

QUISTE BUCAL MANDIBULAR INFECTADO BILATERAL. REPORTE DE CASO ESTUDIADO CON CBCT

HUGO DAGUM*, FACUNDO ESCUDERO**

*Odontólogo, Especialista en Radiología dento-máxilo-facial, Facultad de Odontología, UBA. Director del Instituto Radiológico Dental HD. Jurado Concurso Profesor Titular Diagnóstico por Imágenes, Facultad de Odontología, UBA.

** Odontólogo, Especialista en Radiología dento-máxilofacial, Facultad de Odontología, UBA. Instituto Radiológico Dental HD.

RESUMEN

El quiste bucal mandibular infectado (QBMI), también conocido como quiste de bifurcación, es un quiste odontogénico inflamatorio poco frecuente y descrito por primera vez por Stoneman y Worth. Ha sido incluido en la clasificación de la OMS de quistes y tumores odontogénicos en 1992. Este quiste suele darse, específicamente, en pacientes entre 6 y 13 años, y su localización más frecuente son el primer y segundo molar permanente y, eventualmente, segundo premolar. Su fisiopatología sigue sin estar clara y se han propuesto múltiples teorías. Este quiste se observa como una inflamación en el vestíbulo del molar afectado. Los síntomas frecuentes son dolor en el área afectada y supuración, pero también muchos casos permanecen asintomáticos. Radiográficamente se describe como un área radiolúcida circunferencial. El quiste está revestido con un epitelio escamoso no queratinizado con infiltrado inflamatorio de células en el tejido conectivo. La mayoría de las características clínicas e histológicas son similares a las reportadas para los quistes paradentales, de ahí la importancia de un buen diagnóstico radiográfico complementario en base a tomografía computada de haz cónico.

Los enfoques conservadores suelen ser el tratamiento de elección, con la enucleación del quiste y el seguimiento del diente afectado.

Palabras clave: quiste bucal mandibular infectado, quiste paradental, quiste inflamatorio, tomografía computada de haz cónico.

ABSTRACT

Mandibular infected buccal cyst (MIBC), also known as bifurcation cyst; it is a rare inflammatory odontogenic cyst first described by Stoneman and Worth. It was included in the WHO classification of cysts and odontogenic tumours in 1992. It usually occurs, specifically, in patients between 6 and 10 years of age and its most frequent location is the first and second permanent molars, and eventually the second premolar. Its pathophysiology remains unclear and multiple theories have been proposed. This cyst is seen as an inflammation in the vestibule of the affected molar. Frequent symptoms are pain in the affected area and suppuration, but many cases remain asymptomatic. Radiographically it is described as a circumferential radiolucent area. The cyst is lined with a nonkeratinized squamous epithelium with an inflammatory cell infiltrate in the connective tissue. Most of clinical and histological characteristics are like those reported for paradental cysts, hence the importance of a good complementary radiographic diagnosis based on cone beam computed tomography.

Conservative approaches are usually the treatment of choice, with enucleation of the cyst and monitoring of the affected tooth.

Keywords: mandibular infected buccal cyst, paradental cyst, inflammatory cyst, CBCT.

INTRODUCCIÓN

El quiste bucal (o vestibular) mandibular infectado (QBMI) es una lesión quística que aparece en los primeros o segundos molares inferiores en erupción. Fue reportado por primera vez por Stoneman y Worth en 1983 (1) y reconocido por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como una entidad específica en 1992 (2), específicamente en la categoría de quiste paradental y describiéndola como «lesiones que ocurren en la superficie vestibular de primeros y segundos molares permanentes vitales».

El quiste bucal mandibular infectado presenta características clínicas y radiográficas distintivas que incluyen siempre la participación de un primer o segundo molar mandibular vital (aunque también se han reportado dos casos en segundo premolar inferior) en niños de 6 a 13 años, con radiolucidez a nivel vestibular del diente. Aparece inclinado con espesor normal de ligamento periodontal y lámina dura, alto índice de sangrado gingival, supuración de una bolsa periodontal y reacción perióstica (3, 4, 5). Habitualmente fueron unilaterales, aunque en algunos casos bilaterales. La histología del quiste no es específica e idéntica a la del quiste radicular (6). Su etiología aún se debate. El tratamiento de estos quistes ha sido controvertido: tratamiento con extracción del diente afectado o enucleación del quiste sin extracción dental. El tratamiento preferido de elección es la enucleación o marsupialización del quiste y el mantenimiento del diente involucrado (7, 8, 9).

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, 13 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos relevantes.

Se presenta a la consulta por dolor y aumento de volumen recurrente en zona mandibular derecha, de consistencia firme, sin fluctuación, doloroso a la palpación.

Al examen intraoral se observa dentición permanente, con aumento de volumen vestibular en zona de diente 4.7.

Se realiza una radiografía panorámica (fig. 1) y una tomografía computada de haz cónico (CBCT, 3D Accuitomo 170, J. Morita Corp. Kyoto, Japan) de maxilar inferior completo FOV 100 x 50. En ella se observa la pieza dentaria 4.7 (fig. 2) en evolución extraósea, en leve distoversión, con presencia de extensa área hipodensa vestibular corticalizada y expansión de tabla ósea vestibular. De forma similar, y como ha-

llazgo imagenológico, se observa el diente 3.7 (fig. 3) en evolución intraósea, en leve vestibuloversión, con presencia de área hipodensa vestibular y expansión de tabla externa vestibular.



FIG. 1.

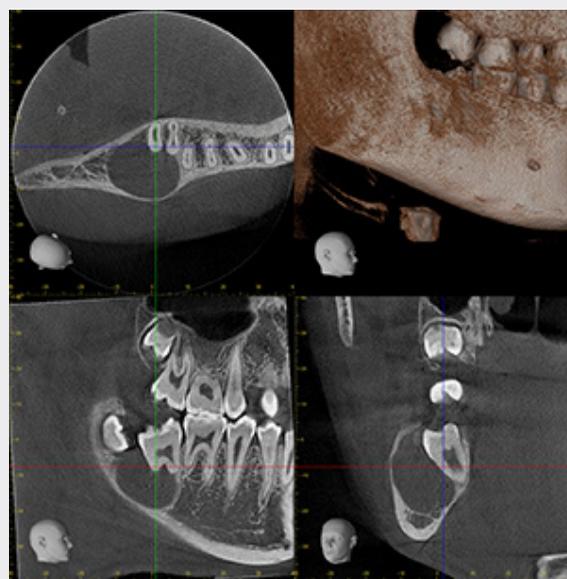


FIG. 2.

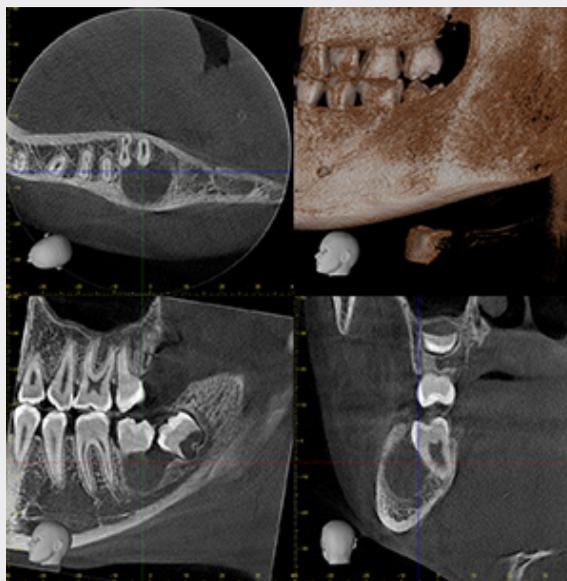


FIG. 3.

DISCUSIÓN

El quiste bucal mandibular infectado es una entidad patológica poco frecuente que se presenta en relación con los primeros y segundos molares mandibulares permanentes. Desde su primera descripción, en 1983, ha recibido múltiples denominaciones (1, 2, 3, 6, 14, 15). Stoneman y Worth han sido quienes le dieron el nombre actualmente aceptado, «quiste bucal mandibular infectado». Recién en 1992, la Organización Mundial de la Salud lo incluye en su clasificación histológica de quistes y tumores odontogénicos, como una variante del quiste paradental (2). Sin embargo, la edad de incidencia (de 6 a 13 años) y el sitio específico en que se presenta, usualmente el primer molar y ocasionalmente el segundo molar mandibulares, son aspectos característicos de esta lesión (3, 4, 12, 13). Este quiste no aparece en el maxilar superior, ni se ha encontrado asociada a primeros y segundos molares en adultos, lo que podría llevar a pensar en la naturaleza autolimitada de esta patología (3, 10, 11). La etiología del QBMI no está bien definida. Varias teorías han sido propuestas; una de ellas es que, durante la erupción de los molares mandibulares, al emerger las cúspides a través del epitelio oral podría presentarse una respuesta inflamatoria en el tejido conectivo, y ello podría estimular la formación del quiste (1, 3). El hecho de que la cúspide mesiovestibular de los primeros molares sea la primera en erupcionar en la cavidad oral podría explicar el desarrollo de esta lesión en la superficie vestibular al tiempo de la erupción. El epitelio podría derivar de restos epiteliales de Malassez y de Serres, o de la lámina dental o el epitelio reducido del órgano del esmalte (6). Se ha reportado que en un 25% de los casos, puede aparecer en el diente contralateral el desarrollo subclínico de esta misma lesión, detectada radiográficamente y confirmado al minuto de la cirugía (8, 13, 14). Esto hace aconsejable una cuidadosa evaluación del diente contralateral. Si bien fue siempre universalmente aceptado que el tratamiento del quiste bucal mandibular infectado consiste en la enucleación total de su membrana, históricamente ha habido controversias en cuanto a la preservación o no de la pieza dentaria involucrada. Desde el primer trabajo publicado por Stoneman y Worth, quienes primeros describieron esta entidad, reportaron un tratamiento exitoso a través de la extracción del diente involucrado y el curetaje de la lesión (1). Otros autores indican la enucleación de la lesión, sin necesidad de extracción del diente (7, 8, 9). Ese es el tratamiento de elección en

la actualidad. Pompura y otros (16) reportaron que la cicatrización ósea se completa entre los 6 a 12 meses posteriores a la cirugía. La profundidad del saco periodontal del molar involucrado se restablece a los 12 meses, al igual que se completa su proceso de erupción.

CONCLUSIONES

El quiste bucal mandibular infectado es una lesión poco frecuente. Principalmente se asocia a los primeros molares permanentes en proceso de erupción, mayormente unilateral. Existen pocos casos reportados en la literatura de presentación bilateral; y también reportes de casos en segundos molares permanentes y en segundos premolares. 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 y radiográfica, donde el CBCT tiene vital importancia dada la escasa dosis de radiación, la resolución de detalles y la visualización de los tres planos del espacio que permiten diferenciar claramente esta lesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stoneman DW, Worth HM. The mandibular infected buccal cyst - molar area. *Dent Radiogr Photogr* 1983; 56:1-14.
2. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. *Histological Typing of Odontogenic Tumors*, 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag; 1992: 40-42.
3. 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.
4. Martínez Beatriz AM, Bruno Irene G, Dagum HM. Aportes de CBCT en el diagnóstico del quiste bucal mandibular infectado. Presentación de un caso. *Odontol Pedriátrica* 2011;19: 199-204.
5. 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.
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. Issler A, Bornert F, Clauss F, Jung S, Renard C, Marcellin L. Mandibular buccal bifurcation cyst treatment: report of two cases and literature review. *Med Buccale Chir Buccale* 2013; 19: 77-84.

8. Annibaldi S, Pippi R, Perfetti G. Unusual surgical approach in a bilateral case of mandibular buccal infected cyst. *Minerva Stomatol* 2002; 51:219-24.
9. Shohat I, Buchner A, Taicher S. Mandibular buccal bifurcation cyst: enucleation without extraction. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2003; 32:610-3.
10. Oenning AC, Oliveira LB, Junqueira JLC, Sousa Melo LS. Buccal bifurcation cyst as an incidental finding in cone beam computed tomography scans. *RGO, Rev Gaúch Odontol.* 2018; 66(4):385-389.
11. 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.
12. 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.
13. Martínez-Conde R, Aguirre JM, Pindborg JJ. Paradental cyst of the second molar: Report of a bilateral case. *J Oral Maxillo-fac Surg* 1995; 53:1212-4.
14. 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.
15. 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.
16. Pompura JR, Sándor GK, Stoneman DW. The buccal bifurcation cyst: a prospective study of treatment outcomes in 44 sites. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Endod.* 1997; 83(2): 215-21

Contacto
Correo electrónico: info@dagum.com.ar