



caso
clínico

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL entre AMELOBLASTOMA y QUISTE radicular. A PROPÓSITO DE UN CASO

Goyoaga Sánchez E, Loughney González A, Sánchez Sánchez R, Fernández Domínguez M.
Diagnóstico diferencial entre ameloblastoma y quiste radicular. A propósito de un caso. *Cient. Dent.* 2012; 9; 1.



Goyoaga Sánchez, Elena
Odontóloga. Alumna del Máster Oficial de Cirugía Oral Avanzada e Implantología USP-CEU.

Loughney González, Aitana
Coordinadora del Máster de Cirugía Oral Avanzada e Implantología USP-CEU. Odontóloga. Máster en Cirugía Bucal e Implantología. Profesora en la facultad de Medicina CEU-USP.

Sánchez Sánchez, Ruth
Cirujano Oral y Maxilofacial. Profesora en el Máster de Cirugía Oral Avanzada e Implantología USP-CEU. Profesora en la facultad de Medicina CEU-USP.

Fernández Domínguez, Manuel
Director del Máster Oficial de Cirugía Oral Avanzada e Implantología USP-CEU. Jefe de Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del grupo Hospital Madrid. Director del departamento de odontología en la USP-CEU.

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:

Aitana Loughney González
ailogo_8146@hotmail.com

Fecha de recepción: 12 de julio de 2011.
Fecha de aceptación para su publicación:
2 de noviembre de 2011.

RESUMEN

Se realiza una revisión sobre el diagnóstico diferencial entre ameloblastoma y quiste radicular residual. El ameloblastoma es un tumor benigno, del epitelio odontogénico, al igual que el quiste residual, que a su vez debe estar relacionado con un diente ya exodonciado en la arcada. En el caso que se presenta, el diagnóstico de presunción fue un ameloblastoma y el diagnóstico de certeza anatomopatológico final, reveló que se trataba de un quiste radicular residual. Se trataba de un varón de 66 años, que acudió a Consulta en el Hospital Universitario de Madrid-Torrelodones para rehabilitar con implantes las zonas edéntulas que presentaba, se solicitó una ortopantomografía, que reveló una lesión radiolúcida, de bordes definidos con tamaño aproximado de 10x3 cm, localizado en el cuerpo mandibular derecho, sin manifestaciones clínicas. Se realiza la exéresis de la lesión bajo anestesia general, y se rellena la cavidad con un aloinjerto óseo desmineralizado para rehabilitar posteriormente con implantes.

PALABRAS CLAVE:

Ameloblastoma; Quiste radicular residual; Aloinjerto óseo.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS BETWEEN AMELOBLASTOMA AND RADICULAR CYST. A CASE REPORT

ABSTRACT:

A review is made on the differential diagnosis between ameloblastoma and residual radicular cyst. The ameloblastoma is a benign tumour of the odontogenic epithelium, like the residual cyst which in turn must be related to a tooth already extracted in the arch. In the case that is presented, the certain final anatomopathological diagnosis revealed that it was a residual radicular cyst. The case dealt with a male of 66 years of age, who went to the Office of the Hospital Universitario de Madrid-Torrelodones to rehabilitate the edentulous areas with implants; an orthopantomograph was requested, which revealed a radiolucent lesion, with defined borders and a size of approximately 10x3 cm, located in the right mandibular body, without clinical symptoms. The excision of the lesion was performed under general anaesthesia and the cavity filled with a demineralized bone allograft to later rehabilitate with implants.

KEY WORDS

Ameloblastoma; Residual radicular cyst; Bone allograft.

INTRODUCCIÓN:

El ameloblastoma y el quiste radicular residual son tumores odontogénicos benignos de origen epitelial. Un acertado diagnóstico es de vital importancia para enfocar un adecuado tratamiento.

El ameloblastoma, se define como un tumor epitelial de los maxilares polimorfos benignos, pero localmente invasivo, compuesto por una proliferación de epitelio odontógeno, generalmente con un patrón folicular o plexiforme, derivado de células con potencialidad para reproducir la estructura del órgano del esmalte, antes de que éste se haga funcional y produzca esmalte. La frecuencia relativa de los ameloblastomas, según algunos estudios, es del 25,65 % dentro de los tumores odontógenos, sólo precedidos por el grupo de los odontomas, que representan el 43,5 %.^{1,2} Su localización predilecta es la mandíbula, donde se originan el 80 % de los casos sobre todo a nivel de ángulo.^{1,2}

Los quistes residuales, se clasifican dentro de los quistes inflamatorios radiculares, paradentales, periodontales, o apicales³. El epitelio procede de los restos epiteliales de Malassez originados en los vestigios de la vaina de Hertwig. La proliferación de las células epiteliales, se hace de modo irregular, las células situadas en el interior sufren una degeneración hidrópica y se necrosan, formando una cavidad llena de líquido. Por otro lado, las células plasmáticas de la vecindad sufren lipodistrofia y se incorporan al contenido líquido. Los quistes residuales están relacionados con un diente ausente en la arcada, ya exodonciado.^{2,3}

Se presenta el caso de un varón, que acude a consulta, interesado en rehabilitar los espacios edéntulos con implantes. Tras una ortopantomografía, como hallazgo radiológico casual, se evidencia una tumoración en el cuerpo mandibular derecho. Se solicita un TAC para ver los límites de la lesión y el comportamiento de la misma.

Se realiza la exéresis de la lesión, compatible con un quiste residual y posteriormente se rellena el defecto con aloinjerto desmineralizado, con el objetivo de rehabilitar la zona tratada tras un periodo de osificación.

CASO CLÍNICO:

Paciente varón, de sesenta y seis años, sin alergias conocidas hasta el momento, ni antecedentes médicos relevantes, acude a consulta del Hospital Universitario de Madrid-Torrelodones, para rehabilitar con implantes la zona edéntula que presenta.

En la exploración clínica extraoral, se observa afectación ganglionar de la cadena cervical derecha. Durante la exploración intraoral, se evidencia una periodontitis generalizada, macroglosia, restauraciones fijas dentosoportadas en primer y segundo cuadrante y brechas edéntulas en 25, 26, 27 y 28 en el segundo cuadrante, 34, 35 y 36 en el tercer cuadrante y 44, 45, 46, 47 y 48 en el cuarto cuadrante. Se solicita una

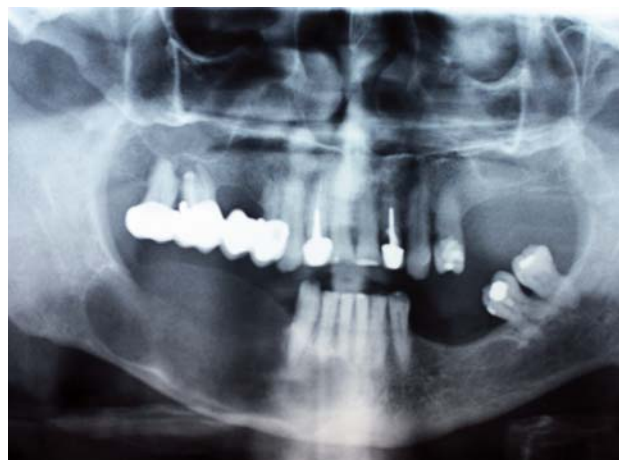


Fig. 1: Ortopantomografía.

ortopantomografía y como hallazgo radiológico casual, se encuentra una lesión radiolúcida, de bordes definidos, con un tamaño aproximado de 10x3 cm, localizado en el cuerpo mandibular derecho. El paciente no refería dolor ni sintomatología alguna (Fig. 1).

Como prueba radiológica complementaria y debido al tamaño del quiste, se solicitó un TAC mandibular, para valorar la extensión y morfología de la lesión. Se observa el abombamiento que el quiste produce en las corticales lingual y vestibular. Se mantiene la integridad de las mismas. La extensión del quiste discurre desde el comienzo de la rama mandibular derecha hasta el primer incisivo inferior derecho, llegando a la basal mandibular (Fig. 2).

Se realiza una biopsia incisional que establece el diagnóstico de quiste radicular.

El fragmento corresponde a tejido conectivo-vascular constituido por una matriz collagenizada, más laxa y de apariencia mixoide en áreas, que alberga un reducido número de células de hábito fibroblástico sin atipia ni actividad proliferativa, así

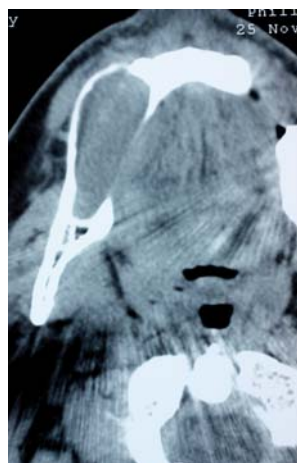


Fig. 2: TAC mandibular donde se evidencia el abombamiento de las corticales.



Fig. 3: Despegamiento mucoperióstico con incisión tipo Newman completa.



Fig. 4: Exéresis del quiste con una pinza mosquito.

como vasos sanguíneos de calibre capilar en torno a los cuales se observan leves infiltrados inflamatorios linfocitarios, con presencia de algunos siderófagos. No se identifican nidos de epitelio ameloblástico.

Se descarta el ameloblastoma, se programa la cirugía para la biopsia excisional con enucleación completa del quiste.

Bajo anestesia general, se realiza un colgajo tipo Newman completo, con incisiones de descargas alejadas de la lesión. Tras el despegamiento subperióstico, se evidencia una erosión de la cortical vestibular, se procede a disecar la cápsula quística. Se produce una rotura de la cortical vestibular por su extrema delgadez lo que facilita la escisión del quiste. El nervio dentario inferior queda completamente expuesto (Figs. 3, 4, 5). Se irriga con povidona yodada y se realiza regeneración ósea con un aloinjerto desmineralizado comercializado en jeringa. (Fig. 6). Finalmente se sutura con sutura reabsorbible multifilamento (Fig. 7). Se prescribe antibiótico, antiinflamatorio y analgésico. Se envía la muestra obtenida a anatomía patológica para obtener el diagnóstico de



Fig. 5: Cuidad quística donde se observa del nervio dentario inferior y el abombamiento óseo producido por el quiste.



Fig. 6: Regeneración ósea en cavidad quística residual con injerto de hueso particulado.



Fig. 7: Sutura reabsorbible
Figura de 3.0.

certeza. A la semana de la intervención el paciente acude a revisión, refiere inflamación y dolor comprendidos dentro de la normalidad. Se comprueba que la zona está libre de infección y permanece higienizada.

A los 6 meses se realiza una radiografía panorámica de control de osificación que revela ausencia de recidiva (Fig. 8).

DISCUSIÓN:

La mayoría de los autores revisados establecen un consenso con respecto a los siguientes puntos:

Entre todos los procesos tumorales, quizás el más importante sea el referido a los quistes maxilares por su elevada frecuencia.^{2,4,5,6}

Los quistes representan sin duda, un peligro para la integridad del componente maxilo facial. Ocasionan trastornos funcionales y estéticos de variable intensidad, este motivo hace que el



Fig. 8: Ortopantomografía a los 6 meses de la intervención.

diagnostico precoz y un tratamiento adecuado cobren vital importancia.^{2,4,5,6}

El ameloblastoma generalmente no es clasificado como una lesión maligna, es una neoplasia benigna con un gran componente invasivo. Puede ser unilocular. Sus localizaciones más frecuentes son ángulo y rama mandibular. Las lesiones uniloculares tienen cápsula, a diferencia de las multiloculares que carecen de ella.^{1,7,8,9}

El quiste radicular residual aparece en el lugar que ocupaba el diente una vez realizada la exodoncia. La histología y clínica son idénticas al quiste radicular puesto que se trata de la misma entidad nosológica. Normalmente no es de gran tamaño, al contrario del caso que se presenta, y su localización no tiene una zona predilecta como el ameloblastoma, se relaciona con un diente exodonciado en esa zona. Suele ser de menor tamaño y de crecimiento lento, pero en ocasiones puede llegar a un tamaño comparable con quistes más invasivos como el ameloblastoma.^{2,4,5,9}

La biopsia previa ante esta dicotomía es muy relevante ya que el tratamiento del ameloblastoma requiere márgenes de seguridad.

CONCLUSIÓN:

Dentro de la patología de los quistes maxilares, a veces es difícil el correcto diagnóstico clínico por la infinidad de lesiones quísticas que encontramos en los maxilares.

La naturaleza precisa de las lesiones periapicales sólo puede ser determinada histológicamente. Por lo tanto el diagnóstico será clínico y radiológico, pero siempre tendrá que ser confirmado por examen anatomopatológico.

Solicitar pruebas radiológicas en revisiones anuales es de vital importancia para poder diagnosticar lesiones que en ocasiones carecen de clínica. La exéresis de las mismas de forma temprana, evitará abordajes quirúrgicos agresivos y favorecerá el pronóstico de la rehabilitación.



BIBLIOGRAFÍA

1. Torres D, Infante P, Hernández JM, Gutiérrez JL. Mandibular ameloblastoma. A review of the literature and presentation of six cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10:231-8.
2. Rodríguez L, Giardinu R, Arte M, Blanco A. Quistes de los maxilares. *Rev Cubana Estomatol* 2006; 43: 4-100.
3. Sanhu HS, Khan SN, Suh DY, Boden SD. Demineralized bone matrix, bone morphogenetic proteins, and animal models of spine fusion an overview. *J Eur Spine* 2001; 10:122-131.
4. Zaragoza Dolz V, Bagán Sebastian JV, Peñarocha Diago M. Quistes odontogénicos radiculares. Estudio clínico patológico de 62 casos. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia, Facultad de Odontología. Valencia. 2007.
5. Pindborg J, Kramer I.R. Tipos histológicos de tumores odontogénicos, quistes de los maxilares y lesiones afines. Organización mundial de la salud, Ginebra. 1972;24-26.
6. Mosqueda A, Irigoyen ME, Torres MA. Quistes odontogénicos. Análisis de 856 casos. *Med oral*. 2002; 7:89-96.
7. Zwahlen RA, Grätz KW. Maxillary ameloblastomas: a review of the literature and of a 15-year database. *J Craniomaxillofac Surg*. 2002; 30:273-9.
8. Bodner L, Manor E, Glazer M, Brennan PA. Cystic lesions of the jaws in edentulous patients: analysis of 27 cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010;11.
9. Prockt AP, Schebela CR, Maito FD, Sant'Ana-Filho M, Rados PV. Odontogenic cyst: analysis of 600 cases in Brazil. *Head Neck Pathol*. 2008;2:150-6.