

Casos Clínicos

Quiste Vestibular Mandibular Infectado Revisión de Literatura y Reporte de un Caso

Taller Presentación Casos Clínicos. Sociedad de Radiología Oral y Máxilo Facial de Chile 2005.



Dra. Fernanda Pintor

Servicio de Cirugía Máxilo facial,
Clínica Alemana

Dr. Liberto Figueroa

Servicio de Cirugía Máxilo facial, Clínica Alemana

Dr. Marcelo Figueroa

Servicio de Radiología Máxilo facial, Clínica Alemana

Abstract

The mandibular infected buccal cyst is a rare entity that has been included in the inflammatory cyst group, and is also named paradental cyst. Etiology remains uncertain and affects children between six and eleven years, usually associated with the mandibular first molar. A case of mandibular infected buccal cyst is presented in a 7 year old male patient with a recent history of swelling in the vestibular region of his first mandibular molar, wich is enucleated preserving his molar intact.

Resumen

El quiste vestibular mandibular infectado es una entidad poco frecuente, que se clasifica dentro de los quistes inflamatorios sin diferenciarlo del Quiste paradental. Su etiología es incierta y se presenta en niños entre 6 y 11 años, usualmente asociado a la corona del primer molar mandibular. Presentamos caso de paciente de género masculino, de 7 años de edad, que consulta por aumento de volumen de aparición brusca en relación a su pieza 30, el cual corresponde a un quiste vestibular mandibular infectado, el cual es tratado en base a la enucleación de la lesión conservando la pieza dentaria.

Introducción

El quiste vestibular mandibular infectado fue descrito por primera vez por Stoneman y Worth en 1983 7. La World Health Organization la describe bajo el nombre de Quiste paradentario 3. Se clasifica dentro del grupo de los quistes inflamatorios sin diferenciarlo del Quiste paradental o de Craig 3.

El quiste vestibular mandibular infectado es una entidad poco frecuente, cuya etiología aún es incierta 1. Sin embargo se cree que en su génesis participaría un factor infeccioso.

Se presenta en niños entre 6 y 11 años, usualmente asociado a la corona del primer molar mandibular parcialmente erupcionado y ocasionalmente a la del segundo. El diente asociado presenta un patrón alterado de erupción con inclinación vestibular de su corona. Este se encuentra vital, presentando un profundo saco por vestibular. Puede presentarse dolor, aumento de volumen e infección 4.

Radiográficamente se aprecia una lesión radiolúcida sobre la corona del molar comprometido, rodeada por un halo corticalizado, de 1 – 2 cm de diámetro 2,4. Su histología es poco específica, por lo tanto el diagnóstico de esta lesión debe hacerse en base a las características clínicas, radiográficas e histológicas.

Reporte del caso

Paciente de género masculino de 7 años de edad, consulta por aumento de volumen vestibular de aparición brusca en la región mandibular izquierda frente a la pieza 30. La tumoración corresponde a una lesión circunscrita, de consistencia dura, no dolorosa aunque con leve sensibilidad a la palpación. Se solicita un estudio radiográfico que consistió en una radiografía panorámica (Fig. 1) en la cual no fue posible determinar ningún signo patológico, por lo cual se complementa con una radiografía retroalveolar (Fig. 2) y oclusal de la zona (Fig. 3), donde claramente se aprecia la presencia de una lesión radiolúcida de límites netos, corticalizados, por vestibular, a nivel de furca y tercio medio radicular de la pieza 30. Se solicita además una TAC (Fig. 4 y 5) en el cual se observa claramente una lesión hipodensa por vestibular del primer molar inferior izquierdo.

El tratamiento quirúrgico consistió en la enucleación completa de la lesión, conservando el primer molar intacto. El informe histopatológico arrojó como diagnóstico la presencia de un quiste vestibular mandibular infectado.

Se han realizado controles clínicos y radiográficos por más de 18 meses sin signos de recidiva.

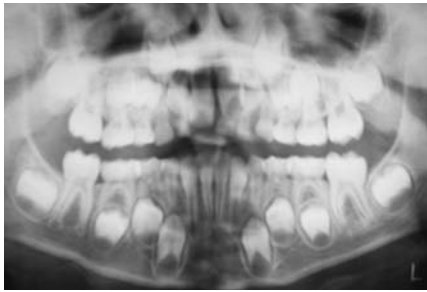


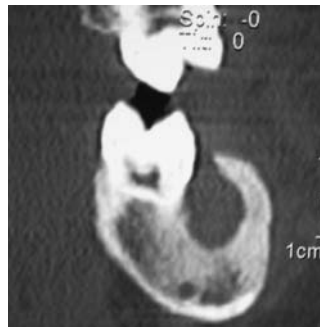
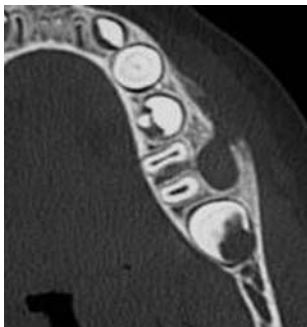
Figura 1
Radiografía
panorámica



Figura 2
Radiografía
Retroalveolar.
Se observa área de
menor densidad de
concavidad superior,
proyectada sobre
zona de furcación.



Figura 3
Radiografía Oclusal Estricta
Inferior.
Se observa área radiolúcida
por vestibular de la pieza 30,
de límites netos recortados,
con mayor compromiso vestibulo-
lingual hacia distal, en ésta zona
se observa corticalización de
limitantes contorneales de lesión.



Figuras 4 y 5 Radiografía Oclusal Estricta Inferior.
Se observa área radiolúcida por vestibular de la pieza 30,
de límites netos recortados, con mayor compromiso
vestibulo-lingual hacia distal, en ésta zona se observa
corticalización de limitantes contorneales de lesión.

Discusión

Dentro de la etiología del quiste vestibular mandibular infectado se acepta que el fólculo de la pieza comprometida sufre cambios quísticos debido a estímulos inflamatorios del epitelio reducido del órgano del esmalte o restos epiteliales

de malassez. La fuente de la inflamación es usualmente de tipo infeccioso (pericoronaritis), la cual podría ser subclínica. El hecho de que la cúspide mesiovesibular sea la primera es erupcionar puede explicar la ubicación vestibular de la lesión 9.

Radiográficamente, dependiendo de la cronicidad de la lesión se pueden apreciar diferentes grados de hueso reactivo en los márgenes de la lesión. Usualmente existe una pérdida o una atenuación de la lámina dura que rodea los ápices o una radiolucidez a nivel de la furca. Además se puede apreciar una línea radiopaca de concavidad superior, la cual corresponde al límite inferior del quiste, simulando la forma de una U sobreproyectada sobre los ápices. (El ligamento periodontal y lámina dura se mantienen intactos) 2,4.

La histología de esta lesión no es específica y revela un epitelio escamoso estratificado no queratinizado, con áreas de hiperplasia epitelial e infiltrado inflamatorio en las paredes del tejido conectivo. Reportes bacteriológicos han mostrado flora de tipo mixta 1,5.

El diagnóstico diferencial incluye el granuloma eosinofílico, quiste periodontal lateral, quiste óseo traumático y periostitis 2.

Stoneman and Worth han descrito como tratamiento la extracción de la pieza dentaria más el curetaje de la lesión, como también el tratamiento endodóntico de la pieza más curetaje 5. Sin embargo se debe en lo posible intentar mantener la pieza dentaria a menos que haya compromiso de la tabla vestibular. Stanback ha descrito como tratamiento la marsupialización de la lesión 6. Muchos autores como Camarda, Bohay, Vedtofte y Packota han tenido buenos resultados solo con la enucleación 1,2,4,8.

Bibliografía

1. Bohay RN, Weinberg S, Thorner PS. The paradental cyst of the mandibular first molar: report of a bilateral case. *ASCD J Dent Child* 1992; 59:361-5.
2. Camarda AJ, Pham J, Forest D. Mandibular infected buccal cyst: report of two cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1989; 47:528-34.
3. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. Histological typing of odontogenic tumors. 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag, 1992. p. 40-2.
4. Packota GV, Hall JM, Lanigan DT, Cohen MA. Paradental cysts on mandibular first molars in children: report of five cases. *Dentomaxillofac Radiol* 1990; 19:126-132.
5. Pompura JR, Sándor GKB, Stoneman DW. The buccal bifurcation cyst: a prospective study of treatment outcomes in 44 sites. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 83:215-21.
6. Stanback JS. The management of bilateral cysts of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1970; 30:587-91.
7. Stoneman DW, Worth HM. The mandibular infected buccal cyst: molar area. *Dent Radiogr Photogr* 1983; 56:1-14.
8. Vedtofte P, Praetorius F. The inflammatory paradental cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 68:182-186.
9. Wolf J, Hietanen J. The mandibular infected buccal cyst (paradental cyst). A radiographic and histological study. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1990; 28: 322-325.