

Casos Clínicos:

**QUISTE PERIODÓNTICO APICAL DE GRAN TAMAÑO EN EL MAXILAR - REPORTE DE UN CASO CLÍNICO**

**Recibido para arbitraje: 17/02/2010**

**Aceptado para publicación: 28/05/2010**

**González José María <sup>1</sup>, Moret de González Yuli <sup>2</sup>, Jiménez Luís Felipe <sup>3</sup>.**

1. Profesor Titular de la Cátedra de Anatomía Humana. Facultad de Odontología. UCV. Cirujano Bucal.
2. Profesor Titular de la Cátedra de Anatomía Patológica. Facultad de Odontología. UCV. MSc. Medicina Estomatológica.
3. Colaborador Docente adscrito a la Cátedra de Anatomía Humana UCV. Odontólogo UCV.

**Resumen**

La lesión quística es una cavidad anormal revestida de epitelio que contiene material líquido o semisólido, la cual consta de tres estructuras fundamentales: una cavidad central (luz), un revestimiento epitelial y una pared externa. El quiste periodontico apical es la lesión quística más frecuente de la cavidad bucal, representando aproximadamente 50 a 75 % de todos los quistes verdaderos. Dicha entidad tiene su origen en la proliferación de pequeños residuos epiteliales odontogénicos (restos epiteliales de Malassez). Suele diagnosticarse al realizar exámenes radiográficos de rutina. No hay predilección por sexo y se presenta la mayor incidencia entre la 2da a 5ta década de vida, siendo el incisivo central superior el diente más afectado. Usualmente no hay dolor ni molestia asociado al quiste a menos que se infecte secundariamente.

Clínicamente la patología presenta un comportamiento de crecimiento lento, pudiendo expandir las corticales óseas con deformación en el lugar de nacimiento del quiste, borrando los surcos de la cara o produciendo deformidad facial, desplazamiento dentario y dolor. Radiográficamente se observa una imagen radiolúcida que tiene forma redonda u ovoide y presenta un borde radiopaco delgado, contiguo a la lámina dura del diente. Su tratamiento se determina principalmente por el tamaño de la lesión, siendo considerada la enucleación quirúrgica y la marzupialización.

A continuación se presenta un caso clínico de un paciente de sexo masculino, que presenta una lesión de grandes dimensiones, invadiendo el seno maxilar, se realizó eliminación quirúrgica y estudio histopatológico, dando como resultado quiste periodóntico apical.

**Palabras Claves:** quiste periodóntico apical, quiste residual, quiste odontogénico

**Abstract**

The cystic injury is an abnormal cavity redressed in epithelium that contains liquid or semisolid material, which consists of three fundamental structures: a central cavity (light), a coating epitelial and an external wall. The peri-apical cyst is the most frequent cystic lesion in oral cavity, representing approximately 50 to 75 % of all cysts. The above mentioned entity has it's origin in the proliferation of small odontogenic epithelial rests (rests of Malassez). It's often diagnosed whith routine radiographic examination. There is no predilection for sex and it's frequently found between 2th and 5th decade of life, being the maxilar central incisor the most affected tooth. Usually there is neither pain nor inconvenience associated with the cyst until it becomes secondarily infected.

Clinical the pathology presents a slow growth behavior, being able to expand the cortical bone with deformation in the place of birth of the cyst, erasing the facial lines or producing facial deformity, displacement of teeth and pain. Radiographically it shows an egg-shaped or round radiolucid image, and it presents a radiopaque thin halo, contiguous to the hard sheet of the tooth. The treatment is determined mainly by the size of the injury, being considered surgical enucleación and the marzupialization.

In the present article, it is our aim to present a clinical case of male patient, who presents a large injury invading the maxillary sinus, surgical elimination and hystopathological study were carried out, giving as result peri-apical cyst.

**Key Words:** Peri-apical cyst, residual cyst, odontogenic cyst.

## Introducción

El quiste es una cavidad patológica, la cual se encuentra tapizada en su exterior por epitelio y contiene en su interior material líquido, semilíquido o gaseoso <sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>. Estudios no han determinado su etiología, pero se sostiene su origen odontogénico, pudiéndose formar por proliferación de pequeños residuos epiteliales de Malassez, a partir de un granuloma preexistente, hiperplasias de origen inflamatorio (quiste radicular), alteraciones del desarrollo e inclusiones del tejido, generalmente asociado a diente necrótico o con tratamiento de conducto inadecuado <sup>1,2,3,4,5,6</sup>.

El Quiste Periodóntico Apical (QPA), también llamado quiste radicular, quiste periapical o quiste periapical dental, es el más frecuente en cavidad bucal, registrándose entre un 50% a 75% del total de los casos <sup>1,4,5,6</sup>.

El QPA se presenta entre la segunda y quinta década de la vida <sup>1,3,7,9</sup>, con mayor frecuencia a nivel de la mandíbula con una incidencia de 64,75% y en maxilar de 34,43% y predilección por el sexo masculino <sup>2,3,5</sup>.

El QPA es de lento crecimiento, expansivo, causa movilidad a los dientes vecinos, no es infiltrante y por lo general el paciente suele encontrarse asintomático, aunque la presencia de tumefacción y secreción intrabucal es lo que invita al paciente a asistir a la consulta odontológica <sup>2</sup>, su tamaño puede variar de 5 mm. a varios centímetros de diámetro <sup>3,5</sup>.

Radiográficamente se observa imagen radilúcida, de forma redondeada u ovoide, con borde radiopaco delgado, continuo a la lámina dura del diente, circunscrita y en el ápice de un diente desvitalizado, diferenciándose de granuloma periapical <sup>3,5</sup>.

Existen diversos tratamientos para la eliminación del QPA, entre los que podemos destacar la extracción del diente desvitalizado y luego raspado del epitelio en la zona apical <sup>1,3,6</sup>, la realización del tratamiento de conductos <sup>3,6,10</sup> o la enucleación de la lesión a través de la apiceptomía <sup>3,11,12</sup>; en caso de presentarse una lesión de grandes dimensiones, podemos llevar a cabo la descompresión (cistostomía) o marzupialización para disminuir su tamaño y luego proceder a su eliminación <sup>11</sup>.

## Presentación de caso

Se trata de paciente masculino, de 38 años de edad, natural y procedente de Caracas, acude a consulta por presentar dolor intraoral en zona antero y postero superior del lado derecho, dolor a la palpación, sangrante y con movilidad de los dientes adyacentes.

El paciente refiere haber sufrido traumatismo hace 6 meses; antecedentes familiares no contributorios.

Al examen clínico se observa lesión a nivel del diente 12, del mismo color de la mucosa, bordes definidos, aproximadamente de 5 x 5 cm. de diámetro, superficie lisa, dolorosa a la palpación, crepitante y movilidad de los dientes adyacentes.

Radiográficamente se observa imagen radiolúcida, aproximadamente de 5 x 5 cm. de diámetro extendiéndose en la zona anterior y posterior derecha, que involucra el seno maxilar. Los exámenes de laboratorio se encuentran dentro de los límites normales. Figura 1:

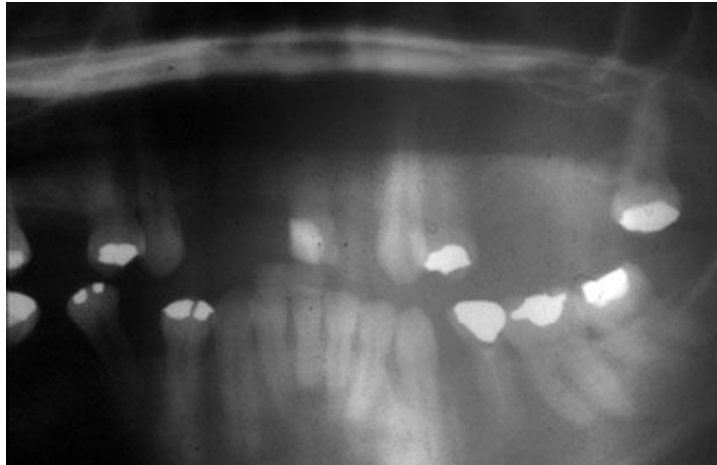


Figura 1  
Radiografía panorámica.  
Fuente propia, 2008.

Se realizó punción de la lesión, obteniéndose líquido blanco lechoso. Bajo anestesia local se procede a eliminación quirúrgica de la lesión, la cual involucró el seno maxilar derecho. Se realizó estudio histopatológico dando como resultado Quiste Periodóntico Apical. Figura 2 y 3:



Figura 2  
Eliminación quirúrgica de la lesión.  
Fuente propia, 2008.



Figura 3  
Lesión quística.  
Fuente propia, 2008.

### Conclusiones

- El QPA es la lesión que se presenta con más frecuencia en cavidad bucal.
- Se presenta en edades comprendidas entre la segunda a quinta década de vida.
- Más frecuente en sexo masculino.
- Originado por los restos epiteliales de Malassez, granulomas previos existentes, tratamientos de conductos defectuosos, entre otras.
- El tratamiento más frecuente es la eliminación quirúrgica de la lesión.

### Discusión

Eversole citado por Moret, Pérez y Alvarez (1997) <sup>1</sup> indica que el QPA no posee predilección por sexo, sin embargo otros autores indican predilección por el sexo masculino <sup>2,3,5</sup>. En cuanto a la ubicación más frecuente del QPA, Batsakis citado por Moret, Pérez y Alvarez (1997) indica que el diente más afectado es el incisivo central superior <sup>1</sup>, mientras que otros autores afirman que a nivel de la mandíbula es el sitio de aparición con mayor frecuencia con respecto al maxilar <sup>2,3,5</sup>.

En cuanto a la presentación clínica, Howe considera que no es raro que un quiste carezca de síntomas y el paciente ignore su existencia hasta que el odontólogo o el médico lo diagnostiquen, sin embargo Wood y col. (1998) refieren que la generalidad de los quistes se caracterizan por desarrollar tumefacción del área involucrada <sup>2</sup>.

### Bibliografía

1. Moret, Yuli; Pérez, Celenia; Álvarez, Mariluz: Quiste Periodóntico Apical de aspecto tumoral. Reporte de un caso. Acta Odontológica de Venezuela. 1997 (2).
2. Moncada, Ricardo; Salazar, Rosa; Bernardoni, Cecilia; Morales, carmen; Bogarín, Jorge; Salazar, Juan; Buitrago, Sibel. Lesiones quísticas bucales diagnosticadas en pacientes atendidos en el hospital universitario de Maracaibo. Estado Zulia. Venezuela. Acta Odontológica de Venezuela. 2004.
3. Regezi, Joseph; Sciubba, James. Patología Bucal. McGrazw-Hill Interamericana. México, 3º ed. 2001 (cap 10): 293-319.
4. Shafer, William; Tiine, Maynard; Levy, Barnet. Tratado de patología Bucal. Edit. Panamericana. México, 1º ed. 1977 (cap 4): 238-311.
5. Alvarado, Alessandra. Patología endodóntica pero-radicular y su diagnóstico. Buscado en: [www.carlosboveda.com](http://www.carlosboveda.com). 2002.
6. Saap, J; Eversole, L.; Wysocki, G.; Patología oral y maxilofacial contemporánea. Ed Elsevier. España, 2003 (cap 2): 38-61.
7. Gorlin, R; Goldman, H; Thomas, M (1970): Oral Pathology. Sexta Edición. The C. U. Mosby C. O. St. Louis.
8. Magnusson, B (1978): Odontogenic Kerayocyst: A clinical and histopathology study with especial reference to enzyme histochemistry. J. Oral Pathology. 7. 8.
9. Pindborg, J (1968): Atlas of disease of oral mucosa. Third edition. W. B. Sauders Company. Copenhagen. Pp 58.
10. Amaíz, Alejandro. Hidróxido de calcio y su aplicación en la terapéutica endodóntica. Buscado en: [www.odontologia-online.com](http://www.odontologia-online.com).
11. Avendaño, Andreina. Tratamiento conservador de los quistes periodóntico apicales. Buscado en: [www.carlosboveda.com](http://www.carlosboveda.com). 2002.
12. Caviades, Javier; Muñoz, Hugo y Meneses, José. Manejo de estructuras anatómicas durante la cirugía endodóntica. Buscado en: [www.pontificiauniversidadjaveriana.com](http://www.pontificiauniversidadjaveriana.com). 2006.