

QUISTE PERIAPICAL: REPORTE DE CASO CLÍNICO

Manuel Silva Infantes¹, Elmo Palacios Alva², Lizardo Sáenz Quiroz³

RESUMEN

El siguiente artículo hace mención a los aspectos clínicos, radiográficos y terapéuticos del Quiste Periapical, y se reporta un caso clínico con una gran extensión de la lesión a nivel mandibular que comprometía desde la pieza 3,3 hasta la pieza 4,4 es decir siete piezas dentarias, las cuales recibieron tratamiento endodóntico previamente.

PALABRAS CLAVE: Quiste Periapical, Enucleación, Marsupialización.

PERIAPICAL CYST: CLINICAL CASE REPORT

ABSTRACT

This article shows clinical, radiographic, and therapeutics features of Periapical Cyst. It is presented a case report, that has a large extension and involve seven teeth, from left mandibular canine (3,3) to right mandibular first bicuspid (4,4). They were previously given root canal treatment.

Key words: Periapical cyst, enucleating, marsupialization

INTRODUCCIÓN:

El Quiste periapical o quiste radicular es la lesión pulpoperiapical más frecuente. Wood¹ informa que este transtorno constituye el 6% - 17% e incluso el 25.9% de todas las lesiones pulpoperiapicales recogidas en series publicadas y menciona además que representa el quiste odontogénico más habitual. Este quiste se clasifica como inflamatorio porque se considera que el crecimiento del componente epitelial está desencadenado por productos inflamatorios y es odontogénico porque se origina en los restos epiteliales de Malassez de las células del ligamento periodontal, que a su vez son un resto de la vaina radicular de Hertwig; esta última es un producto de las capas epiteliales odontogénicas (epitelio interno y externo del esmalte).

SIGNOS CLÍNICOS: Se localizan en ambos maxilares sin preferencia de edad y sexo. Es asintomático o levemente doloroso a la percusión vertical de la pieza dentaria involucrada⁽²⁾. Es probable que la mayoría de los quistes radiculares se originen en granulomas periapicales, llegando a producir una cavidad llena de líquido revestida de epitelio, características típicas de un quiste. De acuerdo a cómo evoluciona se presentarán signos clínicos, tales como aumento de volumen en las corticales como consecuencia de no haberse detectado a tiempo llegando a producir un hueso papiráceo a la palpación a medida que se adelgaza la cortical. En estos casos la tumefacción tiene una consistencia gomosa y fluctúa debido al líquido que contiene.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS:

El quiste periapical también conocido como quiste radicular es el tipo más frecuente de quiste oral. Representa una etapa en los fenómenos inflamatorios progresivos asociados a la invasión bacteriana, la muerte y la degradación de la pulpa dentaria, constituyendo una etapa posterior a un granuloma dental. Radiográficamente producen típicamente una imagen radiolúcida redondeada relacionada a la región periapical de una o más piezas dentarias. La lesión suele tener los bordes bien delimitados que pueden ser corticados o no³.

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS:

El quiste radicular está cubierto por epitelio estratificado escamoso que a menudo es hiperplásico y presenta arcos o anillos de proliferación sobre un soporte de tejido conectivo bien vascularizado. El grosor real de la cubierta es variable. Además posee un contenido líquido rico en cristales de colesterol^{2,4,5}.

TRATAMIENTO: El tratamiento consiste en la endodoncia de la(s) pieza(s) dentaria(s) involucrada(s) y abordaje quirúrgico con la finalidad de realizar el curetaje y eliminación de tejido patológico, apicectomía y obturación retrógrada con un pronóstico favorable si se toman en cuenta todas las recomendaciones antes mencionadas.

¹ Departamento Académico de Cirugía Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos

² Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilazo de la Vega

CASO CLÍNICO:

Paciente de sexo masculino de 31 años de edad que acude a la consulta estomatológica, refiriendo dolor pulsátil y espontáneo a nivel de la pieza N° 4,3. No refiere antecedentes de enfermedad sistémica. Al examen clínico extraoral manifiesta dolor a la palpación a nivel de la línea mentolabial en el cuarto cuadrante. Al examen clínico intraoral se evidencia un incremento de volumen en la cortical vestibular anterior del cuarto cuadrante, dolor a la percusión vertical de las piezas 4,4 y 4,3. En la radiografía panorámica se observa una imagen radiolúcida amplia a nivel periapical, que abarca desde la pieza 3,3 hasta la pieza 4,4 (siete piezas dentarias), de bordes bien definidos y de un fondo homogéneo.

Se le indica antibiocioterapia y medicación antiinflamatoria y analgésica procediéndose en cita posterior a realizar las endodoncias a las piezas dentarias comprometidas.

Posteriormente se efectúa el abordaje quirúrgico previa asepsia antisepsia, colocación de campos estériles, anestesia local troncular e infiltrativa y mediante un colgajo tipo trapecoidal a nivel vestibular de la zona antero inferior del reborde alveolar, se observa que la cortical ósea tiene solución de continuidad con la lesión por lo que se hace la ostectomía con alveolótomo permitiéndonos exponer quirúrgicamente y luego extirpar todo el tejido patológico, continuándose con el tratamiento del lecho quirúrgico, sellado apical de las piezas dentarias comprometidas, y síntesis del colgajo. Se indica antibiocioterapia, antiinflamatorios y analgésicos, antiséptico bucal y las recomendaciones post operatorias respectivas.

Resultado Histopatológico:

Las secciones estudiadas muestran membrana quística constituida por epitelio poliestratificado plano y con un tejido conectivo con denso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario a predominancia de linfocitos. También se observan zonas de tejido de granulación, áreas de hemorragia y extensas zonas de ulceración, así como depósitos de cristales de colesterol.

Diagnóstico: Quiste periapical.

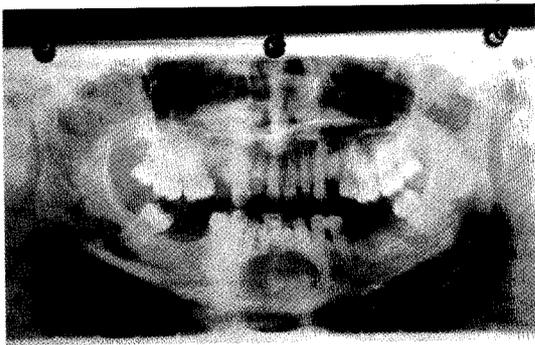
CONCLUSIONES:

1. Los exámenes integrales y periódicos a nivel del sistema estomatognático son importantes para detectar precozmente alguna lesión que se pueda presentar, aun con ausencia de sintomatología clínica y limitar el daño lo más pronto posible haciendo uso de tratamientos lo más conservadores posibles.
2. Se comprueba una vez más la importancia de las técnicas imagenológicas tales como la empleada (Panorámica), para tener una percepción lo más precisa posible de las lesiones del sistema estomatognático, y sin dejar de mencionar otras como la tomografía axial computarizada, la tomografía helicoidal y otras que se requerirán según el caso específico.
3. El cuidado de la salud Buco Máxilo Facial le corresponde al Cirujano - Dentista y la patología quirúrgica al Cirujano Buco Máxilo Facial que a través de los años han abordado esta problemática y cada vez con mayores herramientas conceptuales, metodológicas y tecnológicas debido a los avances científicos y a los programas de capacitación como son los estudios de esta especialidad que se vienen brindando en las Facultades de Estomatología y a los cursos de educación continua que dictan cada vez con una mejor calidad académica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Norman Wood, Paul W. Goaz "Diagnóstico Diferencial de Lesiones Orales y Maxilofaciales" Edit. Harcourt Brace 5ta. Edición Madrid 1998.
2. Ceccotti, Eduardo "Clínica Estomatológica, SIDA, Cáncer y Otras Afecciones". Edit. Médica Panamericana. Buenos Aires. 1993.
3. Paul W. Goaz "Radiología Oral". Edit. Mosby. Madrid. 1995.
4. Joseph A. Regezi "Patología Bucal". Edit. Interamericana. México. 1991.
5. Javier Portilla Robertson et al "Texto de Patología Oral". Edit. El Ateneo, México. 1989.

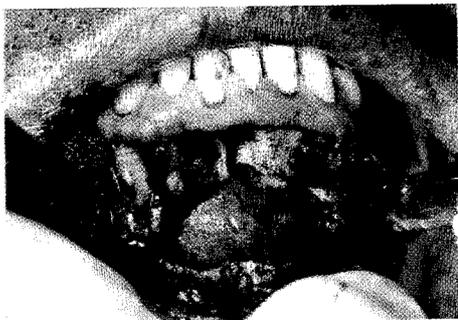
**FIG. 1 RADIOGRAFÍA PANORÁMICA
MOSTRANDO LA EXTENSION
DEL QUISTE PERIAPICAL**



**FIG. 3 LECHO QUIRÚRGICO LUEGO DE LA
RESECCION COMPLETA DEL TEJIDO
PATOLÓGICO**



**FIG. 2 LUEGO DE LA DECORTICALIZACION
SE OBSERVA EL QUISTE PERIAPICAL**



**FIG. 4 SÍNTESIS DEL COLGAJO
MUCOPERIÓSTICO**

