

Reporte de Caso y Revisión de Literatura

Quiste bucal mandibular infectado. Reporte de caso y revisión de literatura.

Buccal infected mandibular cyst. Case report and literature review.



Viviana Gutiérrez A.¹, Cristina Opasso Y.¹, Susana Amigo V.^{2,3}, Miguel Quintanilla S.^{2,3}, Alejandro Hidalgo R.^{2,3}

1 Alumna Programa de Especialización en Imagenología Oral y Maxilofacial, Universidad de Talca, Chile.

2 Docente Programa de Especialización en Imagenología Oral y Maxilofacial, Universidad de Talca, Chile.

3 CEMOL Imagenología Maxilofacial, Centro de Especialidades Médicas y Odontológicas Linares, Chile.

Resumen

El quiste bucal mandibular infectado (QBMI), también llamado quiste de bifurcación bucal mandibular, fue descrito por primera vez por Stoneman y Worth en 1983. El QBMI es un quiste odontogénico inflamatorio poco común, asociado a la corona del primer o segundo molar inferior permanente vital, en proceso de erupción. Se presenta con mayor frecuencia en niños y adolescentes de 6 a 13 años, y su etiología es desconocida, aunque existen teorías que relacionan su origen a factores infecciosos. Clínicamente, el QBMI puede presentar aumento de volumen, dolor y trismus, aunque puede ser asintomático y pasar desapercibido en el examen clínico. Radiográficamente se observa una imagen radiolúcida, unilocular, de bordes definidos, limitada caudalmente por una cortical radiopaca de concavidad superior. En tomografía computarizada de haz cónico se observa expansión de cortical ósea vestibular asociada a la corona del molar comprometido. El QBMI no presenta características histopatológicas específicas, por lo que sus características epidemiológicas, clínicas e imagenológicas son fundamentales para realizar un diagnóstico preciso. Se presenta el caso de un paciente de 9 años, sexo masculino, con QBMI asociado al diente 3.6.

Palabras clave: Quistes óseos, quiste dentífero, tomografía computarizada de haz cónico, diagnóstico.

Abstract

Mandibular infected buccal cyst (MIBC), also called mandibular buccal bifurcation cyst, was first described by Stoneman and Worth in 1983. MIBC is a rare inflammatory odontogenic cyst associated with the crown of vital permanent mandibular first or second molars, during the process of tooth eruption. MIBC occurs more frequently in children and adolescents aged 6 to 13 years. Its etiology is unknown, although theories relating its origin to infectious factors are described. Clinically, MIBC can present swelling, pain and trismus, although, it can also be asymptomatic and go unnoticed on clinical examination. Radiographically, a well-defined unilocular radiolucency is observed, limited caudally by a radiopaque corticated border with superior concavity. Cone-beam computed

tomography examination shows vestibular cortical bone expansion associated with the involved molar crown. MIBC does not have specific histopathological characteristics, so its epidemiological, clinical and imaging characteristics are

essential to make an accurate diagnosis. We present the case of a 9-year-old male patient with MIBC associated with tooth 3.6.

Key words: Bone cysts, dentigerous cyst, cone-beam computed tomography, diagnosis.

Introducción

El quiste bucal mandibular infectado (QBMI) es un quiste inflamatorio de origen odontogénico, de baja prevalencia, siendo considerado una entidad poco común¹⁻¹⁴. Fue descrito por primera vez por Stoneman y Worth en 1983 como una lesión que involucra la cara vestibular de molares inferiores permanentes en erupción^{1,3-10}. El rango de edad de aparición del QBMI se extiende desde los 4 a 20 años^{7,11}, con una mayor frecuencia entre 6 y 13 años de edad^{1,3,5-7,12,13}. El QBMI y los quistes paradentales, según la última clasificación de la Organización Mundial de la Salud del año 2017, se encuentran entre los quistes colaterales inflamatorios odontogénicos^{2-5,7,14,15}.

La etiología del QBMI no está clara³⁻¹³ y existen diferentes teorías respecto de su desarrollo. Se postula que puede originarse de los restos epiteliales de Malassez, el epitelio reducido del esmalte o el folículo dentario, proliferando como respuesta a un estímulo inflamatorio^{3-6,8-11,13}.

En la evaluación clínica del QBMI, el diente asociado se encuentra vital y presenta un patrón de erupción alterado, asociado frecuentemente a retención y vestibuloversión. También puede observarse aumento de volumen vestibular, infección, dolor y trismus^{1-3,5,8,10-12}.

Radiográficamente, el QBMI se presenta como una imagen radiolúcida unilocular, de límites definidos, asociada a la corona de un molar inferior permanente en proceso de erupción^{2,8}. Es frecuente observar una cortical radiopaca inferior de concavidad superior sobrepoyectada en las raíces del diente afectado^{4,10}. Al examen de tomografía computarizada de haz cónico (TCHC) se observa expansión de la cortical ósea vestibular e inclinación de raíces hacia lingual^{1-9,11-13}. En ocasiones presenta pérdida de la cortical alveolar en la zona de furca y apical^{2,3,5-12}.

Histopatológicamente, el QBMI es similar a otros quistes odontogénicos inflamatorios, observándose revestido por un epitelio escamoso no queratinizado, con una intensa

reacción inflamatoria crónica²⁻¹². Debido a esto, el diagnóstico de esta entidad se fundamenta en los hallazgos clínicos y radiográficos^{3,5,6,8,10,11,13}.

Se reporta un caso de QBMI, en el que se describen las características clínicas y radiográficas que orientan a un diagnóstico preciso.

Reporte de caso

Paciente sexo masculino, 9 años, sin antecedentes clínicos relevantes, asiste a control odontológico general. Clínicamente se observa el diente 3.6 semi-erupcionado, en vestibuloversión.

En radiografía panorámica (Figura 1) se observa el diente 3.6 semi-incluido, en posición vertical, con inclinación vestibulo-lingual. Además, se evidencia una imagen radiolúcida de límites definidos sobrepoyectada con raíces mesial y distal del diente 3.6, limitada caudalmente por una cortical radiopaca de concavidad superior.

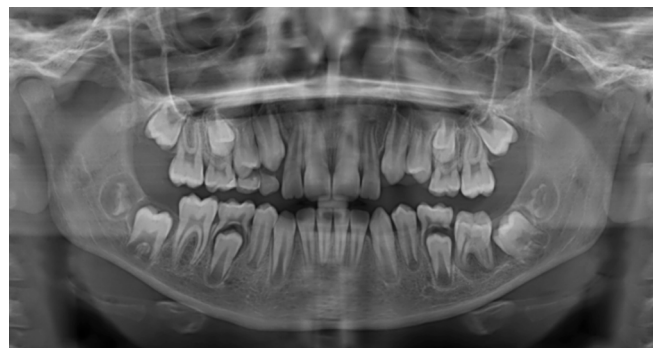


Figura 1. Radiografía panorámica. Se observa el diente 3.6 semi-incluido, en posición vertical, con inclinación vestibulo-lingual, con presencia de una imagen radiolúcida de límites definidos sobrepoyectada con sus raíces mesial y distal, limitada caudalmente por una cortical radiopaca de concavidad superior.

Al examen de TCHC (Figura 2) se evidencia el diente 3.6 en infraoclusión y vestibuloversión marcada, con presencia de una extensa imagen hipodensa pericoronaria vestibular, con expansión de cortical ósea vestibular y ápices en relación de contacto con cortical ósea lingual.

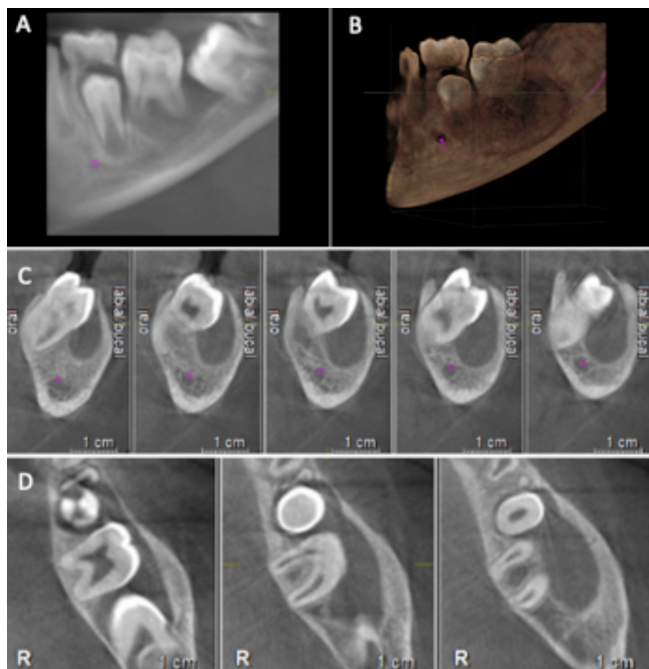


Figura 2. Examen de tomografía computarizada de haz cónico: (A) Imagen panorámica, (B) Reconstrucción tridimensional, (C) Cortes transversales, y (D) Cortes axiales. Se observa diente 3.6 en infraoclusión y vestibuloversión marcada, con presencia de una extensa imagen hipodensa pericoronaria vestibular, con expansión de cortical ósea vestibular y ápices en relación de contacto con cortical ósea lingual.

Debido a las características epidemiológicas, clínicas e imagenológicas del caso presentado, se realizó el diagnóstico QBMI asociado al diente 3.6.

Discusión

El QBMI corresponde a un quiste inflamatorio poco común, que se observa con mayor frecuencia en niños de 6 a 13 años, asociado a molares mandibulares permanentes en proceso de erupción^{1,3,5-7,12,13}. El caso presentado corresponde a un niño de 9 años, con un QBMI asociado a un primer molar mandibular. Sin embargo, debido al diagnóstico tardío de la lesión, el diente afectado ha concluido su proceso de formación radicular y se encuentra semi-incluido.

Clínicamente, el diente asociado al QBMI se observa semi-erupcionado y en vestibuloversión¹⁻¹³, lo que coincide con el caso presentado. Sin embargo, se encontró un reporte de caso en que se presenta una linguoversión del molar

afectado, lo que sugiere que la inclinación vestibular no sería una característica determinante al momento de definir un diagnóstico¹⁰. Por otro lado, el QBMI se asocia siempre a dientes vitales, al igual que el caso presentado, por lo que la ausencia de vitalidad debe alertar la presencia de otra entidad patológica¹⁻¹³.

El QBMI puede presentar aumento de volumen vestibular que se observa en las proximidades del diente afectado y suele ser asintomático, sin embargo, al asociarse a infecciones puede presentar dolor y absceso localizado^{3,4,9,10}. Cuando el QBMI es asintomático, puede diagnosticarse como hallazgo incidental, lo que podría explicar un diagnóstico tardío de la patología en pacientes de hasta 20 años de edad^{7,11}. El caso presentado no tenía sintomatología, lo que podría explicar su diagnóstico tardío.

Se ha reportado una incidencia bilateral del QBMI en un 23,6 a 25% de los casos^{3,10,11}, por lo que es aconsejable una evaluación imagenológica del diente contralateral cuando existan dudas de su compromiso^{2,7}. En el caso presentado no se complementó en estudio con TCHC del diente 4.6, debido a que en la radiografía panorámica y en la evaluación clínica este diente se observaba erupcionado, en posición vertical, y sin alteraciones.

Radiográficamente, el QBMI se observa como una imagen radiolúcida, unilocular, limitada inferiormente por una cortical radiopaca de concavidad superior, sobreproyectada con las raíces del molar comprometido. En imágenes de TCHC se puede observar una expansión vestibular y adelgazamiento de la cortical ósea vestibular, con o sin perforación¹. En el caso presentado se evidencia expansión vestibular sin adelgazamiento ni perforación cortical, como es descrito por algunos autores^{2,3,5-12}.

Las características histológicas del QBMI son comunes a todos los quistes inflamatorios, por lo tanto, es importante realizar un análisis clínico y una correcta interpretación imagenológica^{4,5,8,10}. En el caso presentado el diagnóstico se realizó en base a las características clínicas e imagenológicas de la lesión.

La mayoría de los reportes de casos incluidos en la literatura revisada indican el tratamiento de enucleación con mantención del diente afectado^{5,7,10-13} y sólo en algunos casos se realizó la exodoncia del diente afectado^{2,5}. En el caso presentado, se realizó enucleación de la lesión y mantención del diente afectado.

Conclusiones

El QBMI es una entidad patológica poco común asociada a primeros o segundos molares inferiores permanentes en proceso de erupción. Debido a su frecuente presentación

asintomática, puede pasar desapercibido para pacientes y odontólogos, siendo habitualmente diagnosticado a partir de un hallazgo radiográfico.

Radiográficamente se observa como una imagen radiolúcida, unilocular, limitada inferiormente por una cortical radiopaca de concavidad superior, sobreproyectada con las raíces del molar comprometido. En imágenes de

TCHC se puede observar una expansión vestibular y adelgazamiento de la cortical ósea vestibular, con o sin perforación.

Es importante que los odontólogos conozcan las características clínicas e imagenológicas del QBMI, ya que son fundamentales para su diagnóstico certero y oportuno.

Bibliografía

1. Aloyouny A, Albagieh H, Mansour S, Mobarak F. Case Report: bilateral mandibular buccal bifurcation cysts. *F1000Res*. 2020;9:1502.
2. Dave M, Thomson F, Barry S, Horner K, Thakker N, Petersen HJ. The use of localised CBCT to image inflammatory collateral cysts: a retrospective case series demonstrating clinical and radiographic features. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2020;21(3):329-337.
3. Lima LP, Meira HC, Amaral TMP, Caldeira PC, Abdo EN, Brasileiro CB. Mandibular buccal bifurcation cyst: case report and literature review. *Stomatologija*. 2019;21(2):57-61.
4. Bautista CRG, Milhan NVM, Anka MDVEA, do Prado RF, Cavalcante ASR, Lopes SLPC, et al. Bilateral mandibular buccal bifurcation cyst: a case report emphasizing the role of imaging examination in the diagnosis. *Autops Case Rep*. 2019;9(2):e2018073.
5. De Grauwe A, Mangione F, Mitsea A, Kalyvas D, Yfanti Z, Ahabab G, et al. Update on a rare mandibular osteolytic lesion in childhood: the buccal bifurcation cyst. *BJR Case Rep*. 2018;4(2):20170109.
6. Kim HR, Nam SH, Kim HJ, Choi SY. Buccal bifurcation cyst: two case reports and a literature review. *J Clin Pediatr Dent*. 2018;42(3):221-224.
7. Oenning AC, Oliveira LB, Junqueira JLC, Sousa Melo LS. Buccal bifurcation cyst as an incidental finding in cone beam computed tomography scans. *RGO, Rev Gaúch Odontol*. 2018;66(4):385-389.
8. Derindağ G, Miloğlu Ö, Sümbüllü MA. Buccal bifurcation cyst (paradental cyst) defined by ultrasonography and cone-beam computed tomography. *Oral Radiol*. 2019;35(3):315-320.
9. Friedrich RE, Scheuer HA, Zustin J. Inflammatory paradental cyst of the first molar (buccal bifurcation cyst) in a 6-year-old boy: case report with respect to immunohistochemical findings. *In Vivo*. 2014;28(3):333-339.
10. Quintanilla M, Amigo S, Quintanilla F, Hidalgo A. Quiste bucal mandibular infectado bilateral en segundos molares permanentes: reporte de un caso. *Av Odontoestomatol*. 2018;34(1):19-24.
11. Borgonovo AE, Grossi GB, Maridati PC, Maiorana C. Juvenile paradental cyst: presentation of a rare case involving second molar. *Minerva Stomatol*. 2013;62(10):397-404.
12. Ramos LM, Vargas PA, Coletta RD, de Almeida OP, Lopes MA. Bilateral buccal bifurcation cyst: case report and literature review. *Head Neck Pathol*. 2012;6(4):455-459.
13. Corona-Rodriguez J, Torres-Labardini R, Velasco-Tizcareño M, Mora-Rincones O. Bilateral buccal bifurcation cyst: case report and literature review. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011;69(6):1694-1696.
14. Wright JM, Vered M. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors. *Head Neck Pathol*. 2017;11(1):68-77.
15. Slootweg PJ, El-Naggar AK. World Health Organization 4th edition of head and neck tumor classification: insight into the consequential modifications. *Virchows Arch*. 2018;472(3):311-313.