

Caso Radiológico

Quiste de retención: Hallazgo en radiografía panorámica

Retention cyst: Panoramic radiograph finding



Dra. María Angélica Maldini M.

Cirujano Dentista, Especialista en Radiología Dental y Máxilo Facial.

Resumen

Algunos casos de patología son identificados como hallazgo radiográfico, debido a que los exámenes de diagnóstico por imagen permiten obtener información exclusiva. En este caso por medio de una radiografía panorámica se identifica una condición inflamatoria del seno maxilar.

Palabras claves: Seno maxilar, pseudoquiste antral, quiste de retención, mucocele, radiografía panorámica.

Abstract

Some cases of pathology are radiographic findings, diagnostic imaging show information exclusive. This case through a panoramic radiograph identifies a inflammatory conditions of the maxillary sinus.

Keywords: *Maxillary Sinus: Antral Pseudocyst, Retention Cyst, Sinus Mucocele, Panoramic Radiograph*

Introducción

El diagnóstico por imagen en odontología permite obtener información exclusiva que aporta antecedentes valiosos y relevantes para el diagnóstico, plan de tratamiento y control del paciente. Algunos casos de patología corresponden a hallazgos radiográficos que se obtienen al realizar un examen imagenológico de rutina previo a iniciar un tratamiento de odontológico. En esta ocasión, se diagnostica una patología inflamatoria que afecta el seno maxilar.

Presentación del Caso Clínico

Paciente hombre, de 39 años de edad, raza blanca, que concurre a consultar por una evaluación a la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes, Santiago, Chile. Con respecto a sus hábitos no bebe ni fuma. Sus antecedentes médicos son de úlcera gástrica y relata cuadros de rinitis periódicas, probablemente de origen alérgico. El examen funcional muscular y articular no tiene consideraciones especiales. El paciente está asintomático, ha perdido recientemente una

obtención dental y asiste motivado por rehabilitar su estado bucal. Decide firmar el consentimiento informado, autorizando voluntariamente el uso de sus exámenes radiográficos con fines docentes.

Se solicitan radiografías periapicales individuales y panorámica, para evaluar el estado de las piezas remanentes, lo que permite realizar un hallazgo radiográfico.

En la radiografía periapical de la zona de pieza 1.6 se observa una imagen con densidad de tejido blando, que se proyecta en la prolongación alveolar del seno maxilar derecho, entre las raíces de los dientes 1.7 y 1.5 (figura 1). Las imágenes digitales intraorales fueron realizadas con un equipo Heliodont Vario (Siemens, Alemania) y factores de exposición 70 kVp, 7mA. Se utilizó sensor con tecnología CCD.

En la imagen de la radiografía panorámica se observa la misma lesión proyectada la prolongación alveolar del seno maxilar derecho, quedando inmediata al reborde óseo en zona del diente 1.6, que está ausente. Posee densidad de tejido blando, forma semicircular basal y límites definidos. El diente 1.7 se encuentra en mesioversión y el 1.5 en distoversión leve. Además en la mandíbula se observan tres pequeñas zonas de mayor densidad que probablemente corresponden a osteosclerosis idiopática, en este caso se sugiere controlar radiográficamente en el tiempo (figura 2).

Se complementa el estudio con proyecciones para visualizar senos maxilares (figuras 3 y 4) y radiografía tipo Waters, (figura 5). Para las radiografías extraorales se utilizó un equipo Orthophos XG Plus (Siemens, Alemania) operado con 73- 90 kVp. y 6- 12 mA.

Al realizar un estudio con tomografía lineal para senos maxilares (figuras 3 y 4) y técnica Waters, (figura 5), se obtienen imágenes semejantes a las anteriormente descritas, que permiten confirmar una hipótesis diagnóstica: quiste de retención.

Discusión

El término más adecuado para utilizar en la enfermedad inflamatoria de las cavidades paranasales es el de rinosinusitis. Esto se explica porque el compromiso inflamatorio de una cavidad se presenta rara vez en forma aislada, sino que más bien se acompaña de inflamación de la mucosa nasal y de otras cavidades paranasales. El origen de la rinosinusitis es viral y bacteriano, muchas veces exacerbado por procesos inflamatorios alérgicos.^(1, 2, 7, 8)

La hipótesis diagnóstica de la lesión maxilar sinusal detectada corresponde a una condición inflamatoria.



Figura 1 Radiografía periapical diente 1.5. Diente 1.6 ausente. Receso alveolar ocupado en forma parcial por masa de tejido blando.

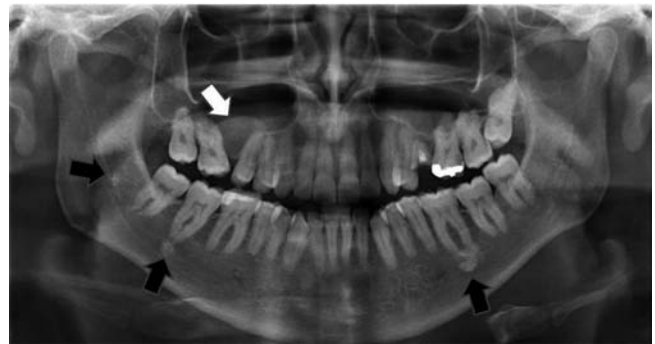


Figura 2 Radiografía panorámica. Se señalan con flechas negras las tres zonas de de mayor densidad en mandíbula. Con flecha blanca se indica la imagen de tejido blando que ocupa parcialmente el seno maxilar derecho.

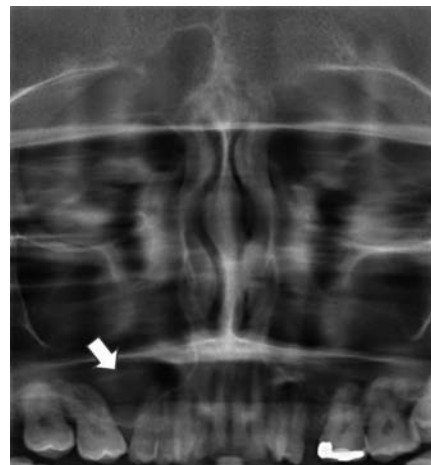


Figura 3 Corte tomográfico para visualización de senos maxilares. La imagen de tejido blando en la parte basal del seno maxilar derecho se observa difusa (flecha blanca).

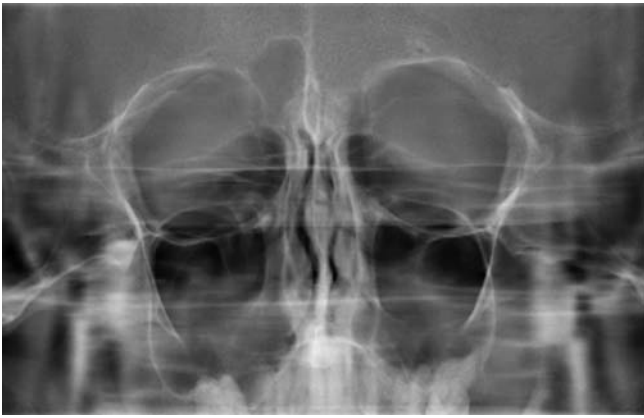


Figura 4 Otro corte tomográfico para cavidades paranasales. No se observa compromiso en otras cavidades y el aspecto de la lesión en el seno maxilar derecho es poco definida, pero permite evaluar las corticales óseas, las cuales están indemnes.



Figura 5 Radiografía con proyección Waters, para evaluar enfermedad inflamatoria de cavidades paranasales. Confirma el hallazgo radiológico señalado en los exámenes previos, no hay alteración de paredes óseas y el resto del seno maxilar derecho conserva su transparencia.

La enfermedad inflamatoria sinusal de origen dentario puede ser por compromiso directo de origen periapical o periodontal, por iatrogenia o por presencia de una comunicación oro-antral.⁽³⁾ En este caso no hay una causa odontogénica.

El diagnóstico de la condición que presenta nuestro paciente debe considerar las siguientes entidades: engrosamiento de la mucosa de revestimiento, quiste de retención, pseudoquiste antral, mucocelo.

Engrosamiento de la mucosa de revestimiento: Corresponde al compromiso inflamatorio de la mucosa que recubre las

paredes del seno maxilar. Cuando su grosor supera los 3 mm. corresponde al signo de un proceso alérgico o inflamatorio crónico, probablemente asintomático. En la imagen radiográfica se observa una banda más radiopaca paralela a la pared ósea.^(1, 5, 9)

Quiste de retención: Se encuentra con frecuencia en radiografías y en las TC de las cavidades de éstas. Usualmente corresponde a un hallazgo radiográfico, asintomático, de mayor frecuencia en hombres, cuya etiología es la obstrucción del drenaje de una glándula sero-mucosa en la mucosa sinusal, provocando acumulación patológica de secreciones. Generalmente no necesita tratamiento, se resuelve en forma espontánea, excepto en casos de rinosinusitis secundaria por obstrucción del ostium. Se encuentran habitualmente en los senos maxilares, hacia la prolongación alveolar o inferior del seno maxilar, pero también pueden estar presentes en los senos frontales y esfenoidales. Lesiones semejantes son los pólipos, los cuales corresponden a hiperplasias que forman pliegues irregulares, aunque se trata de una condición agresiva que desplaza o destruye hueso. En estos casos se aconseja realizar biopsia.^(1, 4, 5, 6)

Pseudoquiste antral: Su etiología obedece a un estímulo inflamatorio periapical o periodontal. Se origina en un diente y determina la acumulación de exudado inflamatorio que levanta el mucoperiostio en el piso del seno maxilar. Su tratamiento es resolver el factor odontogénico.^(1, 4, 5, 6, 7)

Mucocelo: Es un quiste verdadero que se origina por obstrucción del drenaje de un seno a nivel de su ostium. Poco frecuente en el seno maxilar (5-10% de los casos), siendo más frecuente en seno frontal (65%), celdillas etmoidales (25%). De escasa presentación en el seno esfenoidal (2-5%). Compromete toda la cavidad sinusal, su pared es la mucosa sinusal y su contenido es un líquido aséptico, generalmente espeso. Es de crecimiento lento, adelgaza las paredes óseas deformándolas u ocupando otras cavidades como la órbita. El paciente presenta dolor irradiado y cefalea. Se origina a consecuencia de infecciones crónicas, traumatismos, cuerpo extraño, etc. El diagnóstico se realiza por punción y mediante tomografía computada. Su tratamiento es quirúrgico y de excelente pronóstico.^(1, 4, 5, 6, 7)

Para nuestro paciente hemos establecido la hipótesis diagnóstica de quiste de retención, ya que sus características radiográficas corresponden a esta lesión. Los quistes de retención se caracterizan por presentar una imagen de forma redondeada, con densidad de tejido blando, más habituales en la prolongación alveolar del seno maxilar, no dan sintomatología, no provocan destrucción ósea, y no precisan de tratamiento, excepto en los casos de

rinosinusitis secundaria por obstrucción del ostium. Generalmente corresponden a hallazgos radiográficos en un examen de rutina, como ha sido en esta ocasión.

Estas lesiones suelen resolverse en forma espontánea, pero es importante informar al paciente de su condición e indicar controles posteriores. Una complicación sería que la lesión obstruya el ostium, pudiendo dar origen a una

patología rinosinusal secundaria de mayor complejidad. En esta caso probablemente se requeriría realizar una cirugía endoscópica naso-sinusal.

El objetivo de este caso ha sido motivar una revisión bibliográfica actualizada del quiste de retención sinusal, y dirigir el diagnóstico diferencial de otras patologías que poseen una presentación semejante.^(1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11)

Bibliografía

1. Fonseca X, Patología Rinosinusal. Obtenible en Manual de Patología Quirúrgica de Cabeza y Cuello. Pontificia Universidad Católica de Chile: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualCabezaCuello/PatologiaRinosinusal.html> [consulta : 20 Junio 2008]
2. Concha G. Imágenes en Rinosinusitis. Anu Soc Radiol Oral Máxilo Facial de Chile 2007; 10 (1): 44-48.
3. Hauman C, Chandler N, Tong D. Endodontic implications in the maxillary sinus: a review. International Endodontic Journal 2002; 35 (2) : 127-141.
4. Harnsberger H. (ed) Nose and sinus. In: Diagnostic Imaging Head and Neck. (1a. ed). Salt Lake City: Amirsys, 2004, p II:2-6 to II:2-99.
5. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. Oral & Maxillofacial pathology (2nd edn). Philadelphia: WB Saunders Company, 1999, p 159-160, 231-232.
6. White S, Pharoah M. Oral Radiology (4 ed). Madrid: Ediciones Harcourt, 2002, p 529-551.
7. Carter L, Calamel A, Haller A, Aguirre A. Seasonal variation in maxillary antral pseudocysts in a general clinic population. Dentomaxillofacial Radiology 1998; 27: 22-24.
8. Mullo J, Valero A, Alobid I. The nose-from symptoms to evidence-based medicine. Allergy 2007; 62: 339-343.
9. Rinia A, Kostamo K. Nasal polyposis: a cellular-based approach to answering questions. Allergy 2007; 62 : 348-358.
10. Feneis H, Dauber W. Nomenclatura anatómica ilustrada (4a ed). Barcelona: Masson, 2000, p 134-139.
11. Sanna K, Salmi T, Myller J, Torkkeli T, Muhonen J, Renkonen J, Rautiainen M, Renkonen R. Endothelial L-selectin ligands in sinus mucosa during chronic maxillary rhinosinusitis. Am. J Respir Crit Care Med. 2005; 171 : 1350-1357.