

T0 Quiste periodontal lateral, reporte de un caso

Mariana Villalobos-Medina¹, Jesús Miguel Jiménez-Matute¹

¹ Universidad Central de Venezuela - UCV, Caracas, Venezuela

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1188-9215>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3496-2390>

Recibido: 29 de enero del 2018

Aprobado: 9 de marzo del 2018

Disponible en línea:

✉ Grupo Jesús Miguel Jiménez- Matute, Universidad Central de Venezuela - UCV, Caracas, Venezuela, Ciudad Universitaria de Caracas Los Chaguaramos Caracas, Venezuela. Código Postal: 1050. Rif: G-20000062-7. Email: jmjma1@hotmail.com

Cómo citar este artículo: Villalobos-Medina M, Jiménez-Matute JM. Quiste periodontal lateral, reporte de un caso. Revista Nac Odontol. 2019;15(28). Doi:

Resumen

Introducción: el Quiste Periodontal Lateral (QPL) también denominado quiste botrioides odontogénico, es considerado un quiste odontogénico del desarrollo, poco frecuente, de mayor incidencia entre la quinta y séptima década, con predilección por el sexo masculino. Esta lesión es generalmente asintomática y

radiográficamente se presenta como una imagen radiolúcida con bordes bien definidos de forma redonda u ovoide.

Presentación del caso: en el presente artículo se hace referencia a un caso clínico soportado con la revisión de la literatura, de una lesión ubicada entre el incisivo lateral y canino inferior derecho en un paciente masculino de 37 años de edad, al cual se le realizó radiografía panorámica y periapical, por presentar al examen clínico una lesión blanquecina a nivel del vestíbulo bucal en la zona anteroinferior derecha, de aproximadamente 8mm de diámetro, blanda a la palpación de base sésil. Radiográficamente se detectó una imagen radiolúcida ubicada lateralmente entre el 42 y 43. La lesión fue eliminada quirúrgicamente en su totalidad sin la aplicación posterior de material regenerador óseo, se tomó biopsia excisional de la lesión y se corroboró el diagnóstico presuntivo.

Conclusión: la extirpación de la lesión en un solo tiempo quirúrgico, constituye un tratamiento satisfactorio para este tipo de patologías.

Palabras clave: Quiste periodontal lateral, patología, quiste odontogénico, quiste botrioides odontogénico.

T11. Introducción

Los quistes odontogénicos son clasificados por la Organización Mundial de la Salud como inflamatorios y de desarrollo según su revestimiento epitelial. Los quistes periodontales laterales (QPL) son considerados quistes del desarrollo o de origen incierto. [1,2]

Los QPL se definen como quistes de desarrollo no inflamatorios localizados adyacentes o laterales a la raíz de un diente vital. La ubicación más frecuente

de este quiste está a nivel de los premolares mandibulares, pero se ha informado que ocurre en las otras áreas. [3]

La etiología del quiste periodontal lateral no está clara, se cree que la lesión se origina a partir de restos epiteliales odontogénicos (restos de Serres), aunque existe controversia con respecto a la posible implicación de restos de lámina dental, restos de Malassez o el epitelio del esmalte reducido que podrían causar la formación y el desarrollo del QPL. [4-7]

El QPL es más prevalente en adultos entre la quinta a séptima década, con una edad media de 52 años, sin preferencia por raza o sexo. La localización de QPL notificada con mayor frecuencia es el área premolar mandibular, seguida de la región anterior del maxilar. [3,7-10]

El quiste periodontal lateral es uno de los quistes de menor incidencia entre los quistes odontogénicos del desarrollo. Dado que los pacientes con QPL generalmente son asintomáticos y rara vez se ha informado de dolor u otros síntomas clínicos, la lesión a menudo se descubre en un examen radiográfico de rutina. Las radiografías del quiste periodontal lateral muestran un área radiolúcida redonda u ovoide bien circunscrita, generalmente con un margen esclerótico. La mayoría de ellos tienen menos de 1 cm de diámetro. Las características radiográficas de QPL no son patognomónicas y pueden parecerse a un queratoquiste odontogénico o un quiste radicular lateral. [3,9,11,12]

Histológicamente el QPL se compone de una cavidad quística con una pared de tejido conectivo con revestimiento epitelial escamoso no queratinizado de 1-5 células de grosor que se asemeja al epitelio reducido del esmalte. El revestimiento epitelial presenta engrosamientos o placas focales, en los que a menudo se han encontrado células epiteliales claras que contienen glucógeno.

El tejido conjuntivo subyacente al epitelio exhibe una zona de hialinización. [11-13]

Los quistes odontogénicos no tratados pueden causar reabsorción de la raíz, desplazamiento de los dientes, expansión y dolor. El tratamiento de QPL incluye la extirpación quirúrgica de la lesión mediante enucleación conservadora y el seguimiento radiográfico del paciente para controlar la recurrencia. Durante el período de cicatrización de 6 meses a 1 año, la regeneración ósea ocurrirá dentro del defecto óseo y las recurrencias son poco comunes. Por otro lado, se han utilizado diferentes enfoques regenerativos, incluida la técnica de regeneración tisular guiada (GTR) combinada con aloinjerto óseo descalcificado liofilizado (DFDBA) y plasma rico en plaquetas (PRP) en el tratamiento intraóseo de cavidades quísticas. [14-16]

T1 2. Presentación del caso clínico

Paciente masculino de 37 años de edad, natural y procedente de Caracas - Venezuela, se presenta a consulta de manera asintomática refiriendo movilidad del incisivo lateral derecho inferior desde hace aproximadamente 6 meses y presencia de lesión blanquecina a nivel del vestíbulo bucal en la zona anteroinferior derecha.

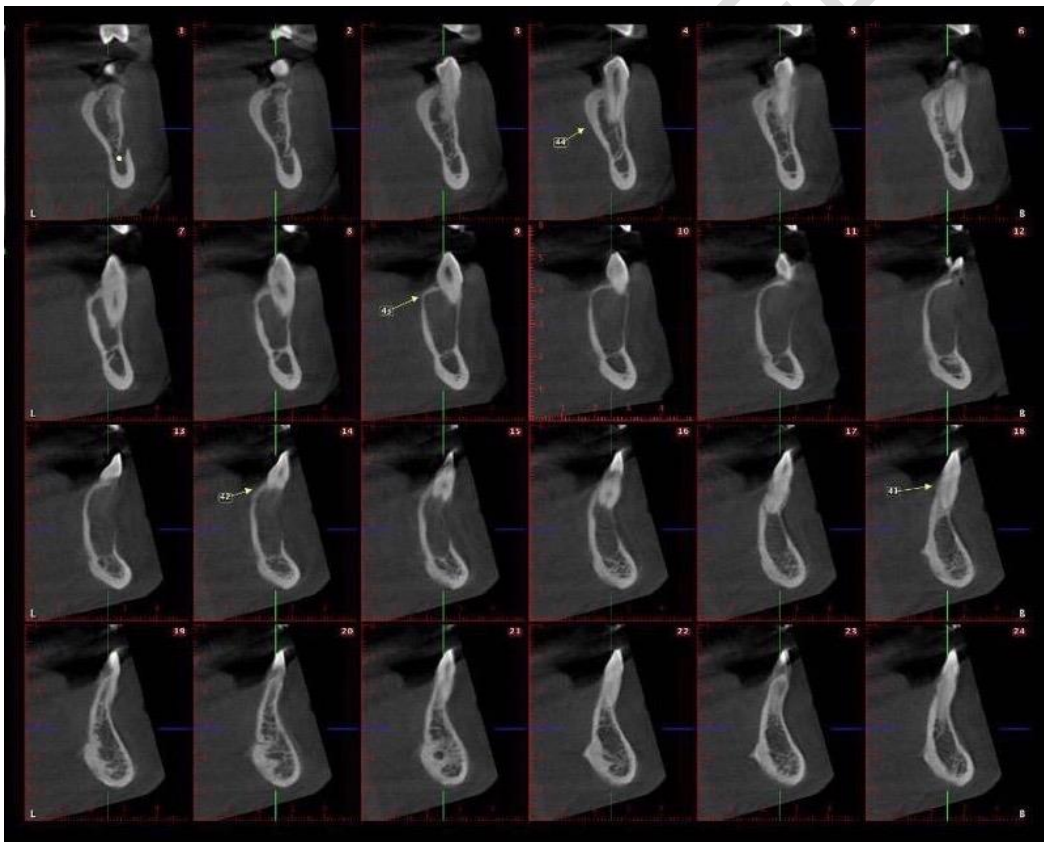
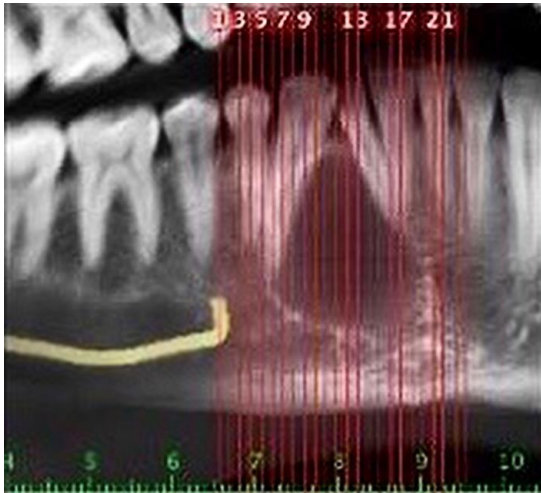
Al examen clínico intrabucal se observa una lesión de coloración blanquecina, de aproximadamente 8 mm de diámetro, asintomática a la palpación, de base sésil y consistencia blanda. A la prueba de vitalidad pulpar se presentó vital el incisivo y canino inferior derecho a pesar de observar movilidad grado III y ligero desplazamiento en el incisivo lateral de la zona mencionada. (Figura 1)



Figura 1. aspecto clínico intra bucal

Fuente: elaboración propia.

Radiográficamente se detectó una imagen radiolúcida ubicada lateralmente entre el 42 y 43 motivo por el cual se le indicó una tomografía axial computarizada para evaluar la extensión de la lesión, evidenciándose una imagen radiolúcida de aproximadamente 1 cm de diámetro, con bordes circunscritos de forma ovoide y desplazamiento lateral de las raíces del 42 y 43. (Figuras 2 y 3)



Figuras 2 y 3. Tomografía Axial Computarizada de la zona 42-43

Fuente: elaboración propia.

Con base al examen clínico extrabucal e intrabucal se determinaron los siguientes diagnósticos diferenciales: Quiste periodontal lateral, queratoquiste odontogénico y quiste radicular lateral.

Se indicaron los exámenes complementarios para posteriormente proceder al tratamiento definitivo, el cual se inició con la anestesia troncular del nervio dentario inferior e infiltrativa del mentoniano en la zona antero inferior del proceso mandibular, luego se procedió a realizar una incisión intercrevicular de forma Newman completa con dos liberaciones verticales, una en mesial del 44 y otra hacia distal del 41. Se levantó el colgajo mucoperióstico de espesor completo para exponer la lesión y el tejido óseo circundante de la misma. (Figura 4)

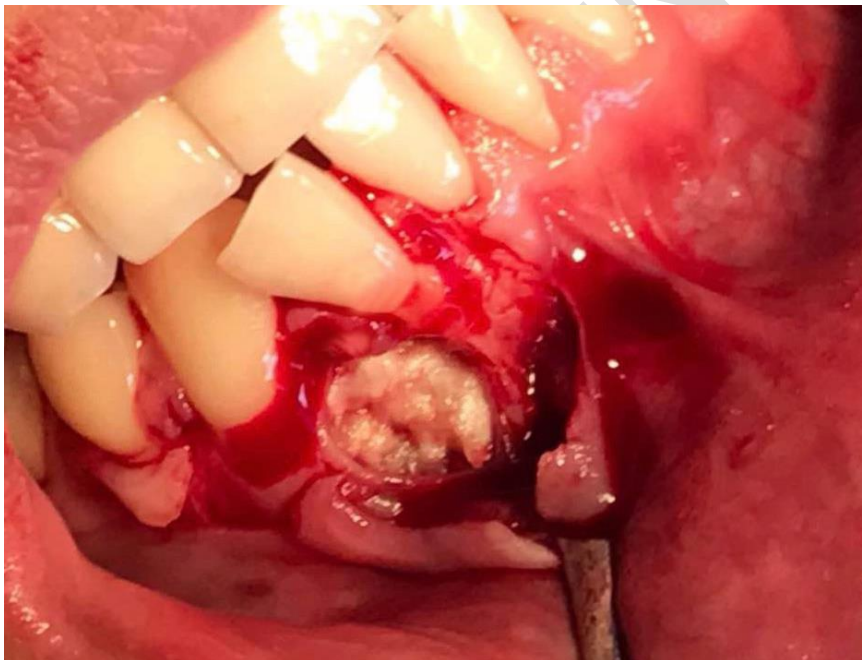


Figura 4. Acto Quirúrgico: exposición de la lesión

Fuente: elaboración propia.

La cápsula del quiste se desprendió del hueso adyacente y se procedió a la enucleación total de la lesión tomándola con una pinza forcé-presión, ejerciendo una leve tensión y separando con una cureta quirúrgica la adherencia al tejido óseo. Luego de haber realizado la enucleación de la lesión se procedió a curetear el hueso circundante buscando zonas de clivaje y posibles restos remanentes posterior a la enucleación. (Figura 5)

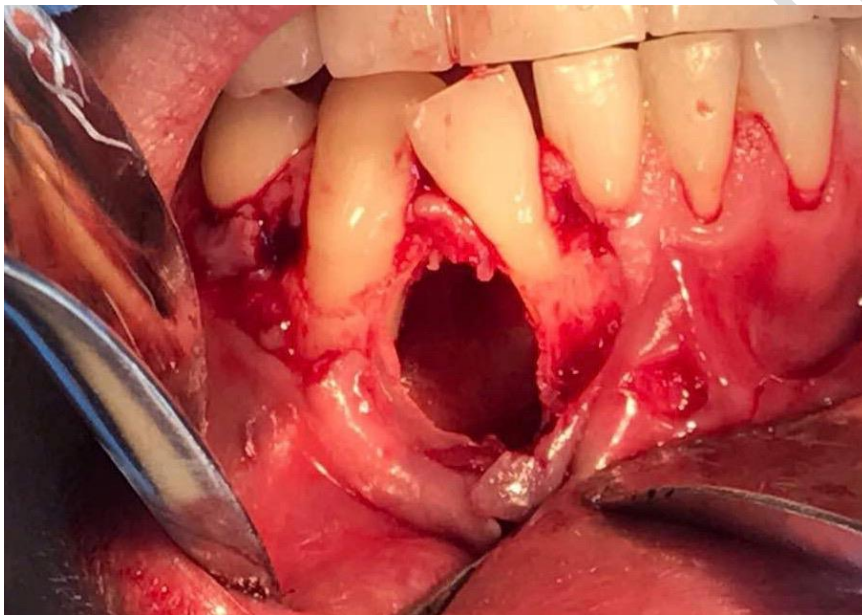


Figura 5. Acto quirúrgico. Cavity ósea posterior a la enucleación de la lesión quística

Fuente: elaboración propia.

Posteriormente se tomó biopsia excisional de la lesión y se envió a examinar histológicamente, arrojando como diagnóstico definitivo quiste periodontal lateral. (Figuras 6 y 7)



Figura 6. Sutura

Fuente: elaboración propia.



Figura 7. Pieza macroscópica

Fuente: elaboración propia.

T1 3. Discusión

La literatura establece como diagnósticos diferenciales del QPL, el queratoquiste odontogénico, que presenta elevada agresividad y alto potencial de recurrencia después del tratamiento; el quiste radicular, que aparece con el diente no vital. [9] Ya que ninguno de los hallazgos anteriores existe en el presente caso, se diagnostica como QPL en base a la radiografía clínica y reconfirmado histológicamente.

Según reportes, el QLP se presenta con frecuencia en individuos entre la quinta y séptima década de la vida, sin embargo se observa en el caso descrito que puede presentarse la tercera década.

Se informó que el QPL no tiene predilección por ninguna raza y aunque algunos estudios reportan la distribución de igual sexo, otros informan la preponderancia masculina.[4-17]

Radiográficamente, la literatura reporta que el QPL muestra un área radiolúcida redonda u ovoide circunscrita y la mayoría de posee menos de 1 cm de diámetro, contrastando con el caso actual el cual presenta 1 cm de diámetro siendo mayor.

T1 6. Conclusiones

La enucleación de la lesión en un solo tiempo quirúrgico y la posterior evaluación histológica para confirmar el diagnóstico, constituye un tratamiento satisfactorio para este tipo de patologías. La recurrencia es infrecuente, sin embargo es necesario mantener un monitoreo radiográfico del sitio de la lesión.

La importancia y el objetivo de ésta investigación y presentación de caso es hacer énfasis en el diagnóstico precoz y tratamiento temprano a través del estudio clínico, radiográfico y microscópico, en la prevención de su desarrollo y la consecuente pérdida del tejido óseo.

T1 Referencias

1. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ. WHO Classification of Head and Neck Tumours. 4th ed. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2017.
2. Philipsen HP, Reichart PA. Classification of odontogenic tumours. A historical review. J Oral Pathol Med. 2006 Oct;35(9):525-9. DOI: 10.1111/j.1600-0714.2006.00470.x

3. Das Chagas LF, Faing C, Guimarães LA, Aigotti A, Brandão H, Dias J. Periodontal Cyst: a Case Report and Literature Review. *J Oral Maxillofac Res.* 2010 Oct-Dec;1(4):e5. DOI: [10.5037/jomr.2010.1405](https://doi.org/10.5037/jomr.2010.1405)
4. Wood K, Goaz P. *Differential Diagnosis of Oral and Maxillofacial Lesions.* 5th ed. St. Louis: Mosby; 1997.
5. Demirkol M, Ege B, Yanik S, Aras MH, Ay S. Clinicopathological study of jaw cysts in southeast region of Turkey. *Eur J Dent.* 2014;(8)107-11. DOI: [10.4103/1305-7456.126260](https://doi.org/10.4103/1305-7456.126260)
6. Adamala SR, Talla H, Medikonda SK, Soujanya S. Lateral periodontal cyst: An outlandish anamnesis. *J Indian Acad Oral Med Radiol.* 2014;(26):351-4. DOI:[10.4103/0972-1363.145031](https://doi.org/10.4103/0972-1363.145031)
7. Formoso Senande MF, Figueiredo R, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Lateral periodontal cysts: A retrospective study of 11 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008;13:E313-7.
8. Ortega A, Fariña V, Gallardo A, Espinoza I, Acosta S. Nonendodontic periapical lesions: a retrospective study in Chile. *Int Endod J.* 2007 May;40(5):386-90. DOI: [10.1111/j.1365-2591.2007.01232.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2591.2007.01232.x)
9. Nikitakis NG, Brooks JK, Melakopoulos I, Younis RH, Scheper MA, Pitts MA, Al-Mubarak H, Sklavounou A. Lateral periodontal cysts arising in periapical sites: a report of two cases. *J Endod.* 2010 Oct;36(10):1707-11. DOI: [10.1016/j.joen.2010.06.015](https://doi.org/10.1016/j.joen.2010.06.015)
10. Cohen DA, Neville BW, Damm DD, White DK. The lateral periodontal cyst. A report of 37 cases. *J Periodontol.* 1984 Apr;55(4):230-4. DOI: [10.1902/jop.1984.55.4.230](https://doi.org/10.1902/jop.1984.55.4.230)

11. Altini M, Shear M. The lateral periodontal cyst: An update. *J Oral Pathol Med.* 1992;(21):245–50. DOI: 10.1111/j.1600-0714.1992.tb01004.x
12. Kramer IR, Pindborg JJ, Shear M. WHO Histological Typing of Odontogenic Tumours. 2nd ed. Geneva: Springer-Verlag; 1992. p. 34-118.
13. Angelopoulou E, Angelopoulos AP. Lateral periodontal cyst. Review of the literature and report of a case. *J Periodontol.* 1990;(61):126-31. DOI: 10.1902/jop.1990.61.2.126
14. Demirkol M, Ege B, Yanik S, Aras MH, Ay S. Clinicopathological study of jaw cysts in southeast region of Turkey. *Eur J Dent.* 2014;(8):107-11. DOI: 10.4103/1305-7456.126260
15. Nart J, Gagari E, Kahn MA, Griffin TJ. Use of guided tissue regeneration in the treatment of a lateral periodontal cyst with a 7-month reentry. *J Periodontol.* 2007;(78):1360-4. DOI: 10.1902/jop.2007.060483
16. Subramaniam P, Kumar K, Ramakrishna T, Bhadranna A. Bone regeneration with plasma-rich- protein following enucleation of traumatic bone cyst. *Eur J Dent.* 2013;(7):377-81. DOI: [10.4103/1305-7456.115427](https://doi.org/10.4103/1305-7456.115427)
17. Suleyman Emre Meseli, Omer Birkan Agrali, Onder Peker, and Leyla Kuru. Treatment of lateral periodontal cyst with guided tissue regeneration. *Eur J Dent.* 2014 Jul-Sep; 8(3):419-423. DOI: 10.4103/1305-7456.137661