

¹ Cirujano Dentista, Especialista en Imagenología Oral y Maxilofacial, Universidad Andrés Bello, Concepción Chile.
² Cirujano Dentista, Especialista en Imagenología Oral y Maxilofacial, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
³ Estudiante postgrado en Imagenología Oral y Maxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello, Concepción, Chile.
⁴ Cirujano Dentista, Magister y Especialista en Patología Oral, Universidad de Talca, Talca, Chile.

INTRODUCCIÓN

Un quiste odontogénico es una cavidad revestida de epitelio, el cual contiene en su luz material líquido, semisólido, sólido o una combinación de ellos (1), que surge de los restos epiteliales de la formación del diente (2).

Hasta el año 2022, según la OMS, podían clasificarse como inflamatorios o del desarrollo (3). A partir de 2022, ya no se hace dicha diferencia, y ambas categorías entran dentro del apartado de “quistes odontogénicos”(4).

Los quistes radiculares derivan de los restos epiteliales de Malassez, que se estimulan por un proceso inflamatorio (5). Los quistes periodontales laterales se cree que surgen de restos de la lámina dental (6). Ambas lesiones se manifiestan radiolúcidas, uniloculares y bien definidas (3, 7), pero el quiste radicular se asocia a un diente no vital (3).

REPORTE DE CASO

Paciente género femenino de 53 años de edad, acude a evaluación el 08 de junio de 2021 con motivo de consulta: “vengo porque se me quebró un pedacito de muela”. Con antecedentes médicos; personales de hipertensión, resistencia a la insulina y alérgica al Ibuprofeno; familiares, madre con diabetes mellitus tipo II y hermana con cáncer de tiroides.

Al examen clínico intraoral se observa fractura de incrustación de cerámico diente 2.5, además de leve dolor a la percusión, se toma radiografía y se deriva a endodoncia para retratamiento, comenzando con este el día 17 de Junio 2021.

El 21 de julio de 2021 estaba planificado efectuar obturación radicular, sin embargo, la paciente relata fuerte dolor en encía palatina en relación a diente 2.7, por lo cual se procede a realizar examen clínico, donde se determina profundidad aumentada al sondaje palatino (11mm) (Figura 1.A), sin presencia de exudado purulento a través del surco gingival. Además, se observa

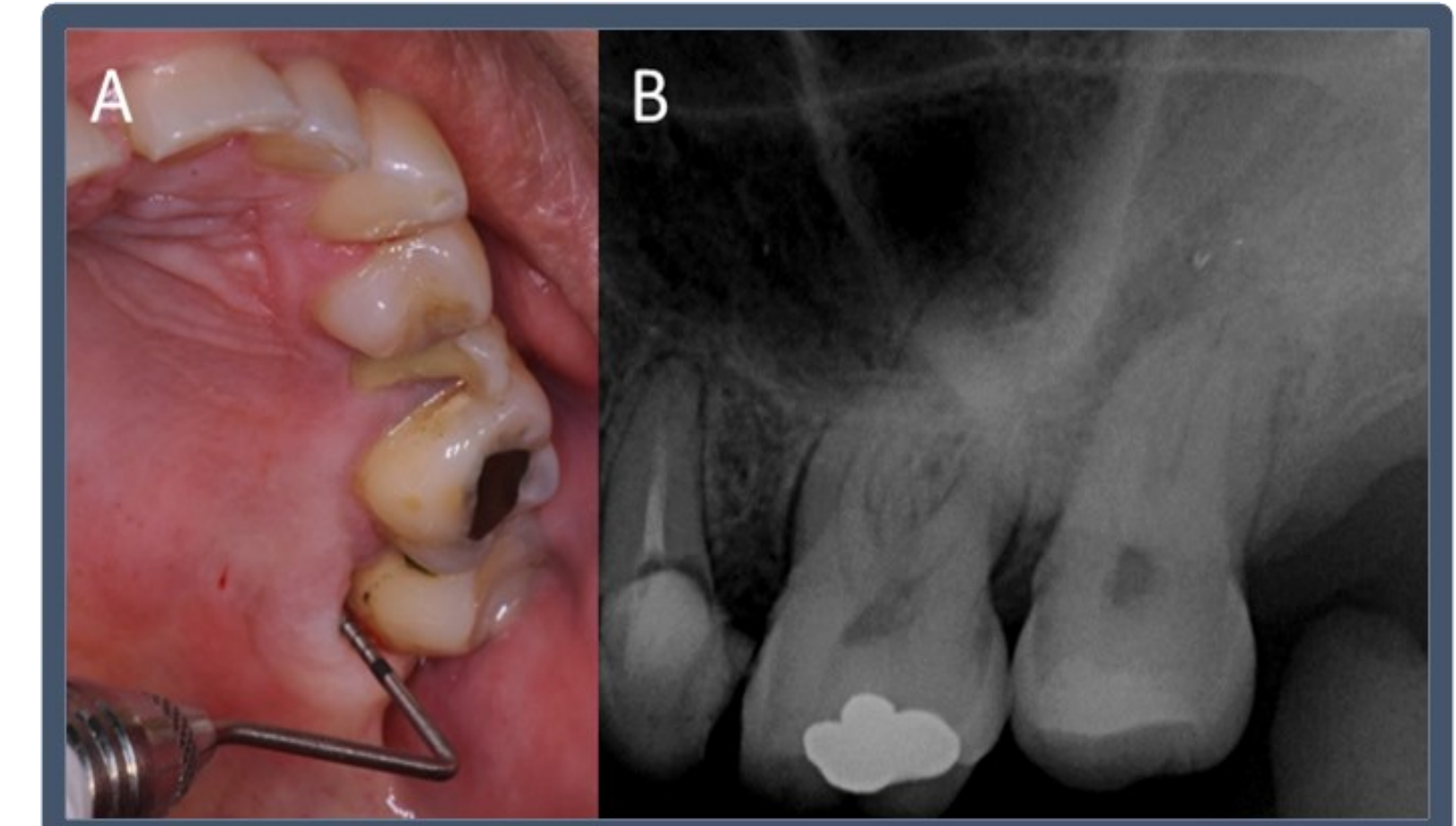


Figura 1

desprendimiento de la mucosa en relación a la raíz palatina y movilidad grado 3. Se toma radiografía retroalveolar (Figura 1.B), donde se observa área radiolúcida periapical y se solicita tomografía computarizada de haz cónico (cone beam).

El 04 de agosto de 2021 la paciente se realiza tomografía, la cual muestra zona osteolítica hipodensa de límites irregulares y aspecto infiltrativo asociada a raíz palatina de diente 2.7, la cual presenta rizálisis de todo su tercio apical (Figura 2.A, D y F). La lesión se extiende desde tuberosidad hasta zona interradicular de diente 2.6 (Figura 2.B y C), con pérdida de tabla palatina (Figura 2.A y C). Además, se observa a nivel de raíz mesio vestibular, solución de continuidad de cortical de piso sinusal, sin haberla desplazado previamente, con engrosamiento mucoso asociado (Figura 2.E).

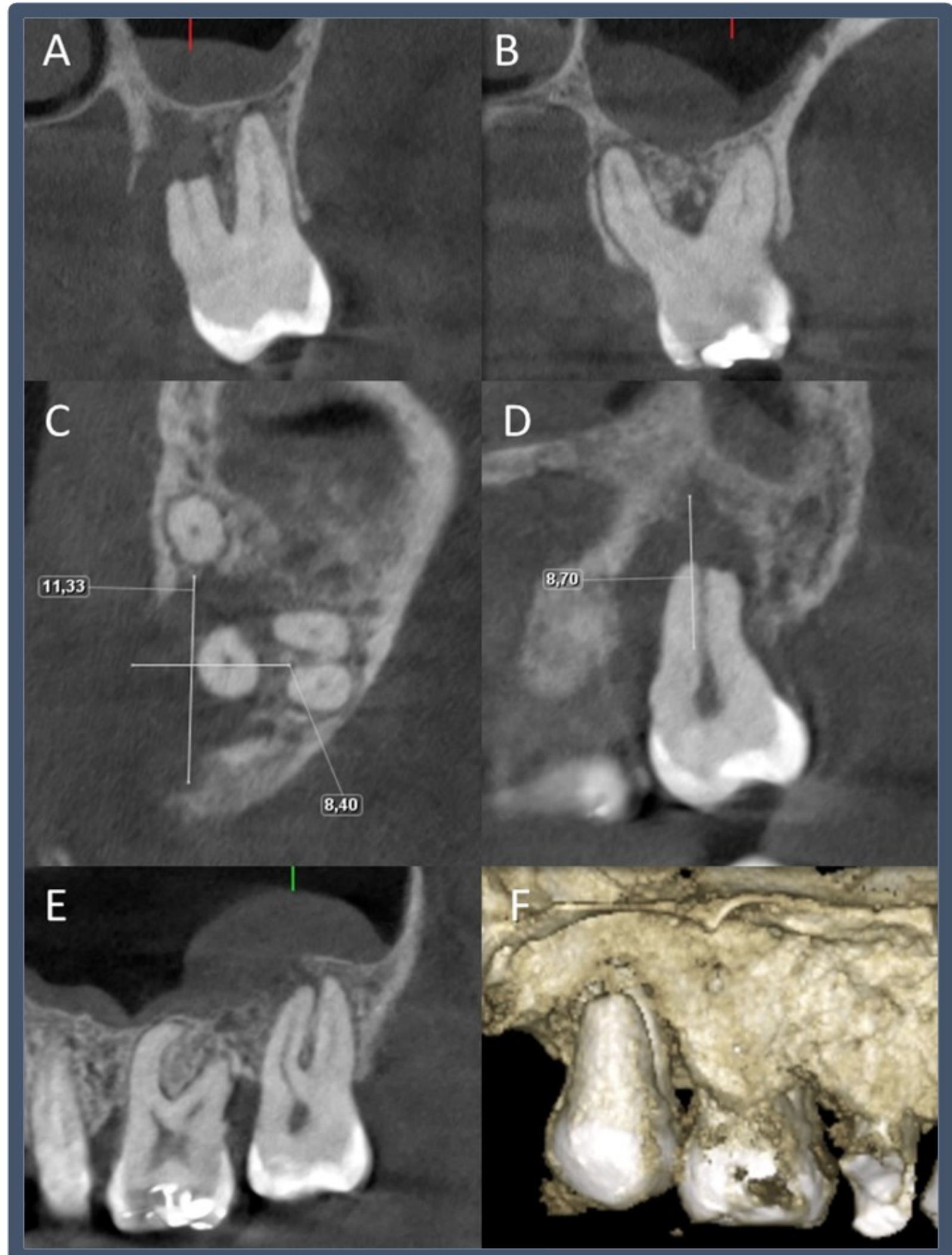


Figura 2

El día 17 de agosto de 2021 se realiza test de sensibilidad pulpar a dientes 2.6 y 2.7, ambos con respuesta positiva.

El 03 de septiembre de 2021, patólogo y cirujano maxilofacial realizan examen clínico conjunto y deciden exodoncia de diente 2.7, llevándose a cabo el procedimiento de manera inmediata (Figura 3). El tejido blando se envía para estudio histopatológico.



Figura 3

El informe de la biopsia con fecha 03 de octubre de 2021 arrojó como diagnóstico microscópico: “sugere de quiste radicular inflamatorio”, observándose proyecciones epiteliales hacia el conjuntivo e infiltrado inflamatorio rico en plasmocitos y neutrófilos (Figura 4.A).

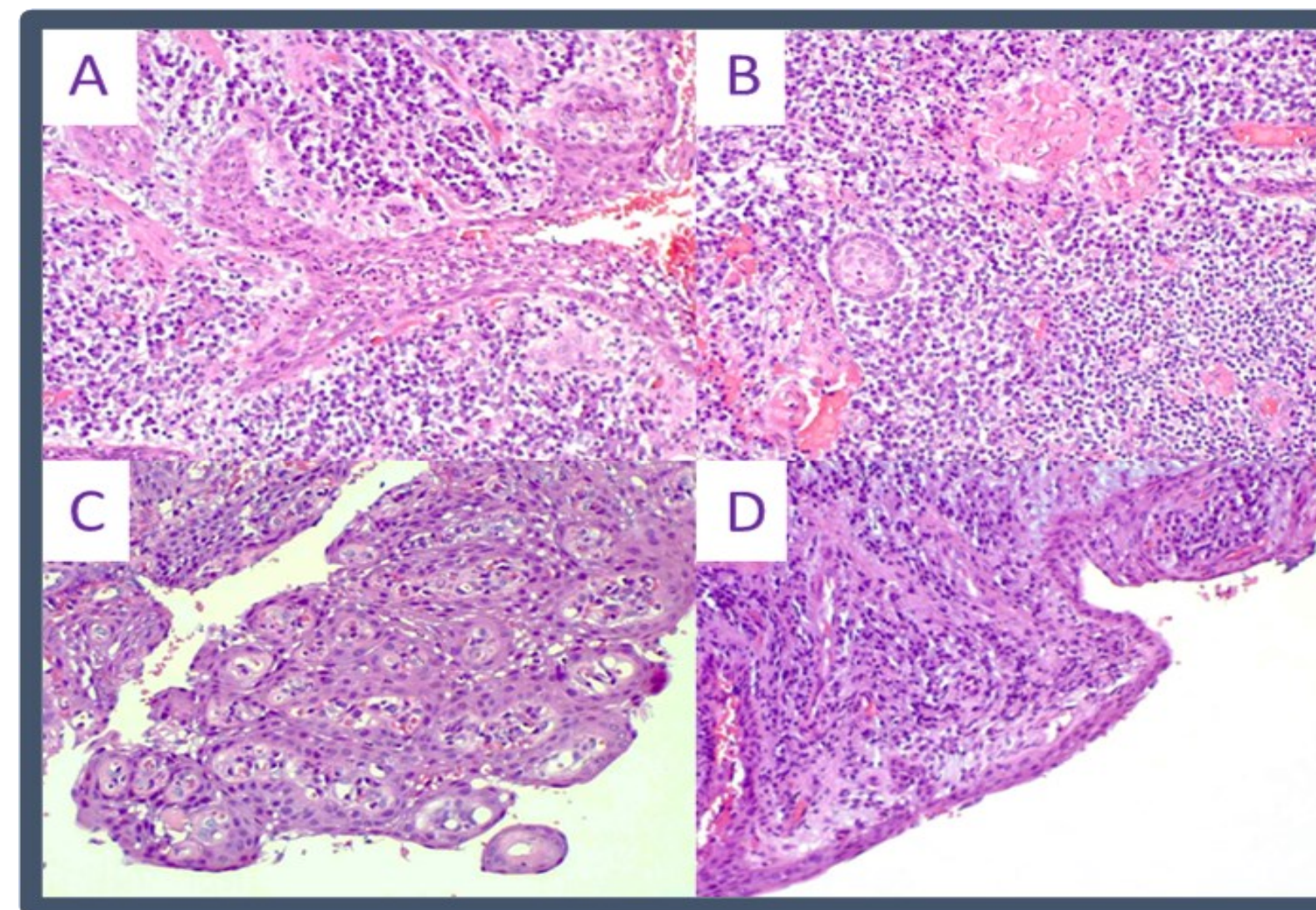


Figura 4

El 12 de octubre de 2021 la paciente se efectúa cone beam con el fin de evaluar evolución post cirugía. El examen muestra en zona de diente 2.7 alveolo vacío en remodelación con franca disminución de engrosamiento mucoso asociado en seno maxilar izquierdo (Figura 5.A y B). En cuanto a diente 2.6 se observan



Figura 5

espacios periodontales periapicales ensanchados (Figura 5.C, D y E), por lo cual se deriva a evaluación por especialista en endodoncia, quien realiza test de sensibilidad pulpar, con resultado negativo, dando comienzo al tratamiento de endodoncia el 20 de noviembre de 2021.

En el intertanto, el día 26 de noviembre de 2021, se consulta impresión diagnóstica a un segundo patólogo, debido a que el diagnóstico histopatológico no se condice con la clínica (diente 2.7 vital), quien concluye que la lesión corresponde a un quiste periodontal lateral inflamado, observándose, resto de Serres (Figura 4.B), epitelio con apariencia en espiral “whorling”(Figura 4.C) y revestimiento delgado de epitelio (Figura 4.D).

DISCUSIÓN

La paciente exhibe lesión osteolítica hipodensa de límites irregulares y aspecto infiltrativo asociada a raíz palatina de diente 2.7. En cuanto a características clínicas relevantes tanto los dientes 2.6 y 2.7 tuvieron una respuesta positiva al test de sensibilidad pulpar.

Teniendo en cuenta los hallazgos imagenológicos de la lesión, se barajaron dos grandes grupos de diagnósticos presuntivos, una posible neoplasia maligna como por ejemplo un carcinoma intraóseo primario o una metástasis de un cáncer de tiroides, y un segundo grupo que comprende patologías de carácter inflamatorio agresivas. Con el diagnóstico histopatológico se determinó que correspondía a una patología inflamatoria, sin embargo, aunque el análisis histológico generalmente suele ser

Q radicular vs Q periodontal lateral

Q radicular	Q periodontal lateral
<input checked="" type="checkbox"/> RL unilocular	<input checked="" type="checkbox"/> RL unilocular
<input checked="" type="checkbox"/> Bien demarcada	<input checked="" type="checkbox"/> Bien delimitada, a menudo corticalizada.
<input checked="" type="checkbox"/> Redonda u ovalada	<input checked="" type="checkbox"/> Redonda, ovoide, lágrima o pera invertida
<input checked="" type="checkbox"/> Casi siempre asociada al ápice	<input checked="" type="checkbox"/> Adyacente a la superficie lateral de la raíz.
<input checked="" type="checkbox"/> 1-2 cm de diámetro	<input checked="" type="checkbox"/> ≤ 1 cm
<input checked="" type="checkbox"/> Común → reabsorción radicular	<input checked="" type="checkbox"/> Común → divergencia de raíces
<input checked="" type="checkbox"/> Diente no vital	<input checked="" type="checkbox"/> Diente vital
<input checked="" type="checkbox"/> 4° y 5° décadas	<input checked="" type="checkbox"/> 6° y 7° décadas
<input checked="" type="checkbox"/> Más frecuente → maxilar	<input checked="" type="checkbox"/> Más frecuente → mandíbula (PM)

Figura 6

decidor (8), existen características microscópicas de dos patologías; de quiste radicular y de quiste periodontal lateral.

Histológicamente la lesión posee proyecciones epiteliales hacia el tejido conjuntivo con presencia de neutrófilos (9) características de un quiste odontogénico de origen inflamatorio, sin embargo, en otras zonas posee un revestimiento delgado de epitelio con apariencia en espiral (3), además de la presencia de un resto de Serres (10) características de un quiste periodontal lateral.

La mayor fortaleza de este reporte de caso, es que se caracterizaron de forma bastante completa todas las actividades clínicas relacionadas a través de la colaboración de un equipo diverso de especialistas que trataron a la paciente, manteniendo una comunicación fluida en todo momento. La principal limitación es que no se conoce el tiempo de evolución de la lesión, lo que hubiese sido un dato trascendental para orientar el diagnóstico.

CONCLUSIÓN

Es relevante la comprensión e interpretación cuidadosa de las patologías en cuanto a integrar tanto su presentación clínica e imagenológica como su análisis microscópico para alcanzar así el diagnóstico más certero posible. En este caso se trabajó con un equipo misceláneo de especialistas, siendo de vital importancia la comunicación fluida entre los profesionales para asegurar en primera instancia un buen diagnóstico y llevar a cabo el tratamiento adecuado que el paciente requiere. La complejidad fue principalmente establecer un diagnóstico definitivo, ya que la clínica, imagenología y el análisis microscópico no fueron decisivos. Es en estos casos de presentaciones atípicas, cuando las patologías no pueden ser encasilladas, donde es aún más importante el trabajo conjunto de los diversos profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

