
Quiste bucal mandibular infectado y quiste paradental ¿Cual es la diferencia?

Martínez BAM, Bruno IG

Cátedra de Radiología. Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires

Recibido 05/03/12

Aceptado 14/05/12

RESUMEN

El quiste paradental (QP) se origina como consecuencia de un proceso inflamatorio crónico, especialmente las pericoronaritis repetitivas que involucran las piezas dentarias impactadas o semi-impactadas. El quiste bucal mandibular infectado (QBMI) puede aparecer en la superficie vestibular o distal de las raíces de los molares inferiores que se encuentran total o parcialmente erupcionados. La diferencia entre estas dos entidades es la edad de aparición y la localización; el tratamiento dependerá en cada caso de la extensión de la lesión. El propósito de este artículo es presentar dos casos y hacer una revisión de la literatura

Palabras claves: quistes inflamatorios, quiste paradental, quiste odontogénico, mandíbula, radiología.

ABSTRACT

A paradental cyst origin as a consequence of chronic inflammatory process, especially recurrent episodes of pericoronaritis that involves impacted or semi impacted mandibular molar. The buccal mandibular infected cysts can occur on the buccal and distal aspects of the roots of partially or fully erupted mandibular molar. The difference between both entities is the apparition age and localization; the treatment depends in each case of the extent of the lesion. The purpose of this article is review the literature and presents two cases.

Key words: Inflammatory cyst, paradental cyst, odontogenic cyst, jaw, radiology.

INTRODUCCIÓN

El primero en describir el quiste paradental fue Hofrath et al. en 1930 y lo denominó “quiste marginal de los terceros molares”. Main en 1970 utilizó los términos “quiste colateral inflamatorio” para diferenciarlo del quiste radicular asociado a un conducto accesorio“, Craig en 1976 lo refiere como un quiste inflamatorio que se produce en la cara lateral de los terceros molares inferiores parcialmente erupcionados, con antecedentes de pericoronaritis, entonces sugirió el término de “quiste paradental” (QP) para esta lesión. La manifestación radiográfica es variable, usualmente se presenta como una lesión radiolúcida bien definida, localizada distalmente

al tercer molar inferior parcialmente erupcionado. La radiolucidez depende de varios factores tales como el tamaño de la lesión, la región en que aparece y la presencia de infección.

En 1983 Stoneman y Worth publicaron un artículo titulado “the mandibular infected buccal cyst- molar area” y describen las características clínicas, radiológicas e histológicas de la lesión quística que aparece en la zona de primer y segundo molares inferiores parcialmente erupcionados; ponen especial énfasis en la localización y la edad de aparición de la lesión como características para efectuar el diagnóstico diferencial con las lesiones del

tercer molar. Más recientemente algunos autores han propuesto el nombre de “quiste de bifurcación bucal” (Pompura et al, 1997; David et al., 1998)

Sin embargo el QP infectado del primer y segundo molares se desarrolla en la superficie vestibular o distal del primer y menos frecuentemente del segundo molar inferior que se encuentra parcial, total o no erupcionado. Usualmente es unilateral pero se han reportado casos bilaterales (Lim y Peck., 2002; Annibali et al., 2002). Siempre se localiza por vestibular de la pieza dentaria, como consecuencia del estímulo que produce al erupcionar las cúspides vestibulares sobre los tejidos gingivales en niños. Para efectuar el diagnóstico es muy importante el test de vitalidad que es siempre positivo (Wolf y Hietanen, 1990). Radiográficamente se observa una imagen radiolúcida con un delgado borde inferior radiopaco de forma cóncava que se superpone con el área radicular en la imagen panorámica. También se puede observar en las radiografías oclusales una reacción periosteal, como simples o múltiples líneas radiopacas paralelas que corresponden a deposición ósea (Philipsen et al., 2004).

La etiología de estos quistes es aún debatida, la inflamación gingival crónica, esta presente siempre durante la erupción dentaria, la que podría ser un estímulo importante para la proliferación del epitelio crevicular y odontogénicos. La OMS (Kramer et al., 1992) lo

incluye dentro de los quistes odontogénicos inflamatorios y lo define como Quiste inflamatorio que surge en la cara bucal o distal de un diente vital, como resultado de un proceso inflamatorio en la bolsa periodontal. El propósito de este artículo es efectuar una revisión y presentar dos casos clínicos.

Caso Clínico 1

Paciente femenino de 8 años de edad, concurre a la consulta por dolor e inflamación en zona molar inferior derecha. Clínicamente se observa dolor a la palpación y tumoración en la zona vestibular del 4.6 con ausencia del segundo y tercer molares de ese lado, al test de vitalidad es positivo, se observa un incremento del surco periodontal. Radiográficamente se observa imagen radiolúcida de forma redondeada que involucra ambas raíces con un borde esclerótico radiopaco continuo, el molar se encuentra en apicoformación con pérdida de la lámina dura (figura 1). El diagnóstico anatomo patológico fue de QBMI. El tratamiento realizado fue la enucleación de la lesión quística con preservación de la pieza dentaria y seguimiento del caso.

Caso Clínico 2

Paciente masculino concurre a la consulta por dolor en zona de tercer molar

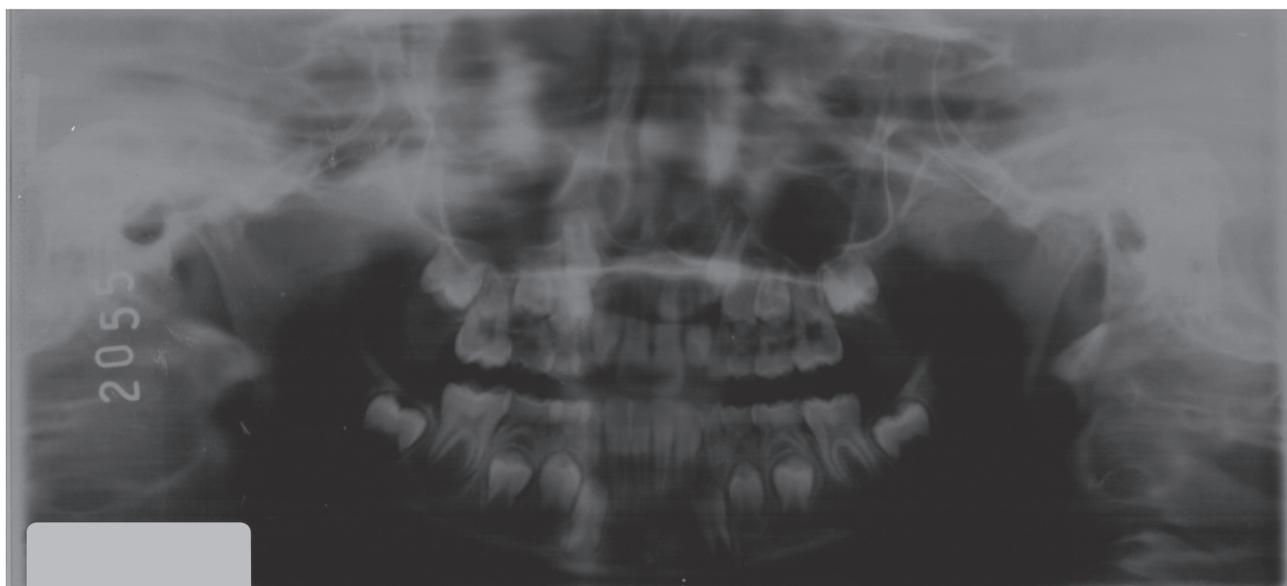


Figura 1 - Radiografía panorámica donde se observa la lesión osteolítica que envuelve ambas raíces del 4.6.

inferior derecho, relata episodios reiterados de dolor e inflamación en la zona. Al examen clínico presenta inflamación y dolor en zona 4.8. Radiográficamente se observa una imagen radiolúcida de forma redondeada por distal del tercer molar inferior derecho, con bordes continuos y bien definidos, con una ligera corticación de los bordes (figura 2) El estudio anatómico patológico confirma la sospecha de QP. El tratamiento fue la enucleación y curetaje del proceso quístico y la exodoncia de la pieza dentaria.

Discusión

La Organización Mundial de la salud clasifica como quiste odontogénico al QP por su origen inflamatorio (Kramer et al., 1992) e incluye en esta categoría al QBMI, sin embargo ha sido sugerido que este quiste tendría que tener designación propia (Stoneman y Worth, 1983; Pompura et al.1997; Shear, 1992). Esto es debido a la edad y a la localización en que se presenta. Otra característica llamativa es el hecho que no se han reportado casos en el maxilar superior, (David et al., 1998, Silva et al., 2003) y sí se han publicado casos bilaterales, lo que indicaría factores de predisposición local. (Stoneman y Worth , 1983; Pakota et al., 1990; Martínez-Conde et al., 1995).

EL quiste paradental es de aparición poco frecuente. Varía entre 0.9 a 4,7% (Philipsen et al., 2004) de todos los quistes odontogénico.

Esta patología afecta mas a las mujeres que a los hombres con una distribución 5:1 para Wolf y Hietanen, 1990 y de 8:3 para Vedtofque et al., 1989, algunos cirujanos piensan que la incidencia es mayor a la reportada ya que puede resolverse en forma espontanea. (David et al., 1998; Gómez et al., 2001).

Radiográficamente ambos quistes presentan una radiolucidez bien marcada situadas por vestibular o distal de la pieza dentaria afectada que puede o no estar erupcionado. (Stoneman et al., 1983; Vedtofque y Praetorrius, 1989). Además se observa depósitos de pequeñas laminillas óseas subperiósticas, similares a la periostitis proliferativa en la tabla vestibular de la pieza afectada (Stoneman y Worth, 1983).

El diagnóstico diferencial se hace con el quiste radicular lateral, si la pieza dentaria involucrada carece de vitalidad, con la periostitis severa localizada, con el queratoquiste odontogénico, con el quiste dentífero lateral que persiste después de la erupción, con el tumor odontogénico escamoso, con el tumor gigantocelular central y con la histiocitosis X. La presencia del signo de Colgan (preservación del espacio folicular distal en la radiografía) (Colgan et al., 2002) es un elemento útil para diferenciar el QP del quiste dentífero lateral, ya que indicaría que la mayoría del folículo no esta involucrado en el desarrollo quístico.



Figura 2- Radiografía panorámica donde se observa una imagen radiolúcida de forma redondeada en distal del 4.8

Conclusiones

Diferentes manifestaciones clínicas y radiográficas presenta los QP, puede ocurrir en la cara vestibular, distal y extenderse hacia apical de los molares inferiores. EL QP y el QBMI tienen características distintivas clínicas y radiográficas sin embargo los hallazgos histológicos corresponden a los quistes odontogénicos inflamatorios. Muy importante para hacer el diagnóstico diferencial con otras lesiones es el test de vitalidad que en el caso del quiste paradental es siempre positivo. El QP y el QBMI representan la misma entidad con diferente localización y su tratamiento dependerá de las piezas involucradas y de la extensión de la lesión.

BIBLIOGRAFIA

- Annibali S, Pippi R, Perfetti G, Unusual surgical approach in a bilateral case of mandibular buccal infected cyst. *Minerva Stomatol* 2002; 51:219-224.
- Colgan CM, Henry J, Napier SS, Cowan CG, Paradental cyst: a role for food impaction in the pathogenesis? A review of cases from Northern Ireland. *Br J Oral Maxillofacial Surg* 2002; 40:163-168.
- Craig GT. The paradental cyst. A specific inflammatory odontogenic cyst. *Br Dent J* 1976; 141:9-14.
- David LA, Sandor GKB, Stoneman DW. The buccal infected cyst: is non-surgical treatment an option? *J Can Dent Assoc* 1998; 64:712-6.
- Gomez RS, de Oliveira JR, Castro WH. Spontaneous regression of a paradental cyst. *Dentomaxillofac Radiol* 2001; 30:296.
- Hofrath H. Über das Vorkommen von Talgdrüsen in der Wandung einer Zahnzyste, zugleich ein Beitrag zur Pathogenese der Kiefer- Zahnzyste. *Deutsche Monatschr Zahnheilk* 1930; 48:65-76.
- Kramer IRH, Pindborg JJ, Shaer M. WHO Histological Typing of Odontogenic tumours. 2nd ed. Geneva: Springer Verlag, 1992; 42-48
- Lim AAT, Peck RHL Bilateral mandibular cyst: lateral radicular cyst, paradental cyst, or mandibular infected buccal cyst? Report of a case. *J Oral Maxillofac Radiol*, 2002; 60: 835-827.
- Main DMG. Epithelial jaw cyst: a clinicopathological reappraisal. *Br J Oral Surg* 1970; 8:114-125.
- 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.
- Pakota GV, Hall JM, Lanigam DT, Cohen MA. Paradental cyst on the mandibular first molar in children: report of five cases. *Dentomaxillofac Radiol* 1990; 19:126-32.
- Philipsen HP, Reichart PA, Ogawa I, 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.
- Pompura JR, Sandor GKB, Stoneman DW, The buccal bifurcation cyst. A prospective study of treatment outcomes in 44 sites. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997; 83:215-21.
- Shear M. Cyst of the Oral Regions, 3rd ed. London: Butterworth-Heinemann Ltd 1992. 143-149
- Silva TA, Batista AC, Camarini ET, Lara VS, Consolaro A, Paradental cyst mimicking a radicular cyst on the adjacent tooth: case report and review of terminology. *J Endodont* 2003; 29: 73-6.
- Stoneman DW, Worth HM. The mandibular infected buccal cyst—molar area. *Dent Radiogr Photogr* 1983; 56:1-14.
- Vedtofque P, Praetorius F. The inflammatory paradental cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1989; 68:182-8.
- Wolf J, Hietanen J. The mandibular infected buccal cyst (paradental cyst). A radiographic and histological study. *Br J Oral Maxillofacial Surg.* 1990; 28:322-325.

Dirección para correspondencia:

Catedra de Radiología

Facultad de Odontología Universidad de Buenos Aires

Marcelo T. de Alvear 2142, Piso 16 A

C1122AAH-CABA

drajbruno@yahoo.com.ar