AUTORES

Únicamente serán considerados como autores aquellos individuos que hayan contribuido significativamente en el desarrollo del artículo y que, en calidad de tales, puedan tomar pública responsabilidad de su contenido. Su número, no será, salvo en casos excepcionales, superior a 7. A las personas que hayan contribuido en menor medida les será agradecida su colaboración en el apartado de agradecimientos. Todos los autores deben firmar la carta de remisión que acompañe el artículo, como evidencia de la aprobación de su contenido y aceptación íntegra de las normas de publicación.

PRESENTACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

El documento debe ser enviado, en formato Word para PC sobre una página de tamaño DIN-A4 blanco, a 1,5 espacio de interlineado, con márgenes mínimos de 25 mm y con hojas numeradas. Asimismo, se enviarán las imágenes en formato JPG o TIFF en archivos independientes al documento, nunca insertadas en el texto.

Los artículos originales deberán seguir la siguiente estructura:

Primera página

Debe contener:

1. El título del artículo y un subtítulo no superior a 40 letras y espacios, en español.
2. El nombre y dos apellidos del autor o autores, con el (los) grado(s) académico(s) más alto(s) y la afiliación a una institución si así correspondiera.
3. El nombre del departamento(s) e institución(es) responsables.
4. La negación de responsabilidad, si procede.
5. El nombre del autor responsable de la correspondencia sobre el documento.
6. La(s) fuente(s) de apoyo en forma de subvenciones, equipo o fármacos y el conflicto de intereses, si hubiera lugar.

Resumen

Una página independiente debe contener, el título del artículo y el nombre de la revista, un resumen estructurado del contenido del mismo, no superior a 200 palabras, y el listado de palabras clave en español. Las palabras clave serán entre 3 y 10 términos o frases cortas de la lista del «Medical Subject Headings (MeSH)» del «Index Medicus».

Los trabajos de investigación originales contendrán resúmenes estructurados, los cuales permiten al lector comprender rápidamente, y de forma ordenada el contenido fundamental, metodológico e informativo del artículo. Su extensión no debe ser superior a 200 palabras y estará estructurado en los siguientes apartados: introducción (fundamento y objetivo), material y metodología, resultados y conclusiones.

Introducción

Debe incluir los fundamentos y el propósito del estudio, utilizando las citas bibliográficas estrictamente necesarias. No se debe realizar una revisión bibliográfica exhaustiva, ni incluir datos o conclusiones del trabajo que se publica.

Material y metodología

Será presentado con la precisión que sea conveniente para que el lector comprenda y confirme el desarrollo de la investigación. Métodos previamente publicados como índices o técnicas deben describirse solo brevemente y aportar las correspondientes citas, excepto que se hayan realizado modificaciones en los mismos. Los métodos estadísticos empleados deben ser adecuadamente descritos, y los datos presentados de la forma menos elaborada posible, de manera que el lector con conocimientos pueda verificar los resultados y realizar un análisis crítico. En la medida de lo posible las variables elegidas deberán ser cuantitativas, las pruebas de significación deberán presentar el grado de significación y si está indicado la intensidad de la relación observada y las estimaciones de porcentajes irán acompañadas de su correspondiente intervalo de confianza. Se especificarán los criterios de selección de individuos, técnica de muestreo y tamaño muestral, empleo de aleatorización y técnicas de enmascaramiento. En los ensayos clínicos y estudios longitudinales, los individuos que abandonan los estudios deberán ser registrados y comunicados, indicando las causas de las pérdidas. Se especificarán los programas informáticos empleados y se definirán los términos estadísticos, abreviaturas y símbolos utilizados.

En los artículos sobre ensayos clínicos con seres humanos y estudios experimentales con animales, deberá confirmarse que el protocolo ha sido aprobado por el Comité de Ensayos Clínicos y Experimentación Animal del centro en que se llevó a cabo el estudio, así como que el estudio ha seguido los principios de la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 1983.

Los artículos de revisión deben incluir la descripción de los métodos utilizados para localizar, seleccionar y resumir los datos.

Resultados

Aparecerán en una secuencia lógica en el texto, tablas o figuras, no debiendo repetirse en ellas los mismos datos. Se procurará resaltar las observaciones importantes.

Discusión

Resumirá los hallazgos relacionando las propias observaciones con otros estudios de interés y señalando las aportaciones y limitaciones de unos y otros. De ella se extraerán las oportunas conclusiones, evitando escrupulosamente afirmaciones gratuitas y conclusiones no apoyadas completamente por los datos del trabajo.

Agradecimientos

Únicamente se agradecerá, con un estilo sencillo, su colaboración a personas que hayan hecho contribuciones sustan-

ciales al estudio, debiendo disponer el autor de su consentimiento por escrito.

Bibliografía

Las citas bibliográficas deben ser las mínimas necesarias. Como norma, no deben superar el número de 30, excepto en los trabajos de revisión, en los cuales el número será libre, recomendando, no obstante, a los autores, que limiten el mismo por criterios de pertinencia y actualidad. Las citas serán numeradas correlativamente en el texto, tablas y leyendas de las figuras, según el orden de aparición, siendo identificadas por números arábigos en superíndice.

Se recomienda seguir el estilo de los ejemplos siguientes, que está basado en el Método Vancouver, «Samples of Formatted References for Authors of Journal Articles», que se puede consultar en la siguiente web: https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Se emplearán los nombres abreviados de las revistas de acuerdo al «Abridged Index Medicus Journal Titles», basado en el «Index Medicus». Puede consultarlo aquí (<https://www.nlm.nih.gov/bsd/aim.html>)

Es recomendable evitar el uso de resúmenes como referencias, y no se aceptará el uso de «observaciones no publicadas» y «comunicaciones personales». Se mencionarán todos los autores si son menos de seis, o los tres primeros y et al, cuando son siete o más.

Tablas

Deben presentarse en hojas independientes numeradas según su orden de aparición en el texto con números arábigos. Se emplearán para clarificar puntos importantes, no aceptándose la repetición de datos bajo la forma de tablas y figuras. Los títulos o pies que las acompañen deberán explicar el contenido de las mismas.

Figuras

Serán consideradas figuras todo tipo de fotografías, gráficas o dibujos, deberán clarificar de forma importante el texto y su número estará reducido al mínimo necesario.

Se les asignará un número arábigo, según el orden de aparición en el texto, siendo identificadas por el término «Figura», seguido del correspondiente guarismo.

Los pies o leyendas de cada una deben ir indicados y numerados.

Las imágenes deben enviarse, preferentemente en formato JPG o TIFF, con una resolución de 300 píxeles por pulgada, nunca pegadas en el documento de texto.

AUTORIZACIONES EXPRESAS DE LOS AUTORES A RACIB

Los autores que envíen sus artículos a RACIB para su publicación, autorizan expresamente a que la revista reproduzca el artículo en la página web de la que RACIB es titular.



biohorizons
camlog



Dentsply
Sirona

oxteia



Osteógenos
Dental Surgical Devices

Ancladén



NORMON
DENTAL



klockner®



inibsa
DENTAL