

Caso Clínico

Quiste bucal mandibular infectado: presentación de un caso

Mandibular infected buccal cyst: a case report



Dr. Nelson Lobos¹, Dra. Loreto Bravo¹, Dra. Karina Cordero², Dr. Ricardo Urzúa³,
Dr. Enrique Torres⁴

(1) Departamento de Patología, Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Asignatura de Patología y Medicina Bucal, Facultad de Odontología, Universidad de los Andes.

(2) Cátedra de Patología y Diagnóstico Oral, Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso.

(3) Asignatura de Imagenología, Facultad de Odontología, Universidad del Desarrollo.

(4) Departamento de Cirugía y Traumatología, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Resumen

El quiste bucal mandibular infectado es una entidad poco frecuente, perteneciente al grupo de los quistes paradentales, los cuales están incluidos en los quistes odontogénicos inflamatorios, que fueron clasificados por la OMS en el año 1992. Se presenta en pacientes jóvenes y se desarrollan asociados a primeros y segundos molares inferiores vitales, por vestibular del diente. La imagen radiográfica típica se observa como un área radiolúcida interradicular, con abombamiento y expansión de la cortical ósea de la tabla vestibular. Su diagnóstico debe ser integral, considerando los hallazgos clínicos, radiográficos e histopatológicos. El tratamiento es conservador, realizándose la enucleación y curetaje de la lesión, preservando el diente involucrado. A continuación se presenta un caso clínico de quiste bucal mandibular infectado en un paciente de género masculino, de 7 años de edad, analizando sus características clínicas, radiográficas e histopatológicas y el tratamiento efectuado.

Palabras clave: quiste bucal mandibular infectado, quiste paradental, quiste inflamatorio.

Abstract

Mandibular infected buccal cyst is a slightly frequent entity belonging to the group of the paradental cysts which are included in the odontogenic inflammatory cysts, classified by the WHO in 1992. It appears in young patients, and develops on the buccal aspect of the mandibular first and second vital molars. Radiographs typically show a well-circumscribed unilocular radiolucency inter-roots area, with swelling and expansion of the bony cortical of the vestibular table. The diagnosis must to consider clinical, radiographic and histopathologic finding. The treatment is conservative, usually by enucleation and curettage of the injury, preserving involved tooth. Here we present a clinical case a mandibular infected buccal cyst in an 7 years old boy, analyzing clinical, radiographic and histopathologic features and its treatment.

Keywords: mandibular infected buccal cyst, paradental cyst, inflammatory cyst.

Introducción

El quiste bucal mandibular infectado (QBMI), también conocido como quiste mandibular bucal de bifurcación, es una lesión poco frecuente asociada al primer o segundo molar permanentes en niños de 6-10 años de edad.^(1, 5) En 1983 Stoneman y Worth describieron por primera vez esta lesión, documentando sus características clínicas y radiográficas.^(1, 3, 6, 7) El diente involucrado está vital y es una condición generalmente unilateral.⁽¹⁻⁸⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incluido esta lesión bajo la categoría de quiste paradental y sugiere que el término de “quiste bucal mandibular infectado” para lesiones que ocurren en la superficie vestibular o bucal de primeros molares permanentes vitales en niños de 6 a 8 años de edad.^(3, 5, 9) El quiste paradental es un quiste odontogénico inflamatorio, secundario a una inflamación del saco periodontal. Este ocurre por vestibular, distal o menos frecuentemente por mesial de terceros molares parcialmente erupcionados o impactados, también en segundos y en primeros molares.^(1, 2, 4)

En pacientes jóvenes los aspectos distintivos de esta patología se caracterizan por afectar la región mandibular y conservar la vitalidad del diente involucrado. Dentro de los hallazgos radiográficos destaca la continuidad de la cortical alveolar apical y el desplazamiento hacia vestibular de la corona del diente afectado.^(5, 7) A continuación presentaremos un caso clínico de QBMI en un paciente de 7 años edad. Para su diagnóstico son esenciales las características clínicas, radiográficas e histopatológicas encontradas.

Caso Clínico

Paciente de género masculino y 7 años de edad, que consulta por aumento de volumen, en el lado derecho de la mejilla desde hace varios días. En la anamnesis no relata antecedentes mórbidos de importancia. Al examen clínico intraoral presenta un aumento de volumen doloroso y supurativo de la encía por vestibular, en relación a diente 3.6, recubierto por mucosa normal, midiendo aproximadamente 12 por 20 mm (Fig. 1).

Se solicita un examen de cone beam computed tomography (CBCT) en la que se observa diente 3.6 en evolución extraósea, con desarrollo radicular incompleto. En el corte sagital del diente 3.6 se observa área radiolúcida a nivel interradicular (Fig. 2). En los cortes transversales y axiales, se aprecia un área osteolítica, corticalizada, que provoca adelgazamiento y expansión de la tabla ósea vestibular (Figs. 3 y 4).



Figura 1. Imagen intraoral que muestra un aumento de volumen en relación a diente 3.6 y que esta recubierto por mucosa normal.

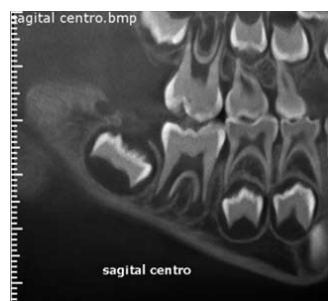


Figura 2. Corte sagital de CBCT. Se observa diente 3.6 en evolución extraósea, con desarrollo radicular incompleto y presencia de área radiolúcida interradicular.



Figura 3. Cortes transversales de CBCT. Se observa área osteolítica corticalizada que provoca adelgazamiento y expansión de la tabla ósea vestibular.

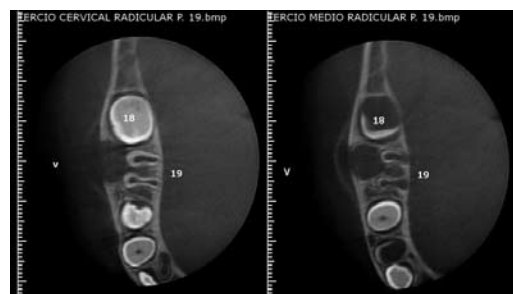


Figura 4. Cortes axiales de CBCT. Se observa área osteolítica corticalizada que provoca expansión de la tabla ósea vestibular, a nivel del tercios medio y cervical radiculares.

Se realizó colgajo de la encía por vestibular, con drenaje de la secreción purulenta, efectuándose enucleación y curetaje de la lesión, con preservación del diente involucrado. En el estudio histopatológico se observó en la cápsula, la presencia de tejido conectivo con un denso infiltrado inflamatorio mononuclear de tipo crónico y polimorfos nucleares neutrófilos correspondiente a zonas de reagudización, además de presencia de vasos sanguíneos (Fig. 5), recubierto en algunas zonas por epitelio plano pluriestratificado no queratinizado (Fig. 6).

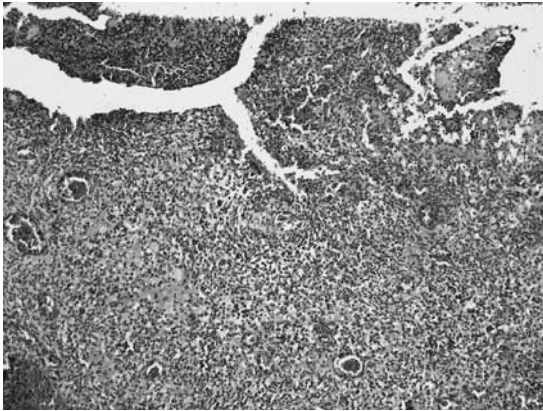


Figura 5. Tinción H/E 10X. Examen histopatológico en el que se observa presencia de denso infiltrado inflamatorio mononuclear de tipo crónico y presencia de vasos sanguíneos.

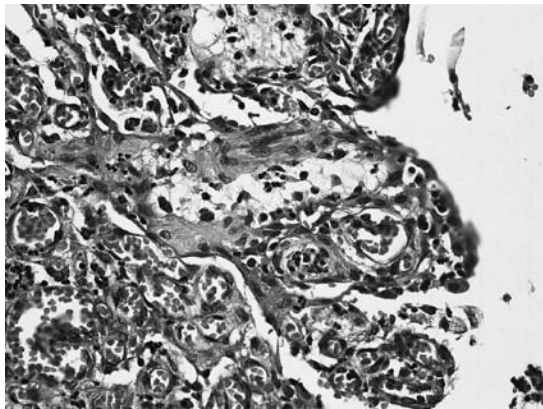


Figura 6. Tinción H/E 40X. Examen histopatológico con las características señaladas anteriormente, presencia de polimorfos nucleares neutrófilos y zonas epitelio plano pluriestratificado no queratinizado

Discusión

El QBMI es una entidad incluida dentro de los quistes odontogénicos inflamatorios en la clasificación de la OMS de Quistes y Tumores Odontogénicos publicada en

1992, aunque la existencia de esta entidad no es aceptada universalmente debido a que presenta los mismos aspectos clínicos, radiológicos e histopatológicos del quiste paradental de los terceros molares.^(1, 4, 6, 9) Sin embargo, la edad de incidencia (6- 13 años) y el sitio específico en que se presenta, usualmente el primer molar y ocasionalmente el segundo molar mandibulares, son aspectos característicos de esta lesión.^(1,4) Este quiste no aparece en el maxilar, ni se ha encontrado asociada a primeros y segundos molares en adultos, lo que podría llevar a pensar en la naturaleza autolimitada esta patología.^(2,10)

La etiología del QBMI no está bien definida. Varias teorías han sido propuestas, una de ellas es que durante la erupción de los molares mandibulares, al emerger las cúspides a través del epitelio oral podría presentarse una respuesta inflamatoria en el tejido conectivo, lo cual podría estimular la formación del quiste.^(1, 6) El hecho de que la cúspide mesiovestibular de los primeros molares sea la primera en erupcionar en la cavidad oral podría explicar el desarrollo de esta lesión en la superficie vestibular al tiempo de la erupción.^(6,12) El epitelio podría derivar de restos epiteliales de Malassez y de Serres, o de la lámina dental o el epitelio reducido del órgano del esmalte.⁽²⁾

La inflamación está siempre presente en el desarrollo del QBMI. Existen otros factores locales que podrían ser predisponentes, como la asociación de la proyección del esmalte en la furca.^(1, 2, 6) Sin embargo estas proyecciones no han sido encontradas en la mayoría de los casos de los quistes enucleados.^(2, 11) Se ha observado la presencia de quistes bilaterales, lo que hace pensar que pudieran existir otros factores desconocidos hasta ahora.^(4, 12)

Se ha reportado que en un 25% de los casos, puede aparecer en el diente contralateral el desarrollo subclínico de esta misma lesión, detectada radiográficamente y confirmado al minuto de la cirugía. Esto hace aconsejable una cuidadosa evaluación del diente contralateral.^(2,4)

Las características clínicas del QBMI son las siguientes: la sintomatología aparece cercana al tiempo de la erupción de los primeros molares, la sensación de sensibilidad y disconfort, el aumento de volumen en mejilla inferior, el retraso en la erupción del molar involucrado, las cúspides linguales de los primeros molares pueden ser observadas antes y a una mayor altura que las cúspides vestibulares (75% de los casos), y cuando el diente involucrado está parcialmente erupcionado, la profundidad del saco periodontal tiende a incrementarse.⁽²⁾

En nuestro caso clínico, las características clínicas encontradas concuerdan con lo planteadas, ya que el paciente presenta un aumento de volumen en la zona

de la mejilla derecha apareciendo la sintomatología con la erupción de los primeros molares, con un aumento de volumen doloroso y supurativo en la encía en relación al diente 3.6.

Entre las características radiográficas, la pérdida o atenuación de la lámina dura que rodea los ápices y la región de la furca del diente afectado son los principales hallazgos radiográficos de esta lesión.^(1,13) Se trata de una lesión radiolúcida unilocular, rodeada por un borde esclerótico. Hay abombamiento y expansión de la cortical ósea por vestibular.^(5,7,13) Todos estos hallazgos concuerdan con lo encontrado en nuestro caso clínico.

Las características histopatológicas son las mismas que en otros quistes odontogénicos inflamatorios.^(1,3,6) La cápsula de tejido conectivo fibroso está recubierto por epitelio plano pluriestratificado no queratinizado con variado grosor y morfología de acuerdo al grado de inflamación, con un infiltrado inflamatorio crónico denso y proliferación

vascular en el corión subadyacente.^(1,2) Estos rasgos histopatológicos no son específicos, entonces es necesario considerar las características clínicas y radiográficas para llegar a un diagnóstico adecuado.⁽²⁾

El tratamiento del QBMI ha cambiado en el tiempo.⁽¹⁾ Stoneman y Worth, quienes primeros describieron esta entidad, reportaron un tratamiento exitoso a través de la extracción del diente involucrado y el curetaje de la lesión.⁽⁶⁾ Otros autores indican la enucleación de la lesión, sin necesidad de extracción del diente.^(2,3,7,10,11) Ese es el tratamiento de elección en la actualidad y es que fue realizado en nuestro paciente.

Pompura et al. reportaron que se produce la cicatrización ósea se completa entre los 6 a 12 meses posteriores a la cirugía. La profundidad del saco periodontal del molar involucrado se restablece a los 12 meses, al igual que se completa su proceso de erupción.⁽²⁾

Bibliografía

1. Gallego L, Baladrón J, Junquera L. Bilateral mandibular infected buccal cyst: a new image. *J Periodontol.* 2007; 78 (8): 1650-4.
2. Pompura JR, Sándor GK, 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(2): 215-21.
3. Wolf J, Hietanen J. The mandibular infected buccal cyst (paradental cyst). A radiographic and histological study. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1990; 28(5): 322-5.
4. Lacaita MG, Capodiferno S, Favia G, Santarelli A, Lo Muzio L. Infected paradental cysts in children: a clinicopathological study of 15 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 44(2): 112-5.
5. Lobos C, Auger C, Lobos N. Mandibular infected buccal cyst. A case report. *Med Oral.* 2000; 5(4): 250-253.
6. Stoneman DW, Worth HM. The mandibular infected buccal cyst-molar area. *Dent Radiogr Photogr* 1983; 56: 1-14.
7. Camarda AJ, Pham J, Forest D. Mandibular infected buccal cyst: report of two cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 1989; 47(5): 528-34.
8. Lim AA, Peck RH. Bilateral mandibular cyst: lateral radicular cyst, paradental cyst, or mandibular infected buccal cyst? Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg.* 2002; 60(7): 825-7.
9. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. *Histological Typing of Odontogenic Tumors*, 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag; 1992: 40-42.
10. David LA, Sandor GKB, Stoneman DW. The buccal bifurcation cyst: Is nonsurgical treatment an option? *J Can Dent Assoc* 1998; 64: 712-716.
11. Martinez-Conde R, Aguirre JM, Pindborg JJ. Paradental cyst of the second molar: Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1995; 53: 1212-1214.
12. Packota GV, Hall JM, Lanigan DT, Cohen MA. Paradental cyst on mandibular first molars in children. Report of five cases. *Dentomaxillofac Radiol* 1990; 19: 126-32.
13. El-Magboul K, Duggal MS, Pedlar J. Mandibular infected buccal cyst or a paradental cyst? Report of a case. *Br Dent J* 1993; 175: 330-332.