



Quiste Radicular Lateral. Reporte de un Caso

Milagros Urdaneta^{1}, César Molina², María Eugenia Rojas³ y Omar Urdaneta⁴*

¹*División de Estudios para Graduados. Facultad de Odontología*

²*Cátedra de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología*

³*Cátedra de Endodoncia. Facultad de Odontología*

⁴*Instituto de Investigaciones. Facultad de Odontología.*

*E-mail: miliur69@hotmail.com, cesaromolina@yahoo.com,
maru7925@hotmail.com, maicito74@hotmail.com*

Resumen

Objetivo: Reportar un caso, donde se enfatiza la importancia del diagnóstico y tratamiento temprano del QRL a través de su estudio clínico, radiográfico y microscópico, en la prevención de su desarrollo y la consecuente pérdida del tejido óseo. **Presentación del caso:** Este reporte describe un QRL ubicado entre el incisivo lateral y canino del maxilar superior derecho de un paciente del sexo masculino de 28 años de edad, la cual se le realizó radiografía panorámica y periapical, por presentar una fístula recurrente posterior a un traumatismo ocurrido a la edad de 12 años. Radiográficamente se detectó una imagen radiolúcida ubicada lateralmente entre el incisivo lateral y el canino del maxilar superior derecho. Los dientes afectados fueron tratados endodónticamente. La lesión fue eliminada quirúrgicamente en su totalidad sin la posterior aplicación de material reparador óseo. **Conclusión:** El tratamiento endodóntico de los dientes comprometidos y la extirpación de la lesión en un solo tiempo quirúrgico, constituye un abordaje satisfactorio de este tipo de patología.

Palabras clave: Quiste radicular, quiste odontogénico, quiste inflamatorio benigno.

* Autor para correspondencia: Postgrado de Odontología. Universidad del Zulia. Edificio Ciencia y Salud. Calle 65 con Avenida 19. Apartado 526. Maracaibo, Estado Zulia. Venezuela. Teléfono. 0261- 7597350.

Lateral Radicular Cyst. A Case Report

Abstract

Objetivo: To report a case, to confirm the therapeutic and early diagnostic importance of the Lateral Radicular Cyst, through a microscopic, radiographic and clinical study in order to prevent its development and bone tissue loss. **Case report:** This report describes a LRC, between right upper lateral incisor and cuspid in a 28 years old male, who presented a recurrent sinus tract for about six months, after a traumatic event occurred when the patient was 12 years old. Radiographically a radiolucency along the lateral radicular aspect of the mentioned teeth was detected. The teeth affected were endodontically treated. An enucleation of the lesion was done without the application of material bone generator. **Conclusions:** The endodontic treatment and the removal of the lesion constitutes a satisfactory approach in this type of pathology.

Key words: Radicular cyst, odontogenic cyst, inflammatory benign cyst.

Introducción

El quiste radicular lateral (QRL) es una secuela común del granuloma periapical preexistente, causando una reacción inflamatoria que puede estimular el epitelio localizado en el área periapical para formar un quiste verdadero. Puede originarse como resultado de una infección bacteriana capaz de causar necrosis de la pulpa dental, invadiendo el área lateral radicular a través de un canal accesorio¹⁻³.

Este trastorno representa aproximadamente el 29,5% de todas las lesiones pulpoperiapicales. El QRL ha sido clasificado como un quiste inflamatorio porque se considera que el crecimiento del componente epitelial está desencadenado por productos inflamatorios y se clasifica como un quiste odontogénico porque se origina en los restos de Malassez de las células del ligamento periodontal²⁻³.

La presión que el quiste en crecimiento ejerce sobre el hueso alveolar induce acción osteoclástica y reabsorción ósea en la periferia. Los quistes no tratados pueden crecer lenta-

mente provocando la expansión de las láminas corticales y pueden o no ser dolorosos. Su aspecto radiográfico es idéntico al del granuloma periapical, observándose como una imagen radiolúcida bien definida o no, pero puede ser de mayor tamaño por su larga evolución³.

Microscópicamente se describe con una luz rodeada por un revestimiento epitelial apoyado en una pared de tejido conjuntivo, cuyo espesor puede variar de una región a otra y de un quiste a otro. Sus regiones internas pueden estar compuestas por tejido de granulación en el que se pueden observar focos de células inflamatorias crónicas y cuerpos de Russell. Su lumen posee un contenido que puede ser líquido o semisólido. A medida que aumenta el volumen de los nidos epiteliales en proliferación, las células centrales comienzan a degenerarse por la isquemia y por la compresión de los capilares del tejido que rodea el quiste en desarrollo⁴⁻⁷.

El QRL se trata con endodoncia del diente afectado y enucleación quirúrgica con o sin aplicación de material reparador óseo^{2,3}. La eli-

minación incompleta del revestimiento del quiste puede originar la formación de un quiste residual³ o, en casos raros, una patología de tipo más agresivo tal como un carcinoma^{3,6,8,9}.

El propósito de este trabajo es reportar un caso donde se enfatiza la importancia del diagnóstico y tratamiento temprano del QRL a través de su estudio clínico, radiográfico y microscópico, en la prevención de su desarrollo y la consecuente pérdida del tejido óseo.

Presentación del caso

Se reporta el caso de un paciente del sexo masculino de 28 años de edad, quien acude a la consulta en la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia, por presentar una fístula recurrente ubicada a nivel del incisivo lateral y canino del maxilar superior derecho, posterior a un traumatismo ocurrido a la edad de 12 años, sin recibir tratamiento odontológico. Los antecedentes familiares y médicos no fueron relevantes. El paciente no se encontraba bajo ningún tipo de tratamiento con medicamentos; al examen físico no se detectó ninguna condición patológica. Se le realizó radiografía panorámica y periapical, observándose una imagen radiolúcida bien delimitada, ovalada y ubicada lateralmente entre el incisivo lateral y el canino de la hemiarcada superior derecha, asimismo se evidenció divergencia radicular de estas piezas dentales (Figuras 1 y 2).

Por la historia de trauma se estableció diagnóstico diferencial con el granuloma dental y el quiste radicular lateral, sin descartar totalmente una lesión del desarrollo.

Realizadas las pruebas de vitalidad pulpar a nivel de los dientes 11, 12 y 13 se decidió tratarlos endodónticamente (Figura 3). La lesión con límites bien definidos y tejido fibroso fue eliminada quirúrgicamente en un sólo tiempo, bajo anestesia local, sin la posterior aplicación de material reparador óseo (Figura



Figura 1. Radiografía panorámica. Imagen radiolúcida en hemiarcada superior derecha.



Figura 2. Imagen radiográfica periapical causando divergencia del incisivo lateral y el canino.



Figura 3. Radiografías periapicales mostrando el tratamiento endodóntico efectuado a nivel de incisivo central, lateral y el canino.

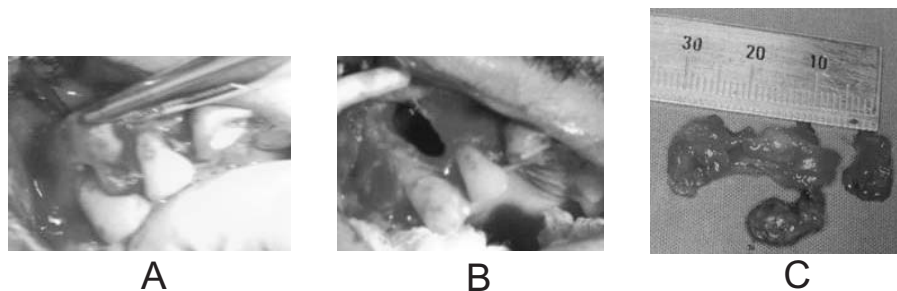


Figura 4. A y B: Eliminación quirúrgica de la lesión de la zona afectada. C: Estudio macroscópico. Fragmentos de tejido blando de apariencia quística.

ra 4). El tejido fue estudiado macroscópicamente, siendo descrito como múltiples fragmentos quísticos abiertos y vacíos, de tejido blando, pardo claro, midiendo en conjunto 4x1.5x1 cm.

Microscópicamente se observó una cavidad quística revestida por epitelio escamoso estratificado, el resto de la pared constituida por tejido conectivo fibroso con un severo infiltrado inflamatorio mononuclear, además de vasos sanguíneos de pequeño calibre, cuerpos de Russell y abundantes colonias bacterianas (Figura 5). Se diagnosticó la lesión como un quiste radicular lateral. La evolución del paciente fue favorable y hubo correcta cicatrización. El control a los nueve meses evidenció formación de tejido óseo en el área tratada. (Figura 6).

Discusión

La mayoría de los casos de quistes radiculares laterales son asintomáticos y no hay evidencia clínica de su presencia. No es frecuente que este tipo de quiste sea de un tamaño tal que destruya gran cantidad de tejido óseo¹⁻². La literatura menciona que el quiste radicular y el granuloma no pueden diferenciarse exclusivamente mediante radiografía, sin embargo cuando la radiotransparencia tiene un diámetro de 1,6 cm o superior, o una extensión de 200 mm², probablemente corresponda a un quiste³.

En este reporte, el antecedente de trauma, la presencia de fístula a nivel del incisivo lateral y canino de la hemiarcada superior derecha y el tamaño de la lesión observada radiográficamente, sugirió el diagnóstico inicial de quiste radicular lateral, que luego fue confirmado por el estudio histopatológico.

Es frecuente observar resultados positivos luego de la eliminación quirúrgica del quiste, seguida de la aplicación de un material reparador óseo^{1, 2}. En este caso, la formación de tejido óseo, a los nueve meses, en el área tratada confirma que un adecuado tratamiento endodóntico de los dientes comprometidos, seguido de la extirpación de la lesión en un sólo tiempo quirúrgico, sin la posterior aplicación del material reparador óseo, constituye también un abordaje satisfactorio en este tipo de patología.

Se recomienda obtener radiografías periapicales postquirúrgicas secuenciales para asegurar que el defecto óseo está en regresión, independientemente del método empleado. Se estima que el tiempo de cicatrización promedio para los quistes de diámetro superior a 10 mm es aproximadamente dos años y medio^{3, 8}. Además, se considera la importancia de un adecuado diagnóstico y tratamiento del QRL para prevenir su desarrollo y recidiva.

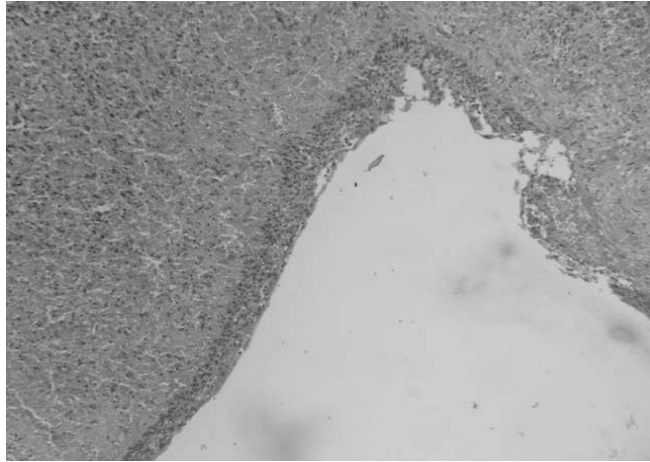


Figura 5. Microfotografía donde se observa cavidad quística revestida de epitelio escamoso estratificado.



Figura 6. La evaluación a los nueve meses evidenció formación de tejido óseo en el área tratada.

Referencias

1. Marzola C. Lateral radicular cyst; clinical, roentgenic and pathological aspects and surgical therapy. *Revista Gaucha Odontológica* 1971; 19 (3): 189-90.
2. Murmura G, Traini T, Di Iorio D, Vargara G, Orsini G, Caputi S. Residual and inflammatory radicular cysts. Clinical and pathological aspects of 2 cases. *Minerva Stomatologica* 2004; 53(11-12): 693-701.
3. Wood N, Goaz P. Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. 5^{ta} ed. Madrid España. Harcourt Brace; 1998. p. 256-259.
4. Hrvacanin S. Bacteriologic study of the contents of radicular cysts. *Medicinski preglad* 2002; 55(1-2): 41-3.
5. Ricucci D, Pascon EA, Ford TR, Langeland K. Epithelium and bacteria in periapical lesions. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics* 2006; 101(2):239-49.

6. Gordeeff M, Clergeau-Guerithault S, Gordeeff A. Histopathology of odontogenic cysts. *Journal de biologie buccale* 1989; 17(3):131-46.
7. Colié S, Jurisié M, Jurisié V. Pathophysiological mechanism of the developing maxilofacial radicular cyst. *Acta Chirurgica Iugoslavica* 2008; 55(1):87-92.
8. Silva T, Batista A, Camarini E, Lara V, Consolaro A. Paradental cyst mimicking a radicular cyst on the adjacent tooth: case report and review of terminology. *Journal of endodontics* 2003;29(1):73-6.
9. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquet J. *Oral and maxilofacial pathology*. Third edition. Saunders. Philadelphia 2008.