

INFORME DE CASO

Quiste traumático mandibular en la adolescencia. Presentación de un caso

Dra. Sara Jane Simons Preval¹, Dr. Carlos Alberto Díaz Pérez², Dra. Milagros Martínez Rodríguez³

- ¹ Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Master en Urgencias Estomatológicas. Asistente. Hospital Pediátrico Docente "General Pedro Agustín Pérez". Guantánamo. Cuba.
 - ² Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Master en Atención Comunitaria de Salud. Profesor Auxiliar. Hospital Pediátrico Docente "General Pedro Agustín Pérez". Guantánamo. Cuba.
 - ³ Especialista de II Grado en Estomatología General Integral. Master en Atención Comunitaria de Salud. Profesora Auxiliar. Hospital Pediátrico Docente "General Pedro Agustín Pérez". Guantánamo. Cuba.
-

RESUMEN

Los quistes que se desarrollan en los maxilares y la mandíbula tienen como rasgo distintivo fundamental su identificación a nivel de la etiopatogenia, ya que estructuralmente, estas lesiones tienen entre sí más elementos comunes que diferenciales. Entre estas entidades se encuentran los quistes traumáticos óseos, los cuales son denominados por las literaturas con una variedad de sinónimos y de etiopatogenia aún discutida. Se describe el caso de un adolescente masculino de 15 años de edad que desarrolla un quiste mandibular de considerable magnitud, asociado a traumas recibidos en la mandíbula durante la infancia. Se realiza sistemática diagnóstica (interrogatorio, examen clínico, estudios imagenológicos y anatomoclínicos), intervención quirúrgica; chequeos periódicos con evolución satisfactoria al cabo de los tres años de ser intervenido.

Palabras clave: quiste de los maxilares, adolescencia, trauma, quiste óseo

INTRODUCCIÓN

Los quistes óseos traumáticos de los maxilares, son reportados por las literaturas científicas consultadas bajo una variedad de nombres: quiste óseo simple, hemorrágico, solitario, cavidad ósea idiopática, entre otros. Harnet y colaboradores consideran que la variedad de sinónimos descritos para la enfermedad reflejan una naturaleza incierta.¹⁻⁶

Los estudios epidemiológicos muestran que estos quistes son diagnosticados con mayor frecuencia en la segunda década de vida, con una ligera predilección por el sexo masculino y ubicación mandibular, en la mayoría de los casos descritos en el cuerpo y sínfisis, raramente en rama y cóndilo; algunos autores reportan su localización en otras partes del esqueleto.^{1-4,6}

Durante la anamnesis la presencia de historia de trauma es extremadamente variable en las series reportadas de casos, que va desde el 17 % hasta el 70 %. El intervalo de tiempo entre el trauma y el descubrimiento de estos quistes varían en los reportes estudiados de un mes hasta 20 años.⁴

Desde el punto de vista clínico estos quistes transcurren de forma asintomática, aunque se han descritos casos que suelen presentarse con historia de dolor, tumefacción y signos de infección secundaria.^{3,7,8}

Varios autores coinciden en afirmar que por lo general estos quistes son detectados en estudios radiográficos de rutina; se observa como un área radiolúcida unilocular, festoneada, con tendencia a insinuarse entre las raíces de los dientes, sin afectar su vitalidad ni destruir o expandir la tabla vestibular y lingual.^{2,3,7}

La imagen radiográfica de estos quistes es en extremo similar a otras imágenes quísticas, conjuntamente con el hecho de constituirse como defecto, por pérdida de tejido óseo, determina un obligado diagnóstico diferencial que en estos últimos años se incluye de manera tradicional en los capítulos que estudian los quistes verdaderos.⁹

Los quistes óseos deben diferenciarse de las periodontitis apical, sobre la base de la prueba de vitalidad pulpar. Los dientes que están por encima de estos quistes son vitales por lo general. Dado que estas lesiones pueden ser extensas, muestran festoneado periférico, pueden confundirse con una de las lesiones incluidas entre la radio-lucidez multilocular, ejemplo: queratoquiste, granuloma central de células gigantes y algunos tumores odontogénicos. Es necesario en estos pacientes la consideración del tumor pardo del hiperparatiroidismo como etiopatogenia.^{3,9}

El diagnóstico histológico puede resultar difícil, si se tiene en cuenta la posibilidad de cavidad ósea libre o escaso material, puede mostrar tejido conectivo y hueso normal, contenido vascular, en ocasiones áreas fibróticas con focos hemorrágicos y algunos elementos inflamatorios.^{2-4,7,10}

Las técnicas quirúrgicas para el tratamiento de los quistes de los maxilares, independientemente de su etiología, naturaleza o localización están basadas en las siguientes modalidades: descompresión (si son de gran tamaño), enucleación de todo el quiste y la marsupialización.

Otros métodos auxiliares incluyen terapias con oxígeno hiperbárico¹⁰ y materiales de injertos¹¹, todos con el mismo objetivo: mostrar las ventajas de estos tratamientos sobre las formas convencionales en relación al incremento de la densidad del hueso con la consecuente reducción del defecto y la minimización de las probabilidades de fracturas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente masculino, 15 años de edad, raza blanca, procedencia urbana, con antecedentes de salud, que llega acompañado por su madre, remitido desde los servicios estomatológicos de su área de salud al cuerpo de guardia del Hospital Pediátrico Docente "Pedro A. Pérez" de Guantánamo, aquejado de dolor y aumento de volumen en el mentón y el lado izquierdo de la cara, luego de recibir un trauma en la zona, con antecedentes de haber sufrido golpe hace aproximadamente 2 años en la misma región anatómica.

Tratamiento médico recibido en el área de salud:

- Amoxicilina (Cápsulas 500 mg) -----7 días.
- Dipirona (300 mg) -----5 días.
- Fomentos fríos.

Tratamiento médico recibido en el Hospital Pediátrico.

- Penicilina rapilenta-----10 días
- Ibuprofeno (400 mg) -----7 días.
- Fomentos tibios.

Examen físico

Facial: Deformidad adquirida, dada por aumento de volumen moderado en regiones mentoniana y geniana baja, lado izquierdo, piel normocoloreada, dolorosa a la palpación.

Bucal: Borramiento del surco vestibular desde primera bicúspide inferior derecha (44) hasta segundo molar inferior izquierdo (37); mucosa translúcida mal posición dentaria (lingualizados) y movilidad de (41, 42, 31,32 y 33), consistencia remitente.

Exámenes de Laboratorio

- Hemoglobina:13.9 g/l

Recuento diferencial

- P:0.78 l/l
- L:0.21 l/l ↑
- E:0.01l/l
- Leucocitos:10.2x10⁹/l

Prueba de vitalidad: Vitalidad de los dientes involucrados conservada.

Radiografía

Vista Lateral oblicua de mandíbula (Figura A-1): Imagen unilocular radiolúcida desde 44 que se extiende hasta 37 con integridad de capa basal; mal posición de 42, 41, 31, 31,32 y 33.

Tomografía Axial Computarizada (TAC)

Imagen hipodensa de 160 U/H que mide 54x32 mm, localizada a nivel del maxilar inferior que insufla el cortical pero no lo destruye, con desplazamiento de la dentadura más acentuada del lado izquierdo de aspecto quístico (Figura A-2). No invasión a las estructuras blandas vecinas, hipocaptante tras la administración del contraste.

Biopsia de aspiración con aguja fina (BAAF)

Constituido por abundantes histiocitos con algunos neutrófilos. Los histiocitos con intensa actividad macrofágica cargadas de hemosiderina. No otros elementos citológicos. Compatible con quiste benigno.

Tratamiento

Se evalúa en colectivo médico el comportamiento del cuadro clínico, radiológico e histológico que descartaban la presencia de un proceso tumoral maligno, se controla el cuadro inflamatorio agudo y se decide realizar bajo los efectos de anestesia general naso traqueal, la enucleación y curetaje del quiste (Fig. B-1,2). así como las extracciones dentarias de 42 ,41,31,32 y 33 por pérdida de soporte óseo .A causa de las dehiscencia de la sutura, se decide la realización de curas locales con colocación de gasa yodoformada en días alternos durante 30 días; logrando la cicatrizando por segunda intención.

Resultados de biopsia: No evidencias de malignidad ni elementos histológicos relacionados con estructuras dentarias, por lo que se descarta origen odontogénico. Compatible con pseudoquiste sin descartar totalmente la probabilidad de hematoma intraóseo en fase de reabsorción.

Evolución: Se realiza chequeo clínico-radiológico periódico con evolución satisfactoria debido a al cierre por segunda intención de la herida quirúrgica sin complicaciones y la aparición progresiva de radiopacidad lo que justifica la neoformación de tejido óseo en la zona operada respectivamente; actualmente pendiente de tratamiento de rehabilitación.

DISCUSIÓN DEL CASO

Llama la atención que en el caso que se discute consta en el interrogatorio antecedente de haber recibido dos traumas en la región del mentón con un intervalo de tiempo de dos años entre estos, lo que permite fundamentar la etiología antes planteada y finalmente desarrolla un cuadro de inflamación aguda, tratada con antibiótico (penicilina rapilenta), antiinflamatorio no esteroideo (ibuprofeno) y terapia de sostén (fomentos tibios).

Los quistes óseos traumáticos son extremadamente raros en relación con otros tipos de quistes que se describen en la región mandibular. Aun cuando la etiopatogenia de estas lesiones es incierta y controvertida evidenciada en las múltiples y variadas teorías propuestas.^{4,5} La más aceptada en la actualidad es la que tiene su fundamento en los traumatismos, que a partir de una hemorragia se formaría un hematoma intraóseo sin capacidad de organizarse y repararse, produciendo una licuefacción que daría como resultado la formación de una neo cavidad.^{2,4,5,7,8}

La infección secundaria de un quiste óseo mandibular a partir de traumatismos repetidos es tan escasa como la patología en sí. Bechtel y colaboradores en el Hospital Pediátrico de Nuevo Haven en EEUU reportan un caso de un varón de 10 años que acudió en varias ocasiones al departamento de emergencia con dolor, inflamación facial y diagnóstico final de quiste mandibular traumático con superinfección.⁸

Otros estudios reflejan que el trauma como posible etiología de un quiste traumático óseo no solo ocurre por caídas, accidentes o violencia, sino que pueden estar involucradas historias de cirugías traumáticas de terceros molares inferiores retenidos y la aplicación de fuerzas excesivas durante el tratamiento de ortodoncia pudiéndose presentar de manera unilateral o bilateralmente.^{4,12}

En el caso que se discute, la región anatómica afectada coincide con la mayoría de las bibliografías revisadas (sínfisis y cuerpo), pero sí es significativa la expansión de la lesión quística a ambos lados de la mandíbula, por lo que se cataloga de gran magnitud; pero sin afección de estructuras anatómicas de interés; por el contrario Mathew y colaboradores en la universidad de Connecticut, describen un caso inusual de quiste traumático solitario con significativa expansión de la rama y cuerpo mandibular y probable desalojo del nervio dentario inferior.¹³

Un elemento importante y que difiere del resto de los estudios revisados por la autora está dado en que aun cuando los dientes involucrados por encima del quiste mantenían su vitalidad, mostraban desplazamiento marcado hacia lingual, movilidad y la radiografía, pérdida de la continuidad de la lámina ósea interdientaria lo que justifica el cuadro clínico antes mencionado. Por lo antes planteado no fue posible preservar los dientes involucrados en el quiste. Se considera que el cuadro clínico-radiológico en este caso está en estrecha relación con los traumas a repetición sufrido en la mandíbula.

Comprobada la correlación etiología, cuadro clínico-radiográfico y estudio anatomopatológico se decide tratamiento quirúrgico (enucleación y curetaje) por vía endobucal con anestesia general. La realización del estudio histopatológico en estos casos defiende la necesidad de prevenir la posibilidad de pasar por alto posibles carcinomas entre otras afecciones^{4,12-14}; aunque otros autores opinan que la cirugía es lo que define el diagnóstico definitivo cuando la cavidad está vacía o el tejido para el examen histopatológico es escaso.¹³

El cuadro de la infección aguda que presentó el paciente del estudio, impidió incluir en el plan de tratamiento el uso de materiales que favorecieran la regeneración ósea, aunque ocurre dehiscencia de la

herida, se logra una lenta pero progresiva cicatrización ósea en la cual desempeñaron un papel primordial los cuidados médicos brindados, la edad y el buen estado general de salud del paciente; que en estos momentos está en fase de de rehabilitación protésica.

CONSIDERACIONES FINALES

Aunque de etiología controvertida a nivel mundial, en el caso que se describe se comprobó la correlación etiológica, clínica, radiológica y anatomopatológica para concluir con el diagnóstico definitivo de un quiste traumático mandibular de gran magnitud en un adolescente.

Siempre que exista el antecedente de trauma de maxilares, se recomienda el chequeo clínico y radiológico periódico que permita el diagnóstico temprano de lesiones quísticas óseas traumáticas, que en la mayoría de los casos pueden transcurrir asintomáticos y alcanzar dimensiones considerables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pinborg JJ, Kramer IRH. Clasificación Histopatológica Internacional de tumores. N, Tipos Histológicos de Tumores Odontogénicos, Quistes de maxilares lesiones afines. Ginebra: OMS.; 1972.
2. Santana CJ. Atlas de Patología del complejo bucal. 2ªed. La Habana: Editorial Científico Técnico; 2007.
3. Lewis R. Eversole. Patología Bucal. Diagnostico tratamiento. La Habana: Edición Revolucionaria; 1983.
4. Xanthinaki AA, Choupis KI, Tosis K, Pagkalos VA, Papanikolaou SI. Traumatic bone cyst of the mandible of possible iatrogenic origin: a case report and brief review of the literature Head Face Med[internet]. 2006 nov. 12[citado 26 enero 2012]; 2: 40. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17096860>
5. González LR, Stolbizer F, Gianunzio G, Mauriño N, Paparella ML. Quiste óseo simple atípico. Presentación de un caso clínico. Rev. Esp Cirug Oral y Maxilofac. 2009; 31(1).
6. Cortell-Ballester I, Figueiredo R, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Traumatic bone cyst: a retrospective study of 21 cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal[internet]. 2009 May 1[citado 18 enero 2012]; 14(5):E239-43. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19218905>
7. Harnet JC, Lombardi T, Klowansky P, Rieger J, Tempe MH, Clavert JM. Solitary bone cyst of the jaws: a review of the etiophogenic hypotheses. J Oral Maxillofac Surg[internet].. 2008 nov. [citado 18 enero 2012.]; 66(11):2345-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18940504>

8. Bechtel K, Soltis M. Traumatic bone Cyst of a mandible in 10 years old boy. *Pediatric EMERG Care*. 2009 Feb; 25(2): 96-7.
9. Rodriguez LO, Guiardinu RM, Blanco AO. Quistes de los maxilares. Revisión bibliográfica. *Rev. Cubana Estomatol [Internet]*. 2006[citado 43 abril 2006]; 43(4): [aprox.10p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_04_06/est06406.html
10. Tripathi KK, Moorthy A, Karai RC, Rao G, Ghosh PC. Effect of hyperbaric oxygen on bone healing after enucleation of mandibular cyst: a modified case control study [internet]. [Citado 23 enero 2012]. Disponible en: <http://review.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22183696>.
11. Zhang G, Fang LH, Zhou PX. Therapeutic effect of staged treatment for huge mandibular cystic lesions [internet]. [Citado 23 febrero 2012]. Disponible en: <http://review.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22241314>.
12. Alonso G, González JM, González YM. Quiste óseo simple como complicación al tratamiento ortodóntico. *Acta odontol Venez*. Mar 2008; 46(1).
13. Mathew R, Osmani G, Gianoli O, Lurie A. Unusual cone- beam computerized tomography presentation of traumatic simple bone cyst: case report and radiographic analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. Endod [Internet]*. 2011 Aug. 26[citado 18 enero 2012]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21872502>.
14. Manor E, Kachkol L, Poterman MB, Szabo G, Bodner L. Cystic lesions of the jaws-a clinopathological study of 322 cases and review of literature. *Int. J Med. Sci [Internet]*. 2012[23 enero 2012]; 9(1):20-26. Disponible en: <http://www.medsci.org/v09p0020.htm>

Recibido: 14 de marzo de 2012

Aprobado: 4 de abril de 2012

Dra. Sara Jane Simons Preval. Hospital Pediátrico Docente "General Pedro Agustín Pérez". Guantánamo. Cuba. Email: ssimons@infomed.gtm.sld.cu



Figura A-1. Vista posteroanterior de mandíbula. Se observa imagen unilocular radiolúcida de 37 a 44.

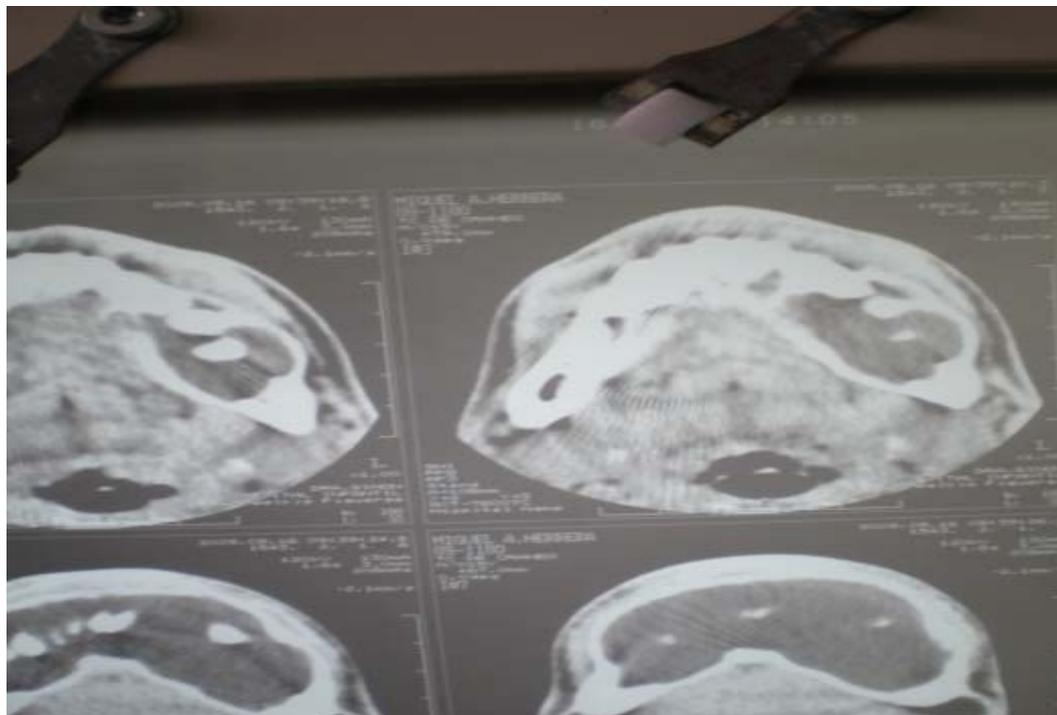


Figura A-2. Tomografía axial computarizada. Cortes coronales que muestran imagen hipodensa mandibular, más acentuada del lado izquierdo.

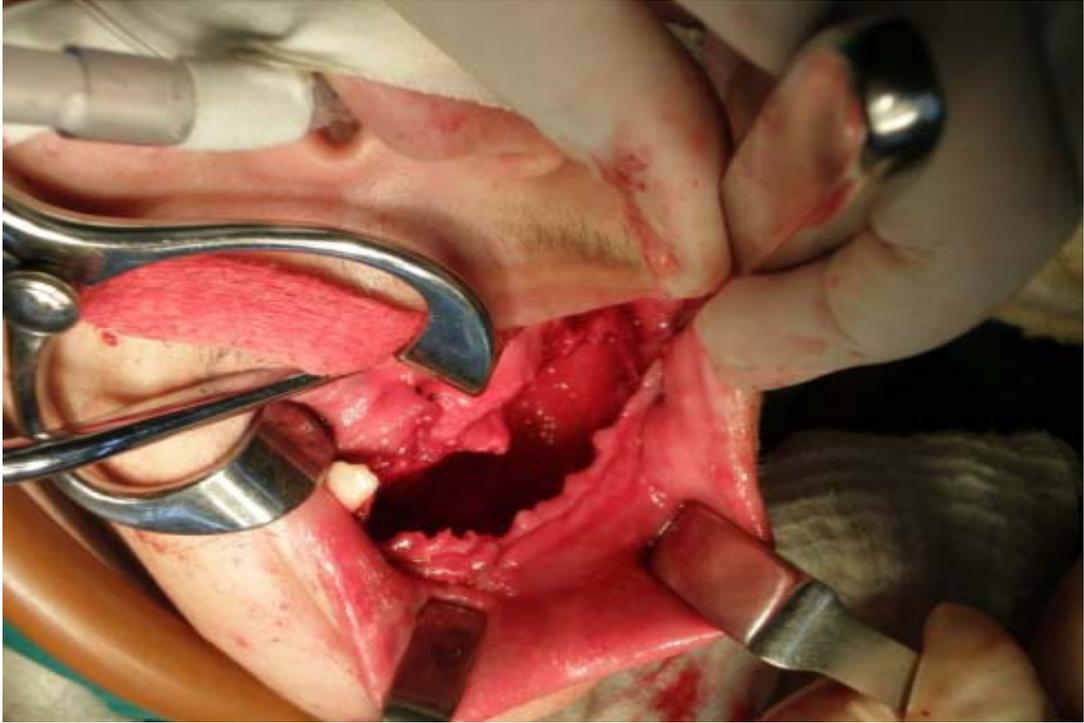


Figura B-1. Defecto óseo post enucleación del quiste.



Figura B-2. Tratamiento quirúrgico concluido.