

Tratamiento de un quiste radicular. Quistectomía, apicectomías de los dientes afectados y regeneración ósea guiada

Caamaño D¹, Padrón N², Suárez JM³

RESUMEN

Los quistes radiculares son una de las patologías más frecuentes que nos podemos encontrar en nuestra práctica clínica diaria. En ocasiones, pueden cursar sin presentar sintomatología, afectando principalmente a los ápices de los dientes involucrados. Radiográficamente, se caracterizan por presentar una radiolucidez unilocular ovalada a nivel de la región periapical. En el caso clínico que presentamos, se describe el manejo terapéutico de un quiste radicular de grandes dimensiones presente a nivel de la región anterior de la mandíbula.

PALABRAS CLAVE: quiste radicular, apicectomía, enucleación, regeneración ósea guiada.

ABSTRACT

Radicular cysts are one of the most common pathologies we encounter in our daily clinical practice. They can sometimes be asymptomatic, primarily affecting the apices of the involved teeth. Radiographically, they are characterized by an oval, unilocular radiolucency in the periapical region. The clinical case presented here describes the therapeutic management of a large radicular cyst in the anterior region of the mandible.

KEY WORDS: radicular cyst, apicoectomy, enucleation, guided bone regeneration.

INTRODUCCIÓN

Dentro del grupo de los quistes de los maxilares, los quistes radiculares son los más comunes. Tienen su origen a partir de residuos epiteliales en el ligamento periodontal en respuesta a una infección periapical posterior a una necrosis pulpar¹.

En cuanto a su presentación clínica, aunque la mayoría de estas lesiones son asintomáticas y suelen ser detectadas de manera casual, en algunas ocasiones pueden aumentar de tamaño y provocar complicaciones como la aparición de deformidad facial, el borramiento del vestíbulo bucal, el aumento de la temperatura, fistulización, la tendencia a separar los dientes próximos o la aparición de síntomas por compresión de estructuras adyacentes. En el caso de que alguno de estos quistes se abscesifique, puede presentar una sintomatología aguda con las manifestaciones propias de una periodontitis aguda supurada².

A nivel radiográfico, aunque no siempre es posible realizar la diferenciación entre un quiste y un granuloma apical inflamatorio, los quistes suelen tener un mayor tamaño y presentar unos límites bien definidos de la lesión³. Estos quistes se presentan como secuela directa de la

periodontitis apical crónica. Si bien la prevalencia reportada de quistes que se desarrollan a partir de lesiones de periodontitis apical varía entre el 6 % y el 55 %, investigaciones basadas en cortes seriados meticulosos y criterios histopatológicos estrictos muestran que su prevalencia real es muy inferior al 20 %⁴.

Los quistes radiculares pueden tratarse con endodoncia quirúrgica, la extracción del diente problemático, enucleación con cierre primario o marsupialización y enucleación¹. En el caso clínico que presentamos, describimos el manejo terapéutico empleado en un quiste radicular de grandes dimensiones, con afectación de los cuatro incisivos inferiores, consistente en el tratamiento quirúrgico del mismo mediante su enucleación, seguido por la realización de las apicectomías y obturaciones a retro de los dientes afectados, y la posterior regeneración ósea guiada a nivel del defecto.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente varón de 30 años que acudió a nuestra clínica presentando dolor a nivel de la región anterior de la mandíbula. En la exploración clínica, pudimos apreciar la presencia de tumefacción localizada en >>>

¹Caamaño Martínez, Domingo. Doctor en Odontología por la Universidad de Santiago de Compostela. Máster en Terapéutica Dental (USC). Especialista Universitario en Implantología Oral (USC).

²Padrón González, Natalia. Licenciada en Odontología por la Universidad de Santiago de Compostela. Postgrado en Atención Odontológica en Pacientes Especiales y Médicamente Comprometidos (USC). Diploma de Estudios Avanzados (USC).

³Suárez Quintanilla, José María. Profesor Titular de Cirugía Oral. Universidad de Santiago de Compostela.

CORRESPONDENCIA: Domingo Caamaño Martínez. C/ Santa Uxía nº 9 - 15960 Ribeira. A Coruña.

CORREO ELECTRÓNICO: domingocaamanho@gmail.com

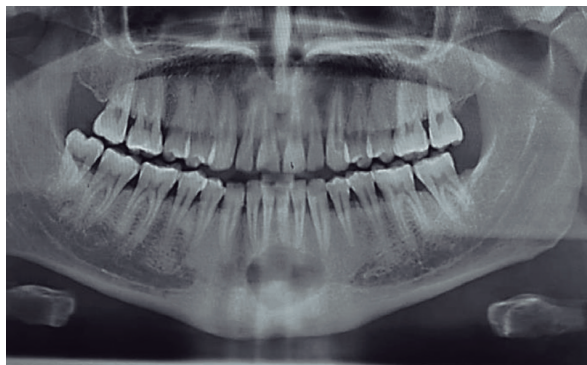


FIGURA 1



FIGURA 2

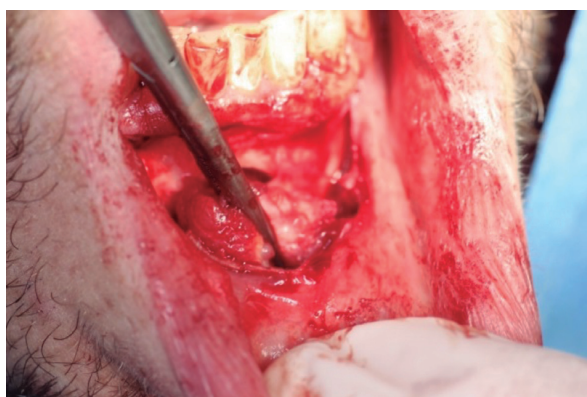


FIGURA 3



FIGURA 4

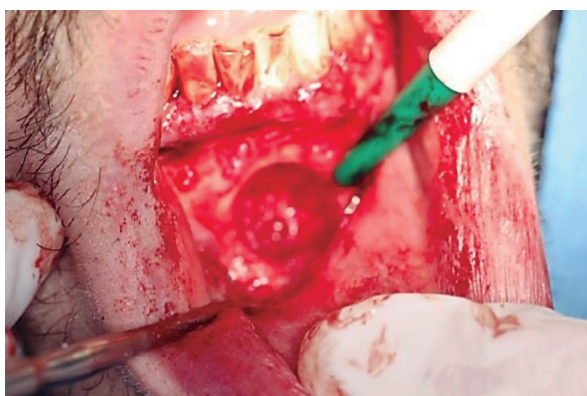


FIGURA 5

»»» dicha zona, y a la palpación se observaba la presencia de exudado que se intensificaba al realizar la tracción del labio inferior.

Se le realizó una ortopantomografía, en la que se podía observar una lesión radiolúcida ovalada de gran tamaño y con bordes bien definidos localizada en la región del mentón, envolviendo los ápices de los dientes 3.2, 3.1, 4.1, y 4.2. (Figura 1). Procedimos a la realización de las pruebas de vitalidad en dichos dientes, resultando negativas en todos ellos.

TRATAMIENTO

Basándonos en las pruebas descritas anteriormente, planificamos la realización del tratamiento endodóntico de los dientes afectados, para posteriormente proceder a la enucleación del quiste, realización de las apicectomías y la regeneración ósea guiada del defecto resultante. Tras informar al paciente sobre el plan de tratamiento planificado, obtuvimos el consentimiento informado por parte de este.

En primer lugar, realizamos el tratamiento endodóntico de los dientes 3.2, 3.1, 4.1, y 4.2. Una vez finalizado, programamos el procedimiento quirúrgico y le recetamos un antibiótico (amoxicilina /ácido clavulánico 875 mg/125 mg), un antiinflamatorio (*deflazacort* 30 mg) y un analgésico (*metamizol* 575 mg).

Tras la administración de anestesia local practicamos una incisión a nivel del fondo del vestíbulo, reflejando un colgajo mucoperióstico de espesor total, para poder lograr una correcta visualización del área a tratar. Seguidamente, mediante el empleo de un periostótomo y unas pinzas mosquito fuimos despegando la lesión quística de las paredes óseas hasta lograr una completa excisión de la misma (Figuras 2-5). »»»

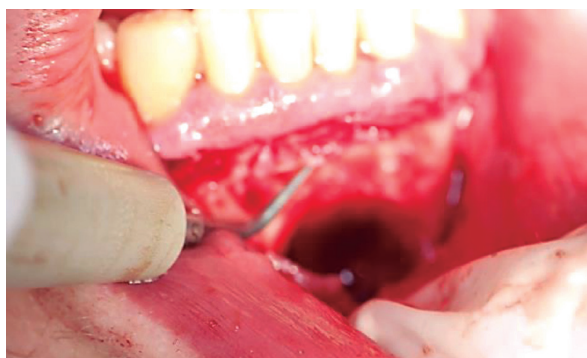


FIGURA 6



FIGURA 7



FIGURA 8



FIGURA 9



FIGURA 10



FIGURA 11

»»» A continuación, llevamos a cabo la realización de las apicectomías de los dientes afectados, practicando la resección de las raíces a unos 3 mm del ápice. Las cavidades a retro fueron realizadas mediante el empleo de ultrasonidos, y para la obturación de estas empleamos MTA (*MTA Angelus® White*) (Figuras 6 y 7). Por último, realizamos la regeneración ósea guiada en la zona del defecto, mediante la utilización de hueso

particulado y una membrana de colágeno reabsorbible, efectuando el cierre del colgajo con una sutura de seda de 3-0 (Figuras 8-11).

Se dieron instrucciones posoperatorias al paciente y se mantuvo la medicación anteriormente descrita durante siete días. El paciente fue citado después para su revisión a los 7 días, 15 días, 1 mes, 3 meses, 6 meses y 1 año. »»»



FIGURA 12

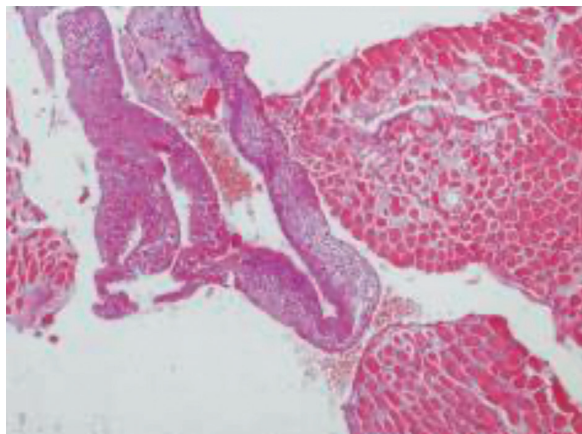


FIGURA 13

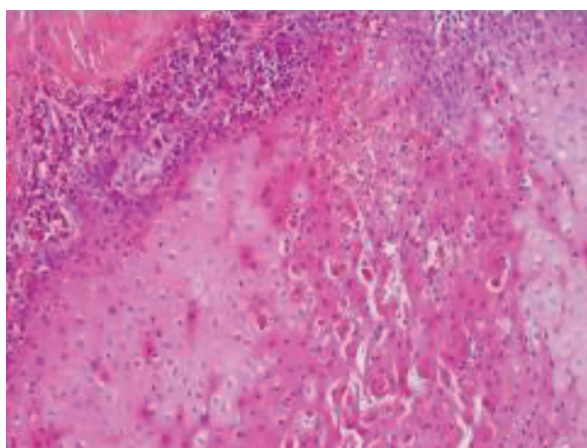


FIGURA 14

»»» Estudio histopatológico

La lesión extirpada fue enviada al laboratorio de anatomía patológica para su estudio (Figura 12). El informe histopatológico recibido confirmó el diagnóstico de lesión compatible con quiste odontogénico, detallando en su descripción macroscópica que el material remitido era un fragmento irregular de tejido que medía 2,5 x 2 cm de diámetros mayores, siendo de coloración blancogrisácea a la sección y de consistencia elástica. En su descripción microscópica, se identificó abundante tejido fibroso colagenizado, observándose en su espesor fragmentos aislados de epitelio escamoso ordenado y maduro, apreciando además moderado infiltrado inflamatorio de tipo linfoplasmocitario, así como hemosiderófagos (Figuras 13-14).

DISCUSIÓN

El quiste radicular o periapical pertenece al grupo de quistes inflamatorios según la clasificación de

quistes y tumores odontogénicos publicada por la OMS en 1992.

En cuanto a su epidemiología, decir que es el más frecuente de los quistes odontogénicos, sobre todo en varones y entre la tercera y la sexta década de la vida².

El equipo de Torres-Lagares⁴ considera que, aunque la prevalencia descrita para quistes que se desarrollan a partir de lesiones de periodontitis apical varía entre el 6 % y el 55 %, su prevalencia real es muy inferior al 20 %.

Del mismo modo, Nair⁵ afirma que a pesar de que en los últimos años varios autores han perpetuado la idea de que casi la mitad de las lesiones periapicales son quistes radiculares, la incidencia real de quistes radiculares es de tan solo alrededor del 15% de todas las lesiones periapicales.

En cuanto a la prevalencia de los quistes radiculares en ambos maxilares, hay que destacar que es del 60 % en el maxilar superior en comparación con la mandíbula⁶.

En 1980 Simon⁷ describió la existencia de dos tipos de quistes radiculares, aquellos que contienen una cavidad completamente cerrada y revestida por epitelio, y son denominados quistes radiculares verdaderos, y los quistes de bolsa periapicales, que contienen cavidades revestidas de epitelio que se abren a los conductos radiculares.

El tratamiento de este tipo de lesiones deberá ser lo más conservador posible, evitando siempre que se pueda la extracción dentaria², y va a depender de su localización, su proximidad a estructuras esenciales, la presentación clínica y el estado de salud general del paciente¹.

Existen autores que defienden la realización de un tratamiento conservador mediante el empleo de la endodoncia, pero debemos tener en consideración »»»

»» que si se trata de un quiste de bolsa periapical puede cicatrizar con éxito, pero si es un quiste verdadero apical, presenta menos probabilidades de resolución sin tratamiento quirúrgico⁵.

Además, debemos tener en cuenta el tamaño que presenta la lesión a tratar ya que, en aquellos quistes de gran tamaño, el tratamiento endodóntico por sí solo no es eficaz y debe asociarse a una descompresión, una marsupialización o incluso a la enucleación⁶.

En una revisión de la literatura al respecto publicada por Fernandes⁹, describe que el tratamiento no quirúrgico de las lesiones periapicales ha demostrado una alta tasa de éxito, recomendando un enfoque no quirúrgico antes de recurrir a la cirugía. Afirma que las técnicas de descompresión y aspiración-irrigación pueden utilizarse cuando existe drenaje de líquido quístico de los conductos, ya que actúan disminuyendo la presión hidrostática dentro de las lesiones periapicales. En aquellos casos en que no existe drenaje de líquido de los conductos, el hidróxido de calcio o la pasta antibiótica triple pueden resultar beneficiosos, y la realización de exámenes de seguimiento periódicos son esenciales para poder supervisar la curación de las lesiones periapicales. Se recomienda el tratamiento quirúrgico en casos refractarios al tratamiento no quirúrgico, en conductos obstruidos o intransitables, y en casos donde no es posible el seguimiento a largo plazo de las lesiones periapicales.

Para Talpos-Niculescu¹⁰, las lesiones periapicales grandes de aspecto quístico responden favorablemente al tratamiento endodóntico no quirúrgico. Si bien el período de evaluación debe ser más largo considerando el manejo conservador de estos casos, las principales ventajas de la terapia endodóntica residen en los procedimientos mínimamente invasivos, con altas tasas de curación en los pacientes tratados. Las intervenciones quirúrgicas extensas son innecesarias en los casos en que el tratamiento endodóntico puede realizarse con éxito.

Otros autores realizan la enucleación asistida por endoscopia para los quistes de gran tamaño, afirmando que puede ser un método tan conservador como la marsupialización, permitiendo la preservación de importantes estructuras circundantes, con la mayor ventaja de la realización del tratamiento en un solo paso, con un período de curación reducido y una morbilidad muy baja¹¹.

En el caso que presentamos, optamos por la realización del tratamiento endodóntico de los dientes afectados y su posterior apicectomía con obturación a retro para intentar la conservación de estos. Además, debido al tamaño de la lesión, y ya que su localización no comprometía estructuras anatómicas importantes, decidimos realizar el tratamiento

quirúrgico de la misma mediante su enucleación y posterior regeneración ósea guiada, adoptando una actitud terapéutica de lo más conservadora.

CONCLUSIÓN

El tratamiento descrito en este caso clínico, que combina el tratamiento endodóntico de los dientes involucrados, enucleación del quiste, apicectomías y la posterior regeneración ósea guiada, puede ser una opción terapéutica a tener en cuenta en este tipo de lesiones, ya que nos va a permitir la conservación de los dientes afectados, evitando su exodoncia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gurav T, Sontakke P, Thakare A, et al. (April 28, 2024) The Surgical Management of a Radicular Cyst in the Maxillary Anterior Region - A Case Report. *Cureus* 16(4): e59216. DOI 10.7759/cureus.59216
2. García Monleón L, Arroyo Rodríguez S, Bilbao Alonso A, Cebrián Carretero JL. Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. Capítulo 5. Quistes maxilares.
3. García-Rubio A, Bujaldón Daza AL, Rodríguez Archilla A. Lesiones periapicales: diagnóstico y tratamiento. *Av Odontoes-tomatol* [Internet]. 2015 feb [citado 2025 Jun 04]; 31(1):31-42. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000100005&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852015000100005>.
4. Torres Lagares D, Segura Egea JJ, Rodríguez Caballero A, Llamas Carreras JM, Gutiérrez Pérez JL. Treatment of a large maxillary cyst with marsupialization, decompression, surgical endodontic therapy and enucleation. *J Can Dent Assoc*. 2011; 77: b87. PMID: 21736863.
5. Nair PN. New perspectives on radicular cysts: do they heal? *Int Endod J*. 1998 May;31(3):155-60. doi: 10.1046/j.1365-2591.1998.00146.x. PMID: 10321160.
6. Deshmukh J, Shrivastava R, Bharath KP, Mallikarjuna R. Giant radicular cyst of the maxilla. *BMJ Case Rep*. 2014 May 2;2014:bcr2014203678. doi: 10.1136/bcr-2014-203678. PMID: 24792022; PMCID: PMC4025383.
7. Simon JH. Incidence of periapical cysts in relation to the root canal. *J Endod*. 1980 Nov;6(11):845-8. doi: 10.1016/S0099-2399(80)80039-2. PMID: 6935342.
8. Balaji Tandri S. Management of infected radicular cyst by surgical decompression. *J Conserv Dent*. 2010 Jul;13(3):159-61. doi: 10.4103/0972-0707.71651. PMID: 21116394; PMCID: PMC2980615.
9. Fernandes M, de Ataíde I. Nonsurgical management of periapical lesions. *J Conserv Dent*. 2010 Oct;13(4):240-5. doi: 10.4103/0972-0707.73384. PMID: 21217952; PMCID: PMC3010029.