

Quiste inflamatorio con tejido calcificado. Presentación de un caso clínico

Inflammatory cyst with calcified tissue. Presentation of a clinical case

Presentado: 15 de diciembre de 2020

Aceptado: 15 de marzo de 2022

Franco Palavecino Herrera,^a Cecilia Pineda Concha,^a Carolina Somarriva Pinto,^b Diego Fonseca Escobar,^a Fernando Parada Fernández^a

^a Departamento de Cirugía, Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile, Chile

^b Departamento de Patología y Medicina Oral, Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile, Chile

Resumen

Objetivo: Describir un caso de quiste odontogénico inflamatorio cuya presentación imagenológica no es la habitual.

Caso clínico: Acude a la clínica profesional de Patología Oral de la Universidad Andrés Bello una paciente de género femenino de 13 años, sin antecedentes mórbidos, con un hallazgo radiográfico de lesión mixta ubicada entre los premolares inferiores derechos. Es derivada al posgrado de cirugía oral y maxilofacial para que le realicen una biopsia excisional de la lesión con una hipótesis diagnóstica de tumor odontogénico adenomatoide. Una vez realizado el estudio

histopatológico, se define la lesión como quiste odontogénico inflamatorio, que por las características clínicas-radiográficas podría corresponder con un quiste residual de un diente temporal.

Debido a la variabilidad en la presentación clínica e imagenológica de las lesiones quísticas maxilofaciales, el estudio anatomopatológico es imprescindible para un correcto diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: Cirugía oral, enucleación, quiste.

Abstract

Aim: To present a case of inflammatory odontogenic cyst with unusual imaging presentation.

Clinical case: A 13-year-old female patient, with no history of morbidity, with a radiographic finding of a mixed lesion located between the lower right premolars. The patient visited the professional Oral Pathology clinic of the Andrés Bello University and was referred to postgraduate oral and maxillofacial surgery for an excisional biopsy of the lesion, with a diagnostic hypothesis of adenomatoid odontogenic tu-

mor. After the histopathological study, the lesion was defined as an inflammatory odontogenic cyst, which, based on clinical-radiographic characteristics, could be a residual cyst of a primary tooth.

Due to the variability in the clinical and imaging presentation of maxillofacial cystic lesions, anatomopathological study is essential for correct diagnosis and treatment.

Key words: Cyst, enucleation surgery, oral surgery.

Introducción

Un quiste se define como una cavidad patológica con un contenido líquido, semilíquido o gaseoso.^{1,2}

Los quistes odontogénicos se clasifican en quistes del desarrollo e inflamatorios^{3,4} (tabla 1).

Los quistes odontogénicos se desarrollan a partir de los restos epiteliales producidos durante la odontogénesis. Estos epitelios pueden provenir de los restos del epitelio reducido del órgano del esmalte (res-

Tabla 1. Clasificación de los quistes odontogénicos y no odontogénicos.⁴

Quistes odontogénicos	
Odontogénico	Inflamatorios
Quiste gingival infantil y del adulto	Quiste radicular (apical, lateral, residual)
Queratoquiste odontogénico	Quiste paradental
Quiste dentígero	
Quiste periodontal lateral	
Quiste odontogénico ortoqueratinizado	

tos de Malassez) o restos de la lámina dental (restos de Serres). Los restos de Malassez son vestigios de la vaina epitelial radicular de Hertwig, los cuales pueden persistir en el ligamento periodontal y en zonas cercanas a este.³

Los quistes odontogénicos inflamatorios representan entre un 57 y un 87% del total de todos los quistes de origen odontogénico.

Su etiología procede de la proliferación de los restos epiteliales de Malassez, los cuales por estímulos inflamatorios desencadenados por la infección bacteriana de la pulpa o en respuesta directa al tejido pulpar necrótico, sufren una degeneración hidrópica y forman una cavidad llena de líquido que, por gradiente osmótico, aumenta su volumen dentro de su luz y da como resultado un crecimiento de tamaño.^{5,6}

Los quistes inflamatorios presentan predilección por el sexo masculino (1,5:1), cuya incidencia se puede apreciar habitualmente entre la tercera y la séptima década de vida. Su ubicación puede ser variada, lateral o apical de la raíz dentaria del diente afectado o en ausencia de éste en el caso de su persistencia una vez que se extrae el diente.⁷

Es importante señalar que estos quistes rara vez generan asimetría facial o sintomatología dolorosa, por lo cual comúnmente son hallazgos radiográficos. Es frecuente encontrar clínicamente un diente desvitalizado; sin embargo, en estadios iniciales puede generar un leve dolor a la percusión asociado a una mucosa sana. En estadios avanzados podemos apreciar expansión de tablas óseas y desplazamiento dentario, aunque se trata de un hallazgo poco frecuente. Presenta mayor predilección por la región anterior maxilar y posterior del cuerpo mandibular.⁸

La imagen radiográfica clásica se observa como una lesión radiolúcida redondeada/ovoidea mayor a 1 cm, de límites netos, corticalizados, unilocular, ubicada periradicular a un diente y rara vez se pue-

den apreciar rizólisis y pequeñas radiopacidades en su lumen producto de masas calcificadas. Se pueden observar márgenes difusos en caso de presentar sobreinfección.⁵

La anatomía patológica de esta lesión se caracteriza por una cavidad cuyo lumen puede contener líquido proteínico y residuos celulares necróticos, revestida por un epitelio plano o cúbico estratificado no queratinizado de espesor variable con espongiosis y cuerpos de Rushton.⁹ Su corion presenta habitualmente un infiltrado inflamatorio agudo subepitelial y crónico hacia la profundidad. Además, se pueden observar corpúsculos de Russell, células en espuma, cristales de colesterol, calcificación distrófica, hemo-siderina y células gigantes multinucleadas. Su cápsula está compuesta por un tejido conectivo fibroso.¹⁰

Entre los diagnósticos diferenciales podemos encontrar el granuloma periapical, estadio inicial de una displasia cemento ósea, quiste óseo traumático, queratoquiste y, cuando rara vez presenta calcificación en su lumen, puede ser diagnóstico diferencial de lesiones radiográficas de tipo mixtas como el tumor odontogénico adenomatoide.⁸

El objetivo del presente trabajo es describir un caso de quiste odontogénico inflamatorio cuya presentación imagenológica no es la habitual.

Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 13 años, acompañada por su madre, que llega derivada a la clínica de posgrado de cirugía maxilofacial por hallazgo radiográfico encontrado en radiografía panorámica y radiografía retroalveolar de premolares izquierdos inferiores.

No presenta antecedentes mórbidos, no refiere alergias o uso habitual de fármacos. Posee un antecedente quirúrgico de artritis séptica de rodilla al año y medio de vida.

El examen clínico general y segmentario de cabeza/cuello se muestra sin alteraciones.

En el examen intraoral se observa lo siguiente: paciente dentada total, mordida abierta anterior, leve compresión anterior maxilar, mucosa sin alteraciones. Vestíbulos desocupados, piso de boca depresible sin alteraciones. No se aprecian aumentos de volumen en tablas óseas.

En el examen imagenológico, mediante tomografía *cone beam*, se aprecia una lesión predominantemente radiolúcida de bordes definidos escleróticos entre dientes 34 y 35 con pequeña radiopacidad central (carácter mixto) que produce una leve expansión de las tablas sin destruirlas (fig. 1).

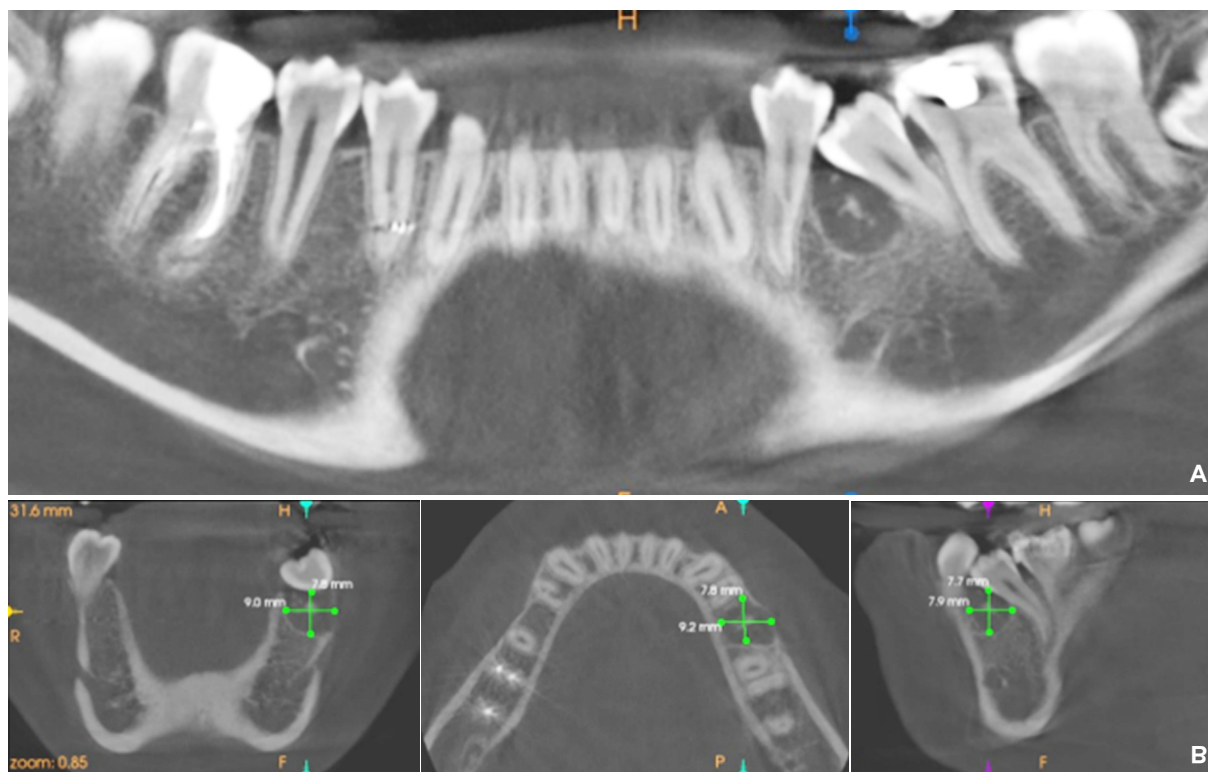


Figura 1. Tomografía cone beam. A. Imagen panorámica. B. Imagen coronal, sagital y axial.

La hipótesis diagnóstica fue tumor odontogénico adenomatoide y quiste odontogénico calcificante por el carácter imagenológico mixto.

Se propone como plan de tratamiento la biopsia excisional de la lesión cuyo consentimiento fue firmado por la madre.

Se realiza en pabellón ambulatorio bajo anestesia local con abordaje crevicular, decolado mucoperiostico de la zona, exéresis de la lesión con buen plano de clivaje, legrado mecánico de la zona e irrigación con solución fisiológica (fig. 2).

Se obtiene una muestra de 10 x 5 mm aproximadamente, la cual es fijada en solución de formalina (fig. 3).

Se realizó reposicionamiento del colgajo con sutura reabsorbible. No se presentan complicaciones en la cirugía.

En el control transcurridos 7 y 14 días de la cirugía no se presentaron complicaciones.

Microscópicamente se observaron múltiples segmentos de tejido fibroso denso, infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocitario extenso y múltiples islas de epitelio odontogénico inactivo. La pared quística se encontraba revestida por un epitelio plano pluriestratificado no queratinizado. Adyacente a la pared quística, en la luz de la cavidad, se observó un material basófilo compatible con matriz amorfa

calcificada además de colonias bacterianas a su alrededor (fig. 4). El diagnóstico anatomopatológico fue quiste inflamatorio con tejido calcificado.

Discusión

La hipótesis diagnóstica fue tumor odontogénico adenomatoide (TOA) debido a que no se comprometía la vitalidad de los dientes, la ubicación que presentaba y las características radiográficas de la tomografía cone beam.^{11,12} El TOA se presenta como una lesión unilocular de carácter mixto en su imagenología, que expande tablas y genera desplazamiento

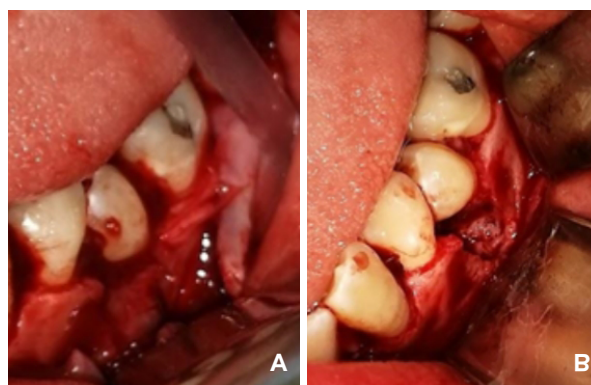


Figura 2. Imágenes intraoperatorias. A. Exposición de lesión quística. B. Lecho quirúrgico posterior a la biopsia excisional.



Figura 3. Imagen macroscópica de la lesión quística.

dentario.^{13,14} Por lo tanto, como tratamiento se realizó una biopsia excisional con enucleación de la lesión y posterior curetaje mecánico del lecho quirúrgico y mantención del diente en mal posición.¹ La histopatología finalmente reveló que dicha lesión correspondía a un quiste de tipo inflamatorio con calcificaciones en su interior.

Respecto de la imagenología, la literatura no señala a los quistes inflamatorios con imágenes de tipo mixtas; sin embargo, las estructuras radiopacas se pueden deber a la formación de calcificaciones distróficas. Las calcificaciones distróficas son el tipo de calcificación más común dentro de los trastornos de depósito de sales insolubles.¹⁵ Esta alteración se origina en tejidos previamente dañados ya sea de origen traumático, inflamatorio y neoplásico y presentan una imagenología radiopaca-mixta.¹⁶ La escasez en la literatura de reportes de estas calcificaciones en quistes inflamatorios se puede deber principalmente a que, debido a su origen, estos quistes no son generalmente biopsiados, por lo que no se evalúa microscópicamente su contenido.^{17,18}

En este caso los dientes adyacentes a la lesión se encontraban vitales, lo que hace pensar que el posible origen de su desarrollo se deba a un quiste cuyo origen es de un diente temporal exfoliado o extraído con anterioridad. La ubicación del quiste provocó posiblemente la erupción anómala del diente 35 generando una posición mesial de su corona con una impactación hacia el diente 34, el cual fue derivado a ortodoncia para su manejo.

Es importante señalar que el estudio anatomopatológico es fundamental para su correcto diagnóstico,

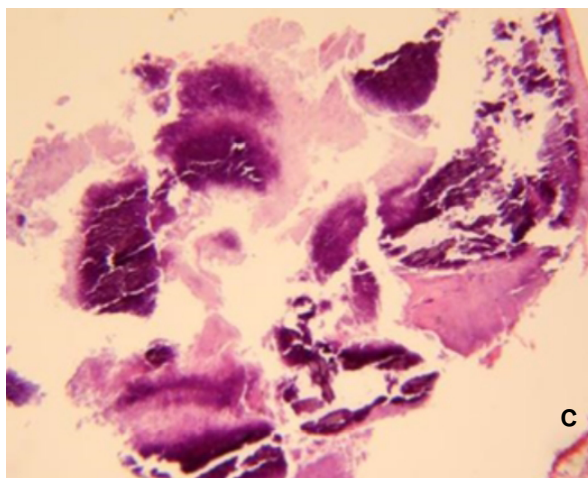
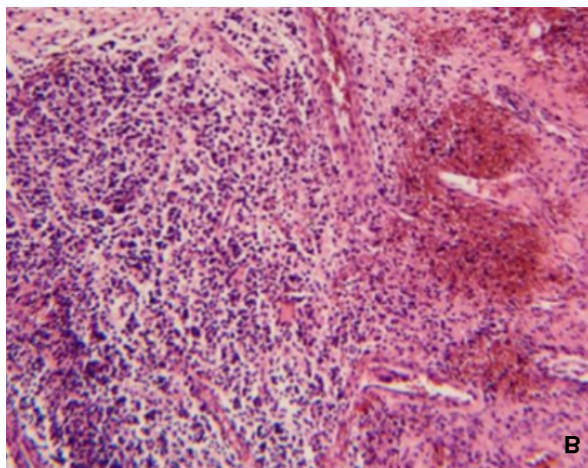
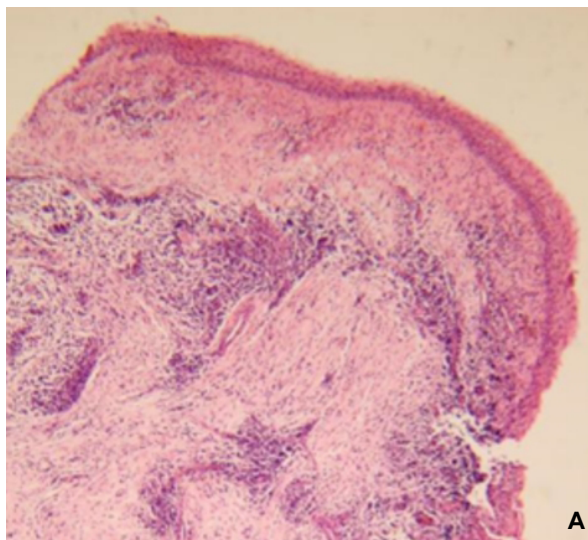


Figura 4. Imágenes microscópicas con tinción hematoxilina-eosina **A.** Pared quística: epitelio pluriestratificado no queratinizado y cápsula fibrosa. Magnificación 10x. **B.** Infiltrado inflamatorio crónico. Magnificación 40x. **C.** Matriz amorfa calcificada. Magnificación 100x.

ya que estas lesiones quísticas presentan variabilidad en su presentación clínica e imagenológica, y pueden parecer lesiones de comportamiento agresivo.

En lesiones quísticas y tumorales en el territorio maxilofacial que involucren dientes, es imprescindible realizar un examen de vitalidad pulpar con el fin de determinar el factor etiológico y el plan de tratamiento adecuado, que puede ir desde lo más conservador, como la endodoncia, hasta tratamientos más agresivos como la resección en bloque.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en relación con este artículo científico.

Fuentes de financiamiento

Este artículo científico fue financiado exclusivamente por los autores.

Identificadores ORCID

FPH  0000-0001-6938-0951
GPC  0000-0001-6235-446X
CSP  0000-0001-7855-460X
DFE  0000-0002-1672-9205
FPF  0000-0003-1889-245X

Referencias

1. Bilodeau EA, Collins BM. Odontogenic cysts and neoplasms. *Surg Pathol Clin* 2017;10:177-22. <https://doi.org/10.1016/j.path.2016.10.006>
2. Carlson ER. Symposium on pediatric OMS Pathology. Odontogenic cysts and tumors. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65:1-2. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2007.06.007>
3. Wright JM, Vered M. Update from the 4th edition of the world health organization classification of head and neck tumors: odontogenic and maxillofacial bone tumors. *Head Neck Pathol* 2017;11:68-77. <https://doi.org/10.1007/s12105-017-0794-1>
4. Sivapathasundharam B, Biswas PG, Preethi S. The World Health Organization classification of odontogenic and maxillofacial bone tumors: an appraisal. *J Oral Maxillofac Pathol* 2019;23:178-86. https://doi.org/10.4103/jomfp.JOMFP_211_19
5. Keinan D, Cohen RE. The significance of epithelial rests of Malassez in the periodontal ligament. *J Endod* 2013;39:582-7. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2013.01.004>
6. Vitali Kammer P, Weber Mello F, Riet Correa Rivero E. Comparative analysis between developmental and inflammatory odontogenic cysts: retrospective study and literature review. *Oral Maxillofac Surg* 2020;24:73-84. <https://doi.org/10.1007/s10006-019-00816-8>
7. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Oral and Maxillofacial Pathology*, 4ª ed., Missouri, Saunders, 2016, pp. 119-22.
8. Martin LHC, Speight PM. Odontogenic cysts: an update. *Diagn Histopathol* 2017;23:260-65. <https://doi.org/10.1016/j.mpdhp.2017.04.006>
9. Main D. Epithelial jaw cysts: a clinicopathological reappraisal. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1970;8:114-25.
10. Hume WJ, Moore JK, Main DMG. Differences in *in vitro* growth of epithelium from inflammatory and developmental odontogenic cysts. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1990;28:85-8. [https://doi.org/10.1016/0266-4356\(90\)90127-7](https://doi.org/10.1016/0266-4356(90)90127-7)
11. Poulson TC, Greer RO. Adenomatoid odontogenic tumor: clinicopathologic and ultrastructural concepts. *J Oral Maxillofac Surg* 1983;41:818-24.
12. Tajima Y, Sakamoto E, Yamamoto Y. Odontogenic cyst giving rise to an adenomatoid odontogenic tumor: report of a case with peculiar features. *J. Oral Maxillofac Surg* 1992;50:190-3. [https://doi.org/10.1016/0278-2391\(92\)90370-f](https://doi.org/10.1016/0278-2391(92)90370-f)
13. Fuentes R, Álvarez G, Arias A, Borie-Echevarría E, Días F. Periodontitis apical: caracterización histológica y morfométrica de quistes radiculares y granulomas periapicales. *Int J Morphol* 2018 [citado el 16 de mayo de 2020];36:1268-74. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-975694>
14. Lee JK, Lee KB, Hwang BN. Adenomatoid odontogenic tumor: a case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2000;58:1161-4. <https://doi.org/10.1053/joms.2000.9581>
15. Ide F, Matsumoto N, Miyazaki Y, Kikuchi K, Kusama K. Recurrence of adenomatoid odontogenic tumor. *J Oral Pathol Med* 2019;48:96-7. <https://doi.org/10.1111/jop.12798>
16. Klatt, EC. Robins y Cotran. *Atlas de Anatomía Patológica*, 1ª ed., Madrid, Elsevier, 2007, pp. 139-51.
17. Kumar V, Abbas AK, Fausto N. *Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional*, 10ª ed., Madrid, Elsevier, 2015.
18. Main DMG. Epithelial jaw cysts: a clinicopathological reappraisal. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1970;8:114-25. [https://doi.org/10.1016/s0007-117x\(70\)80002-6](https://doi.org/10.1016/s0007-117x(70)80002-6)

Cómo citar este artículo

Palavecino Herrera F, Pineda Concha C, Somarriva Pinto C, Fonseca Escobar D, Parada Fernández F. Quiste inflamatorio con tejido calcificado. Presentación de un caso clínico. *Rev Asoc Odontol Argent* 2022;110:43-47. <https://doi.org/10.52979/raoa.1144>

Contacto:

DIEGO EDUARDO FONSECA ESCOBAR
d.fonsecaescobar@gmail.com
Echaurren 237 (8370133)
Santiago, Chile