

Quiste bucal mandibular infectado bilateral en segundos molares permanentes: Reporte de un caso

Bilateral mandibular infected buccal cyst in second permanent molars: A case report.

Quintanilla Sfeir M *, Amigo Vásquez S *, Quintanilla Sfeir F **, Hidalgo Rivas A *

RESUMEN

El quiste bucal mandibular infectado corresponde a una lesión poco frecuente, de etiología desconocida, que se presenta en niños de 6 a 13 años, generalmente de forma unilateral, durante el proceso de erupción de los primeros molares permanentes. Con menor frecuencia puede afectar a segundos molares permanentes. El diente asociado a la lesión se encuentra vital, presentando un patrón alterado de erupción. Puede presentarse sintomatología, sensibilidad, incremento en la profundidad del saco periodontal, aumento de volumen en fondo de vestibulo y supuración. Además, puede observarse un retraso en la erupción del molar involucrado, con inclinación de su corona hacia vestibular. Al examen imagenológico se observa una lesión radiolúcida sobre la corona del molar comprometido, rodeada por un halo radiopaco de concavidad superior sobreproyectado parcialmente sobre sus raíces. Este quiste no presenta características histológicas específicas, por lo que el diagnóstico de esta lesión debe realizarse en base a las características clínicas, imagenológicas e histopatológicas. Se presenta un particular caso clínico de quiste bucal mandibular infectado bilateral en segundos molares permanentes.

PALABRAS CLAVE: Quiste bucal mandibular infectado, quiste bucal de bifurcación, quiste paradental, quiste inflamatorio, quiste odontogénico.

SUMMARY

The mandibular infected buccal cyst is an infrequent lesion, of unknown etiology, presented usually in 6-13-year-old children. Generally, this cyst occurs unilaterally, in association with tooth eruption of first lower permanent molars. With a lower frequency, it can affect second lower permanent molars. The associated tooth is found to be vital, with an altered eruption pattern. This tooth may show some symptoms, such as sensitivity, clinical appearance of periodontal pocket, swelling of the buccal vestibule and suppuration. Moreover, a delayed eruption of the involved molar can be seen, with its crown buccally tilted. The imaging examination shows a radiolucent lesion over the crown and roots of the involved tooth, surrounded by a concave up radiopaque inferior margin. This cyst does not have any specific histological features; thus, its diagnosis should be performed based on its clinical, histological and imaging features. An unusual clinical case of a mandibular infected buccal cyst involving both second permanent mandibular molars is reported.

KEY WORDS: Mandibular infected buccal cyst, buccal bifurcation cyst, paradental cyst, inflammatory cyst, odontogenic cyst.

* Cirujano Dentista, Especialista en Radiología Máxilo Facial. Programa de Especialización en Imagenología Oral y Máxilo Facial, Universidad de Talca, Talca, Chile.

** Cirujano Dentista, Especialista en Implantología Oral y Oseointegración. Centro de Especialidades Médicas y Odontológicas Linares (CEMOL), Linares, Chile.

Fecha de recepción: 16 de junio de 2017.
Fecha de aceptación: 20 septiembre 2017.

Quintanilla Sfeir M, Amigo Vásquez S, Quintanilla Sfeir F, Hidalgo Rivas A. *Quiste bucal mandibular infectado bilateral en segundos molares permanentes: Reporte de un caso.* 2018; 34 (1): 19-24.

INTRODUCCIÓN

El quiste bucal mandibular infectado (QBMI), conocido también como quiste mandibular bucal de bifurcación (1) o quiste paradental juvenil (2), fue descrito clínica y radiográficamente por primera vez en 1983 por Stoneman y Worth (3-5). Posteriormente, en 1990, Wolf y Hietanen describieron las características histológicas de esta lesión (6).

En 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó al QBMI en la categoría de quiste paradental, describiéndola como “lesiones que ocurren en la superficie vestibular o bucal de primeros y segundos molares permanentes vitales” (1,7).

El QBMI corresponde a una lesión poco frecuente, de etiología desconocida, aunque existen teorías que relacionan su origen a factores infecciosos (7,8). Se presenta en niños entre 6 y 13 años (1,2,4,5), generalmente de forma unilateral y asociado a la corona del primer molar mandibular parcialmente erupcionado (8). Con menor frecuencia también puede observarse a nivel del segundo molar mandibular (9). Clínicamente, el diente involucrado se encuentra en evolución extraósea, con un patrón alterado de erupción con inclinación de su corona hacia vestibular. Además, puede presentarse dolor, aumento de volumen e infección en relación a la zona afectada (1,4,7). Radiográficamente se observa una imagen radiolúcida sobreproyectada con la corona del diente comprometido, contorneada inferiormente por una línea radiopaca de concavidad superior, de 1 a 2 cm de diámetro, sobreproyectada parcialmente sobre sus raíces (4,6,8). Su histología es poco específica, por lo tanto el diagnóstico de esta lesión debe hacerse en base a las características clínicas, imagenológicas e histopatológicas (7).

Se presenta un particular caso de QBMI bilateral en segundos molares permanentes, diagnosticado y tratado en una clínica privada de región del Maule, Chile.

CASO CLÍNICO

Paciente, sexo masculino, 12 años de edad, sin antecedentes médico-quirúrgicos relevantes, consulta por dolor y aumento de volumen recurrente en zona mandibular derecha, de consistencia firme, sin fluctuación, doloroso a la palpación. El paciente presentaba además linfadenopatía en ganglios submandibulares ipsilaterales y apertura bucal mantenida.

Al examen intraoral se observa dentición mixta segunda fase, falta de erupción de dientes 3.7 y 4.7, con aumento de volumen vestibular y exudado amarillento cristalino por fístula en zona de diente 4.7. En la radiografía panorámica (**Figura 1**), se observa el diente 4.7 en evolución extraósea tardía, en leve mesioversión, con aumento del espacio pericoronario.

Se solicita un examen con tomografía computarizada de haz cónico para mandíbula (**Figura 2**). Se observa el diente 4.7 en evolución extraósea, en leve mesioversión, con presencia de extensa área hipodensa vestibular y expansión de tabla ósea vestibular. De forma similar, y como hallazgo imagenológico, se observa el diente 3.7 en evolución intraósea, en leve mesioversión y linguoversión, con presencia de área hipodensa vestibular.

En un acto quirúrgico, bajo anestesia local del nervio alveolar inferior bilateral, se accede a ambas lesiones mediante un colgajo lineal con descarga distal para evitar defecto periodontal en zona dientes 3.6 y 4.6. Se observa presencia de contenido quístico, de color amarillento seudocristalino. Se realiza

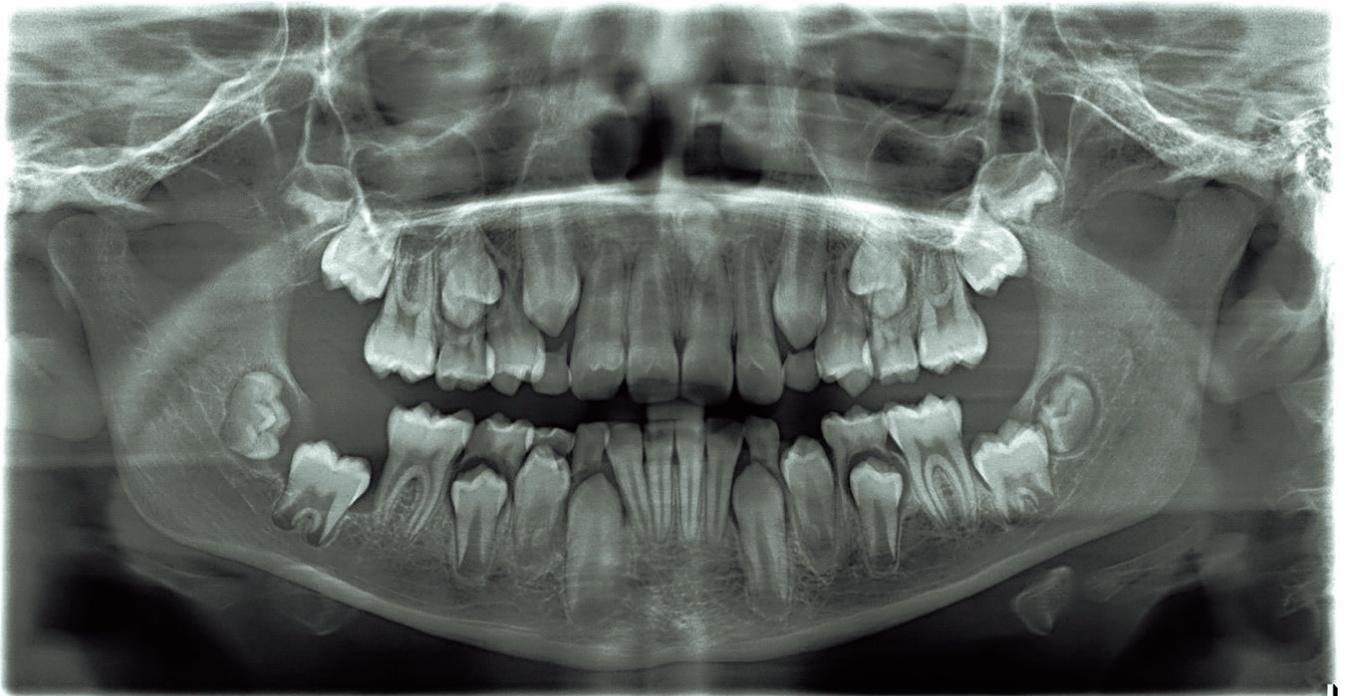
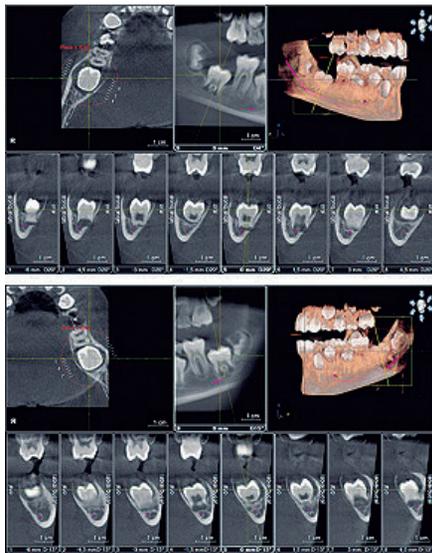


Fig. 1. Radiografía panorámica: se observa el diente 4.7 en evolución extraósea tardía, en leve mesioversión, con aumento del espacio pericoronario.

Fig. 2. Examen con tomografía computarizada de haz cónico: se observa el diente 4.7 en evolución extraósea, en leve mesioversión, con presencia de extensa área hipodensa y expansión de tabla ósea vestibular; y el diente 3.7 en evolución intraósea, en leve mesioversión y linguoversión, con presencia de área hipodensa vestibular.



colágenas. Estas fibras, maduras en su mayoría y en otras áreas más laxas, se encuentran asociadas a pequeños islotes de epitelio odontogénico, a un leve y difuso infiltrado inflamatorio linfocitario y a algunos capilares sanguíneos. Los hallazgos histopatológicos sugieren un saco pericoronario engrosado e inflamado compatible con QBMI.

Se realiza control post-quirúrgico a los 10 días y retiro de sutura, observándose la ausencia de fístula en relación al diente 4.7. A los 8 meses se aprecia ausencia de aumento de volumen vestibular y dolor. En la radiografía panorámica de control (**Figura 3**) se evidencia el diente 3.7 en evolución extraósea, en leve mesioversión, y el diente 4.7 en evolución extraósea, próxima al plano oclusal, con una correcta cicatrización en ambos lados.

la enucleación quística bilateral, aseo quirúrgico y sutura con nylon 4.0. En el análisis histopatológico de la lesión quística, se observan fragmentos de tejido fibroconectivo dispuesto a modo de pared, revestida parcialmente por un epitelio plano pluriestratificado, en cuyo conjuntivo subyacente se presentan fascículos entrecruzados de fibras

DISCUSIÓN

Si bien el QBMI se encuentra dentro de los quistes odontogénicos inflamatorios (1,4,5), no es universalmente aceptado como una patología independiente debido a su similitud clínica, radiológica e histopatológica con



Fig. 3. Radiografía panorámica de control: se observa el diente 3.7 en evolución extraósea, en leve mesioversión, y el diente 4.7 en evolución extraósea, próxima al plano oclusal, con una correcta cicatrización en ambos lados.

el quiste paradental (10). Sin embargo, la edad de incidencia y el sitio específico en que se presenta son aspectos característicos del QBMI (1,5), lo que permite diferenciarlo de otras patologías similares como el quiste paradental y el quiste folicular inflamatorio.

El QBMI es una entidad patológica poco común con una frecuencia de 0,45%, aunque su incidencia real probablemente sea mayor debido a una gran cantidad de casos no diagnosticados (4). Se observa principalmente asociado a los primeros molares permanentes en proceso de erupción, y en forma unilateral (1,2,8). No se presenta en maxilar ni en adultos (5). Además, afecta más al sexo femenino en una relación de 5:1 a 8:3 (6,11). Existen pocos casos reportados en la literatura de presentación bilateral en segundos molares permanentes (9).

La inflamación está siempre presente y puede tener un rol importante en la etiopatogénesis del QBMI (12). Se han propuesto varias teorías respecto a la etiología del QBMI (5). Se cree que durante la erupción de los molares mandibulares podría formarse una lesión quística debido a estímulos inflamatorios de

restos epiteliales de Malassez y de Serres, de la lámina dental o del epitelio reducido del órgano del esmalte (1,7,12). La fuente de esta inflamación es usualmente de tipo infeccioso, pudiendo presentarse de forma subclínica (7).

La característica clínica más evidente del QBMI es la inflamación del lado afectado, en relación a la zona vestibular del molar permanente en proceso de erupción. Se observa una alteración del contorno debido a la expansión quística que produce un crecimiento rápido en un corto período de tiempo (4).

Puede presentarse sintomatología, sensibilidad, incremento en la profundidad del saco periodontal, aumento de volumen en fondo de vestibulo y supuración. Además, puede observarse un retraso en la erupción del molar involucrado, con inclinación de la corona hacia vestibular (1,2). El hecho de que la cúspide mesiovestibular de los primeros molares sea la primera en erupcionar, explicaría el desarrollo del QBMI en la superficie vestibular al momento de la erupción (1,3,5,7). En el presente caso, se observó el componente inflamatorio e infeccioso en el lado derecho, mientras que en el lado izquierdo el diagnóstico se

realizó a partir de un hallazgo imagenológico.

Radiográficamente, el QBMI se observa como una imagen radiolúcida, unilocular, rodeada por un borde esclerótico, con expansión de tabla ósea vestibular. Puede observarse pérdida de la cortical alveolar en la zona apical y en la región de furca del molar comprometido (1,7). Además, se puede apreciar una línea radiopaca, de concavidad superior, sobreproyectada con las raíces del molar comprometido (7).

Se ha reportado una incidencia bilateral del QBMI en un 23,6 a 25% de los casos, por lo cual es aconsejable una evaluación del diente contralateral (1,4,13,14). En este contexto, en el presente caso se decidió realizar un examen con tomografía computarizada de haz cónico con un campo de visión que abarcara toda la mandíbula, logrando la detección de la lesión del lado izquierdo. Este examen permite observar la lesión en los tres planos del espacio con dosis de radiación que oscilan entre 0,003 mSv y 1,073 mSv, dependiendo del tamaño del campo de visión (4).

Histológicamente, el QBMI es similar a otros quistes odontogénicos inflamatorios (1,2,4-7). Presenta una cápsula de tejido conectivo fibroso recubierto por epitelio plano pluriestratificado no queratinizado, de variado grosor y morfología, con proliferación vascular y presencia de infiltrado inflamatorio crónico (1,2,6). Estas características no son específicas, por lo que es necesario una correcta evaluación clínica, radiográfica e histopatológica para el diagnóstico de la lesión (1,2).

El tratamiento del QBMI ha variado a lo largo del tiempo (1,2,12). Se ha reportado tratamientos exitosos mediante exodoncia del molar involucrado y curetaje de la lesión, así como también con tratamiento endodóntico del molar y curetaje (3). Sin embargo, la enucleación quística de la lesión sin la exodoncia del molar es actualmente el tratamiento de elección, el cual fue realizado en el presente caso en forma bilateral. La marsupialización puede ser utilizada en caso de lesiones quísticas de gran tamaño para reducir su volumen y facilitar su posterior enucleación (5,12,15).

En conclusión, el QBMI es una lesión poco frecuente que se observa principalmente asociado a los primeros molares permanentes en proceso de erupción, y en forma unilateral. Existen pocos casos reportados en la literatura de presentación bilateral en segundos molares permanentes. El presente caso evidencia la importancia de una evaluación imagenológica bilateral, debido a la posible presentación subclínica del QBMI. Las características histopatológicas poco específicas, hacen fundamental para el diagnóstico final del QBMI una correcta evaluación clínica, radiográfica e histopatológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lobos N, Bravo L, Cordero K, Urzúa R, Torres E. *Quiste bucal mandibular infectado: presentación de un caso.* Anu Soc Radiol Oral Máxilo Facial de Chile 2010;13:28-31.
2. Borgonovo AE, Speroni S, Fabbri A, Grossi GB. *Paradental cyst of the first molar: a report of two cases.* J Indian Soc Pedod Prev Dent 2010;116-20.
3. Stoneman DW, Worth HM. *The mandibular infected buccal cyst--molar area.* Dent Radiogr Photogr 1983;56:1-14.
4. Martínez Beatriz AM, Bruno Irene G, Daguin HN. *Aportes de CBCT en el diagnóstico del quiste bucal mandibular infectado. Presentación de un caso.* Odontol Pedriátr 2011;19:199-204.
5. Issler A, Bornert F, Clauss F, Jung S, Renard C, Marcellin L, et al. *Mandibular buccal bifurcation cyst treatment: report of two cases and literature review.* Med Buccale Chir Buccale 2013;19:77-84.
6. Wolf J, Hietanen J. *The mandibular infected buccal cyst (paradental cyst). A radiographic and histological study.* Br J Oral Maxillofac Surg 1990;28:322-5.
7. Pintor F, Figueroa L, Figueroa M. *Quiste vestibular mandibular infectado: revisión de literatura y reporte de un caso.* Anu

- Soc Radiol Oral Máxilo Facial de Chile
2006;9:54-5.
8. Quintanilla M, Amigo S, Quintanilla F, Hidalgo A. *Quiste bucal mandibular infectado: reporte de casos y revisión de la literatura*. Anu Soc Radiol Oral Máxilo Facial de Chile 2016;19:17-21.
 9. Martínez-Conde R, Aguirre JM, Pindborg JJ. *Paradental cyst of the second molar: Report of a bilateral case*. J Oral Maxillofac Surg 1995;53:1212-4.
 10. Lim AA-T, Peck RH-L. *Bilateral mandibular cyst: Lateral radicular cyst, paradental cyst, or mandibular infected buccal cyst? Report of a case*. J Oral Maxillofac Surg 2002;60:825-7.
 11. Vedtofte P, Praetorius F. *The inflammatory paradental cyst*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989;68:182-8.
 12. Annibali S, Pippi R, Perfetti G. *Unusual surgical approach in a bilateral case of mandibular buccal infected cyst*. Minerva Stomatol 2002;51:219-24.
 13. Philipsen HP, Reichart PA, Ogawa I, Swei Y, Takata T. *The inflammatory paradental cyst: a critical review of 342 cases from a literature survey, including 17 new cases from the author's files*. J Oral Pathol Med 2004;33:147-55.
 14. Lacaita MG, Capodiferro S, Favia G, Santarelli A, Muzio LL. *Infected paradental cysts in children: A clinicopathological study of 15 cases*. Br J Oral Maxillofac Surg 2006;44:112-5.
 15. Shohat I, Buchner A, Taicher S. *Mandibular buccal bifurcation cyst: enucleation without extraction*. Int J Oral Maxillofac Surg 2003;32:610-3.

CORRESPONDENCIA

Alejandro Hidalgo Rivas.
Av. Lircay S/N, Escuela de Odontología, Universidad de Talca, Talca, Chile.

Teléfono: +5 71 220 0476

Correo electrónico: ahidalgo@utalca.cl