

## ASPECTOS CLÍNICOS

# Quiste radicular en canino superior con presentación atípica de expansión palatina

**El quiste radicular, uno de los quistes odontogénicos más frecuentes, tiene su origen en una inflamación del foramen apical de la raíz de un diente no vital.**

El quiste radicular surge a partir de un foco inflamatorio procedente del foramen apical de la raíz o raíces de un diente no vital, cuya pulpa sufre necrosis debido, por lo general, a procesos traumáticos, cariogénicos u otros procesos irritativos. Esta necrosis produce un granuloma apical como lesión defensiva que, de permanecer sin tratamiento, prolifera y degenera a quiste por afectación de los restos epiteliales de Malassez<sup>1</sup>.

Se trata de un quiste epitelial odontogénico de origen inflamatorio, que representa la lesión quística osteolítica más frecuente de la cavidad bucal y del macizo maxilofacial. En su evolución, el quiste crece lentamente y llega a alcanzar grandes dimensiones<sup>2-3</sup>.

En el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta accidentes anatómicos como fosas nasales, agujero palatino anterior, seno maxilar, fosa submaxilar o laguna de Stafne y agujero mentoniano. Asimismo, se deben considerar las lesiones radiolúcidas interradiculares como quiste residual, radicular lateral, lateral periodontal, primordial, odontogénico calcificante, paradental, fibroma osificante-

cementificante y quiste nasopalatino. A ello hay que añadir las lesiones radiolúcidas secundarias a pulpitis como absceso alveolar, quiste dentígero, periodontitis periapical crónica, cicatriz quirúrgica, quistes fisurales, enfermedad periodontal, osteomielitis, quiste óseo traumático, quistes fisurales, queratoquiste odontogénico y tumores malignos.

Las formas topográficas de los quistes radiculares dependerán del diente afectado. En el maxilar superior los quistes de incisivos

centrales evolucionan hacia vestibular o hacia la fosa nasal.

Los de los incisivos laterales hacia la bóveda palatina y también hacia el vestíbulo y fosas nasales.

Los de caninos hacia vestibular y se exteriorizan rápidamente en la fosa canina, pueden invadir las fosas nasales y relacionarse con el seno maxilar.

En el primer premolar se expansionan hacia vestibular y se relacionan con el seno en quistes

**POR JOSÉ FRANCISCO LENDÍNEZ VEGA,  
CRISTINA BARONA DORADO,  
FERNANDO FERNÁNDEZ CÁLIZ,  
LUIS JESÚS RUBIO ALONSO,  
JOSÉ M.ª MARTÍNEZ-GONZÁLEZ**

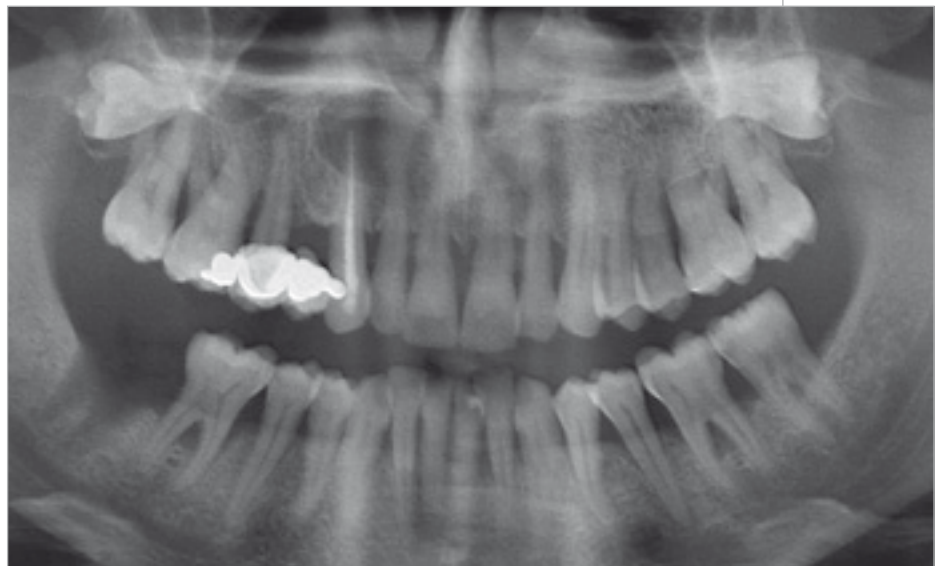


Figura 1. Lesión radiotransparente en maxilar superior derecho.

**En el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta accidentes anatómicos, lesiones radiolúcidas interradiculares y lesiones radiolúcidas secundarias a pulpitis**

procedentes de la raíz vestibular. En la palatina, crece hacia esta región, el seno o las fosas nasales.

El del segundo premolar se dirige hacia el vestíbulo o el seno maxilar.

Los quistes del primero y segundo molar evolucionan hacia vestibular cuando proceden de las raíces vestibulares, aunque también lo puede hacer hacia el seno; si su origen está en las raíces palatinas, crece hacia el seno, paladar y raramente, fosas nasales.

El tercer molar no suele provocar quiste radicular. Cuando lo

hace, progresa hacia vestibular o hacia el seno y la tuberosidad, llegando incluso a invadir la fosa pterigomaxilar<sup>2</sup>.

### Caso clínico

Paciente de 54 años de edad, varón, sin enfermedades ni alergias conocidas, fumador, que acudió al servicio de cirugía bucofacial del Hospital de Madrid por la presencia de una lesión radiotransparente sobre el canino superior derecho que fue endodonciado previamente a la consulta.

No manifestaba sintomatología alguna. En la exploración clínica intraoral apreciamos la zona palatina derecha edematosa, eritematosa y con ausencia de dolor. La vitalidad pulpar estaba conservada en 11, 12, 15 y 16, y el paciente refirió no presentar sintomatología antes del tratamiento endodóntico.

En la exploración radiográfica mediante ortopantomografía (Fig. 1), observamos una imagen radiotransparente de 3 x 2,5 mm que se expande de 11 a mesial del 16, unilocular, con halo esclerótico, homogénea y bien definida. Se solicitó tomografía computarizada (Fig. 2), para confirmar



Figura 3. Visión intraoperatoria de la lesión, en la que se dislumbra la relación con la arteria palatina anterior.

localización y tamaño de la lesión. Visualizamos relación con el conducto nasopalatino derecho con fenestración de la cortical palatina.

Se estableció como diagnóstico diferencial quiste nasopalatino, quiste residual de 14, quiste alveolar medio y quiste radicular del 13 (con evolución palatina). Planificamos el tratamiento quirúrgico mediante abordaje palatino e inserción de biomaterial.

Se realizó una infiltración del nervio nasopalatino, palatino anterior y de los nervios alveolares superior anterior y medio, con articaína al 4% y epinefrina 1:100.000. En primer lugar, se realizó la extracción del segundo premolar superior derecho por su estado periodontal, de cara a la rehabilitación protética de la zona. Se practicó una incisión festoneada por palatino de mesial del 22 a mesial del 16, suturando el colgajo a molares contra laterales. Se observó la existencia de tejido encapsulado, delimitado, adherido, de color parduzco y en contacto

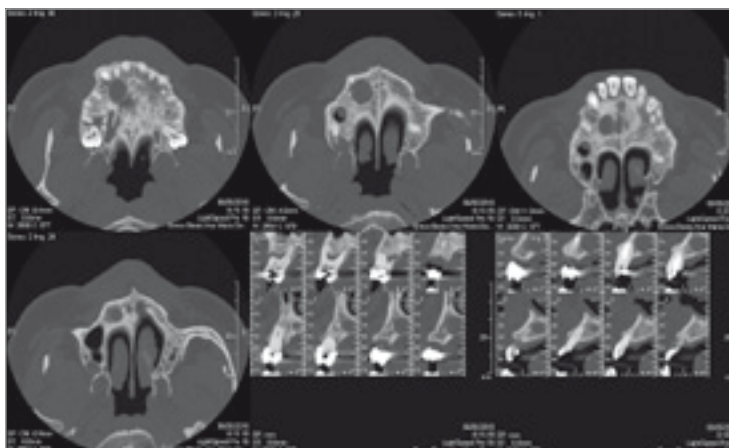


Figura 2. Cortes tomográficos de la cavidad patógena cuya extensión abarca desde 11 a 16.

con la arteria palatina anterior, cuya hemorragia fue controlada mediante una ligadura (Fig. 3).

Para su exéresis se drenó su contenido interior, manteniendo intacta la membrana externa, evitando una ostectomía mayor (Fig. 4), se legó la cavidad patógena (Fig. 5) y se aplicaron gasas empapadas con peróxido de hidrógeno al 3% en la cavidad patológica, que fue injertada con 4 gramos de biomaterial osteoconductor (Fig. 6). Se conservó la muestra en formol al 10% para su estudio anatomopatológico. La sutura empleada fue de seda trenzada 3-0.

## Los caninos superiores se exteriorizan rápidamente en la fosa canina; su expansión a palatino resultaría bastante infrecuente

Tras el tratamiento quirúrgico se colocó una placa palatina, previamente confeccionada, disminuyendo el sangrado y la inflamación postoperatoria.

El estudio anatomopatológico describió un conectivo denso con restos laminares óseos, focos de hemorragia intersticial e infiltración de células linfoides y plas-

mocitarias, apreciando en puntos aislados restos de un revestimiento pavimentoso maduro no queratinizante, estableciendo como diagnóstico definitivo un quiste inflamatorio radicular (Fig. 7).

Como tratamiento postoperatorio se prescribieron 750 mg de amoxicilina vía oral cada ocho horas durante siete días, 575 mg de metamizol magnésico vía oral cada ocho horas durante cuatro días y 100 mg de diclofenaco vía oral cada 24 horas durante cuatro días.

Los controles postoperatorios mostraron ausencia de sintomatología clínica y radiológica a los seis meses (Figs. 8-10).

### Discusión

El quiste radicular es el más frecuente de los quistes odontogénicos y representa más de la mitad del total de los quistes orales<sup>2-3</sup>,



Figura 4. Aspecto de la lesión tras su drenaje y exéresis.



Figura 5. Cavidad residual tras exéresis y legrado de la lesión patógena.



Figura 6. Tras el abordaje quirúrgico de la lesión se rellenó la cavidad con 4 g de biomaterial osteoconductor.



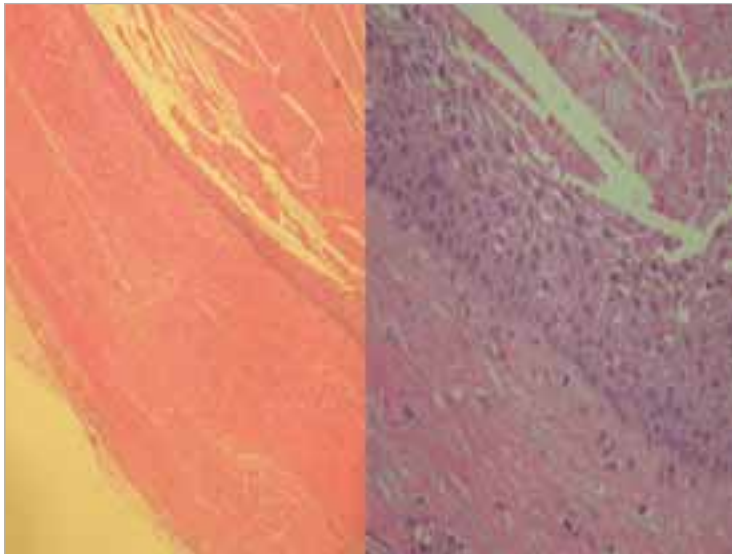


Figura 7. Cortes histológicos que confirman el diagnóstico de quiste radicular.

llegando a alcanzar en algunos estudios una prevalencia del 53,5%<sup>4</sup>, 52%<sup>5</sup>, 56,9%<sup>6</sup> y 84,5%, seguido del dentígero con un 11,4%, pseudoquiste con un 2,1%, queratoquiste con un 1,3%, y quiste fisural con un 0,7% según Tortorici y cols<sup>7</sup>.

Del 75 al 90% se producen en el maxilar superior, más frecuentemente en incisivos laterales, centrales, caninos y premolares

permanentes superiores. Los procesos quísticos derivados de los caninos superiores evolucionan hacia vestibular y se exteriorizan rápidamente en la fosa canina, entre el músculo elevador del la-

bio superior y el músculo canino, pueden invadir las fosas nasales y relacionarse con el seno maxilar; su expansión a palatino resultaría bastante infrecuente<sup>2-8</sup>.

En este caso, la expansión quística originada en el canino superior derecho se produce hacia palatino, y presenta una forma topográfica atípica, recalcando la importancia del uso de pruebas radiológicas como la tomografía computarizada (TC), que en este proceso nos permitió conocer la extensión del quiste, evolución, reabsorción ósea, relación con estructuras anatómicas adyacentes, establecer un diagnóstico provisional a la espera de confirmación anatomopatológica, información fundamental para una óptima planificación de su abordaje quirúrgico, tratamiento, rehabilitación y pronóstico<sup>9</sup>. La TC además muestra diferencias

### Un diagnóstico preciso de las lesiones periapicales solo puede ser determinado histológicamente



Figura 8. Ortopantomografía de control al mes del tratamiento.

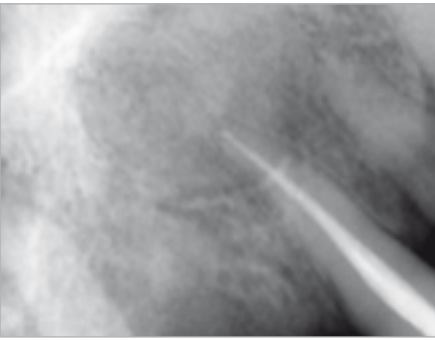


Figura 9. Radiografía periapical de control al mes del tratamiento.

## Dada la alta frecuencia del quiste radicular, se trata de una patología que odontólogos y cirujanos bucales deben tener muy presente

morfológicas entre los quistes odontogénicos causados por lesión y queratinización<sup>10</sup>.

La resonancia magnética resulta muy útil cuando existe una



Figura 10. Radiografía periapical de control a los seis meses del tratamiento.

afectación de tejidos blandos. Otras técnicas como la ecografía pueden ayudar a realizar un diagnóstico diferencial entre quiste y granuloma, revelando la naturaleza del contenido de las lesiones óseas<sup>11</sup>.

Sin embargo, un diagnóstico preciso de las lesiones periapicales solo puede ser determinado histológicamente, por lo que el diagnóstico será clínico y radiológico, pero siempre tendrá que ser confirmado por un estudio histológico.

Dada la alta frecuencia del quiste radicular anteriormente comentada, y su posible malignización según estudios como los de Gardner<sup>12</sup> o Scheneider<sup>13</sup>, se trata de una patología que odontólogos y cirujanos bucales deben tener muy presente. La mayoría de estos quistes cursan asintóticamente y a veces su trayecto expansivo no corresponde con la normalidad evolutiva en función del diente originario. De ahí que el objetivo de este artículo haya sido reflejar el diagnóstico y el tratamiento según pruebas radiológicas e histopatológicas sin omitir anamnesis, cambios de coloración, pruebas de vitalidad, percusión, etc. Todos los pasos a seguir para el tratamiento de esta lesión deben ir también encaminados a fines diagnósticos. ■

## REFERENCIAS

1. Rees JS. Conservative management of the large maxillary cyst. *Int Endod J* 1997; 30: 64-7.
2. Donado M. *Cirugía Bucal: patología y técnica*. Barcelona: Edit Masson 2005.
3. Bagan JV. *Medicina Oral*. Barcelona: Edit Masson 1995.
4. Meningaud JP, Oprean N, Pitak-Arnop P, Bertrand JC. Odontogenic cysts: a clinical study of 695 cases. *J Oral Sci* 2006 Jun; 48 (2): 59-62.
5. Sheard M. *Cyst of the oral regions*. Oxford 3<sup>rd</sup> ed, 1992; 75-98.
6. Kreidler JF, Raubenheimer EJ, van Heerden WF. A retrospective analysis of 367 cystic lesions of the jaw, the Ulm experience. *J Craniomaxillofac Surg* 1993 Dec; 21 (8): 339-41.
7. Tortorici S, Amodio E, Massenti MF, Buzanca ML, Burrano F, Vitale F. Prevalence and distribution of odontogenic cysts in Sicily: 1986-2005. *J Oral Sci* 2008 Mar; 50 (1): 15-8.
8. Peterson. *Oral and Maxillofacial Surgery*. Edit Mosby 1998.
9. Han MH, Chang KH, Lee CH, Na DG, Yeon KM, Han MC. Cystic expansile masses of the maxilla: differential diagnosis with CT and MR. *Am J Neuroradiol* 1995 Feb; 16 (2): 333-8.
10. Yoshiura K, Higuchi Y, Araki K, Shinohara M, Kawazu T, Yuasa K, Tabata O, Kanda S. Morphologic analysis of odontogenic cysts with computed tomography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997 Jun; 83 (6): 712-8.
11. Cotti E, Campisi G, Ambu R, Dettori C. Ultrasound real-time imaging in the differential diagnosis of periapical lesions. *Int Endod J* 2003 Aug; 36 (8): 556-63.
12. Gardner AF. A survey of odontogenic cysts and their relationship to squamous cell carcinoma. *Can Dent Assoc J* 1975; 41: 161-7.
13. Schneider LC. Incidence of epithelial atypia in radicular cysts: a preliminary investigation. *J Oral Surg* 1977; 35: 370-4.

**José Francisco Lendínez Vega** es residente del Máster de Cirugía e Implantología del Hospital Universitario de Madrid. Odontólogo asistente del Hospital de Madrid.

**Cristina Barona Dorado** es profesora asociada de Cirugía Bucal. UCM. Subdirectora del Máster de Cirugía e Implantología del Hospital Universitario de Madrid. Odontóloga asistente del Hospital de Madrid.

**Fernando Fernández Gáliz** es profesor del Máster de Cirugía e Implantología del Hospital Universitario de Madrid. Odontólogo asistente del Hospital de Madrid.

**Luis Jesús Rubio Alonso** es profesor del Máster de Cirugía e Implantología del Hospital Universitario de Madrid. Odontólogo asistente del Hospital de Madrid.

**José M<sup>o</sup> Martínez-González** es profesor titular de Cirugía Maxilofacial. UCM. Jefe de Servicio de Cirugía e Implantología Bucofacial del Hospital de Madrid.