



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SECCIÓN DE POSGRADO

**TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO DE QUISTE RESIDUAL
EN MAXILAR SUPERIOR CON INFLAMACIÓN CRÓNICA.**

REPORTE DE CASO

PRESENTADA POR

LUZ CAROLINE SALAZAR SANDOVAL

ASESOR

HUGO PERCY GARCÍA RIVERA

TRABAJO ACADÉMICO

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ENDODONCIA**

LIMA – PERÚ

2019



CC BY-NC-SA

Reconocimiento – No comercial – Compartir igual

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



SECCIÓN DE POSGRADO

TRABAJO ACADÉMICO TITULADO:

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO DE QUISTE RESIDUAL
EN MAXILAR SUPERIOR CON INFLAMACIÓN CRÓNICA.
REPORTE DE CASO

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:
ENDODONCIA

PRESENTADO POR:

C.D. LUZ CAROLINE SALAZAR SANDOVAL

ASESOR:

Mg. Esp. HUGO PERCY GARCÍA RIVERA

LIMA - PERÚ

2019

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
1. DIAGNÓSTICO.....	6
2. ETIOLOGÍA.....	9
3. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO.....	11
4. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO.....	11
5. PROGRESO DEL TRATAMIENTO.....	13
6. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.....	15
7. DISCUSIÓN.....	16
8. CONCLUSIÓN.....	18
9. DOCUMENTACIÓN DEL CASO.....	19
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32

RESUMEN

Este reporte de caso clínico describe el manejo exitoso de un quiste residual con inflamación crónica a nivel de las piezas dentarias 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 y 2.5 que fueron tratadas de manera multidisciplinaria. El objetivo de este caso clínico fue demostrar que con el diagnóstico adecuado y utilizando exámenes auxiliares se puede lograr un correcto plan de tratamiento para cada especialidad involucrada. Se realizaron tratamientos de conductos en las piezas anteriormente mencionadas con instrumentación rotatoria Wave One (Dentsply-Maillfer, Suiza), obturadas con la técnica termomecánica Híbrida de Tagger, posteriormente la eliminación del quiste fue realizada mediante enucleación y apicectomías y finalmente se procede con la rehabilitación. A los 5 años de control no se presentan recidivas y las piezas afectadas se encuentran en función y asintomáticas.

Palabras clave: Quiste residual / Enucleación / Endodoncia / Wave One / Apicectomía

ABSTRACT

This clinical case report describes the successful management of a residual cyst with chronic inflammation at the level of the dental pieces 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 and 2.5 that were treated in a multidisciplinary manner. The objective of this clinical case was to demonstrate that with the adequate diagnosis and using auxiliary examinations can achieve a correct treatment plan for each specialty involvet.

The pieces, before mentioned, were received root canal treatment with Wave One rotary instrumentation (Dentsply-Maillfer, Switzerland), sealed with the Hybrid Tagger thermomechanical technique, and then the reduction of the cyst was performed by enucleation and apicectomies. Then, the final rehabilitation will proceed. At 5 years of control there are no recurrences and the pieces are in function and asymptomatic.

Key words: Residual Cyst / Enucleation Surgery / Endodontic / Wave One / Apicectomy

INTRODUCCIÓN

Dentro de las patologías orales y pulpo-periapicales más comunes pueden presentarse granulomas, abscesos, quistes, pulpitis, necrosis, etc.; cada uno de estos casos se maneja de manera independiente y con protocolos distintos, alguno de ellos requiere tratamientos quirúrgicos, tratamientos de conducto, tratamientos periodontales, etc. No necesariamente en todos se tiene un buen pronóstico o el éxito esperado, sin embargo está en el criterio de diagnóstico del profesional, y la importancia del tratamiento junto a diferentes especialidades odontológicas y médicas, en poder acercarse a obtener un resultado satisfactorio.

Hoy en día la odontología y sus especialidades han evolucionado considerablemente y podemos hacer uso de esos avances para tener un tratamiento más eficiente y con menor probabilidad de fracaso. Por ejemplo, en endodoncia contamos con sistemas rotatorios - reciprocantes para la preparación del canal, consiguiendo una mejor conformación del conducto y eliminación de residuos.¹ A su vez está demostrado que en estos sistemas la flexibilidad y la resistencia a la fractura en las limas utilizadas es mayor lo que disminuye el riesgo de separación del instrumento. En cuanto a periodoncia y cirugía contamos con diferentes técnicas quirúrgicas avaladas por años de éxito descrita en libros.²

Tenemos que remarcar la importancia de la derivación o interconsulta con otras áreas tanto para el diagnóstico, plan de tratamiento y realización del mismo, disminuyendo en lo posible los fracasos en las terapias propuestas.

A continuación se reporta un caso clínico, realizado en el centro odontológico de la Universidad de San Martín de Porres, en la especialidad de endodoncia. El paciente llega a consulta manifestando la presencia de un abultamiento en la zona del paladar. Al realizar el examen clínico se confirma la existencia de esta protuberancia y se solicita ampliar el estudio con radiografía panorámica y exámenes de laboratorio.

Los resultados de los análisis de laboratorio presentaron valores dentro de lo normal y la radiografía panorámica mostró una imagen radiolúcida con bordes definidos que compromete las piezas 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 y 2.5. Al observar esta lesión se solicitó interconsulta con la especialidad de cirugía bucomaxilofacial y se decidió realizar la biopsia del tejido. El resultado fue quiste residual con inflamación crónica, producto de una extracción de la pieza 2.4 que presentaba un quiste periapical al momento de la cirugía y no fue adecuadamente tratado. Es importante tener conocimiento de esto para poder disminuir la prevalencia del quiste residual.

REPORTE DE CASO

1. DIAGNÓSTICO

Paciente de sexo masculino de 47 años de edad, se presenta a consulta de endodoncia en el centro odontológico de la Universidad San Martín de Porres por que refiere presentar un abultamiento a nivel del paladar. Se procedió a firmar el consentimiento informado para posteriormente solicitar exámenes de laboratorio, radiografía panorámica y tomografía computarizada volumétrica de haz cónico.

a. Antecedentes:

- Enfermedades generales: No refiere.
- Última visita al odontólogo: aproximadamente hace dos años por dolor en la pieza 2.4.

b. Examen clínico general:

- A.B.E.G
- A.B.E.N.
- A.B.E.H
- L.O.T.E.P

- Signos vitales:
 - P.A.: 120/70 mmhg
 - F.R: 12 x min
 - F.C: 64 x min
 - T.C: 37°
- Análisis de laboratorio: Valores dentro de rangos normales.

c. Examen extraoral:

- Normocéfalo
- Normofacial
- Cara simétrica

- Facie no característica
- Ganglios submaxilares móviles pequeños no dolorosos
- ATM sin chasquidos
- Labios resecos

d. Examen intraoral:

- Encía: Rosada, festoneada y firme.
- **Paladar duro: Prominencia a nivel de las rugas palatinas del lado izquierdo.**
- Paladar blando: Rosa pálido.
- Carrillos: Rosado y sin anomalías.
- Lengua: Rosada A.N
- Piso de boca: Rosado, humectado y sin anomalías.
- Dientes: Caries múltiples, piezas 1.8, 1.7, 3.5 y 4.8.
- Ausencia de piezas: 1.2, 2.4 y 2.7.
- Presencia de corona fenestrada en pieza 2.2.
- Prueba de sensibilidad de las piezas 2.1, 2.2, 2.3 y 2.5:
 - Respuesta favorable a pruebas térmicas
 - Asintomático

Pieza	Frío	Movilidad	Percusión Vertical	Percusión Horizontal
1.1	No	Fisiológica	No	No
2.1	No	Fisiológica	No	No
2.2	No	Fisiológica	No	No
2.3	No	Fisiológica	No	No
2.5	No	Fisiológica	No	No

e. Examen radiográfico:

- **Panorámico:**
 - Presencia de imagen radiolúcida a nivel de las piezas 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 y 2.5.
 - Presencia de imagen radiopaca a nivel coronal, compatible con corona de metal en la pieza 2.2.
- Imagen radiopaca a nivel coronal en las piezas 3.6, 3.7, 4.6 y 4.7 compatible con obturación metálica.

- **Periapical:**
 - Piezas 1.1, 2.1, 2.3, 2.5: Conducto amplio y permeable, ligamento periodontal levemente ensanchado e imagen radiolúcida con bordes bien definidos a nivel del ápice compatible con quiste.
 - Pieza 2.2: Imagen radiopaca a nivel coronal compatible con corona metálica, ligamento periodontal levemente ensanchado e imagen radiolúcida con bordes bien definidos a nivel del ápice compatible con quiste.

- **Tomografía:**
 - Se observa imagen radiolúcida redondeada de bordes definidos situadas a nivel apical de las piezas 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 y 2.5 comprometiendo el soporte óseo compatible con quiste.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Quiste apical: Originado por una lesión pulpar, se sitúa en el espacio de Black.

Quiste lateral: Originado por una lesión pulpar en una pieza que presenta un conducto lateral o por la realización de una falsa vía en un tratamiento de conducto. También puede originarse por una fractura a ese nivel.

Periodontitis apical crónica: Patología asintomática originado por una lesión pulpar o un tratamiento endodóntico mal realizado. Procede de una periodontitis apical aguda.

Tumor Odontogénico Queratoquístico: Lesión benigna formada por el órgano al esmalte previo a su maduración, de característica y comportamiento similar al quiste residual (asintomático), se diferenciará mediante radiografías y examen histopatológico.

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: Quiste expansivo en maxilar superior.

f. **Biopsia del aumento de volumen de la zona palatina a nivel de las piezas 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.5.**

Se aplicó anestesia local, técnica infiltrativa con lidocaína al 2% más epinefrina 1:100.000 (DLF – Brasil) con aguja corta de 30Gx21mm (Nipro-Japon), a nivel

de fondo de surco y en la zona palatina de las piezas 1.1 - 2.5. Después de 5 minutos se realizó la biopsia por aspiración de la tumefacción palatina con una jeringa estéril de 10ml, obteniendo 8ml de contenido del quiste. De manera continua se realiza un colgajo con incisión vestibular más decolaje con hoja de bisturí #15 para acceder al hueso y se creó una ventana en la tabla anterior del maxilar a nivel de la piezas 2.1 a 2.3, posteriormente se toma la muestra (biopsia incisional) y se cierra la ventana quirúrgica con hilo de sutura seda negra 3.0.

RESULTADO DE LA BIOPSIA:

Las secciones estudiadas muestran revestimiento de células epiteliales planas de 3 a 5 capas no queratinizado, sobre una capa de tejido conectivo fibroso con presencia de proceso inflamatorio poliestratificado con predominio de células plasmáticas.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Quiste residual con inflamación crónica.

2. ETIOLOGÍA

El quiste es una cavidad anormal, con contenido líquido o semi-sólido tapizado en su interior por epitelio y en recubierta en su capa externa por tejido conectivo. Según Kramer y cols. (1992) los quistes se clasifican de la siguiente manera:

I. Quistes Epiteliales:

A. Del Desarrollo.

B. Inflamatorio: - Q. Radicular: Q. Lateral, Q. Apical, **Q. Residual.**

- Q. Paradental

II. Quistes no Epiteliales.

Dentro de esta clasificación los que tienen mayor incidencia son los quistes inflamatorios, significando el 57 – 87% de la totalidad de los quistes bucomaxilofaciales que se presentan.² Cada uno de ellos tienen diferentes causas; en algunos casos se presenta el quiste apical originado por el fracaso de un tratamiento endodóntico, por traumatismos de las piezas dentales, por

necrosis pulpar, etc.³ Si esta lesión no es diagnosticada correctamente, y no se toman las precauciones debidas posteriores a la extracción de la pieza (curetaje correcto de la herida, limpieza del alveolo, lavado con suero fisiológico), podría no llegar a extirparse completamente el quiste, permitiendo la aparición de un quiste residual.⁴

Hablando específicamente del quiste residual, este se manifiesta porque un quiste radicular se ha eliminado de forma incompleta y persiste en el periápice luego de la extracción de un diente.³ Histológicamente los quistes residuales presentan una cavidad quística inequívoca, revestida por un epitelio escamoso estratificado no queratinizado.⁵ Según Martins y cols. La patogenia exacta de la capacidad proliferativa del epitelio del quiste residual no está bien establecido y es todavía un tema de debate si estos quistes sigue creciendo después de la extracción del diente asociado, si dejan de crecer o si pueden mostrar regresión.⁶ Este tipo de quiste es el más frecuente en los maxilares; siendo aproximadamente el 11% de casos en el sexo masculino,⁴ en edades más avanzadas y en la zona molar mandibular.³

Clínicamente puede presentarse de varias formas, normalmente no presenta síntomas y suele necesitarse el apoyo radiográfico para su diagnóstico.⁷ Estos quistes están tapizados por epitelio escamoso estratificado y el revestimiento en algunas zonas es discontinuo y de un grosor variable.⁸

En el presente caso, se presenta una lesión que abarca piezas 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 y 2.5; al haber ausencia de la pieza 2.4 se presume que luego de realizar su exodoncia no se trató la herida, manteniendo un quiste periapical, y con el tiempo formando un quiste residual.

Microscópicamente, estos muestran características similares a las de los quistes apicales y laterales, sin embargo, destaca un menor contenido de células inflamatorias en el seno del tejido conectivo laxo o en el espesor del revestimiento epitelial.

3. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Realizar tratamientos de conductos a las piezas comprometidas con el fin de posteriormente en la cirugía poder eliminar el quiste adherido a las zonas comprometidas de cada pieza dental.
- Eliminar el quiste en su totalidad y lograr la reparación del tejido del paladar.
- Conservar las piezas dentarias afectadas por la tumefacción con el fin de que continúen cumpliendo su función.

4. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Habiendo ya realizado los exámenes necesarios y teniendo en claro que tipo de lesión presenta el paciente y el origen de la misma, nos toca determinar si el tratamiento a seguir será solo quirúrgico o se trabajará de manera multidisciplinaria.

Con el pasar del tiempo se ha podido ir recopilando una mejor información que nos permite diferenciar los cuadros que presentan los pacientes hoy en día, consiguiendo de esta manera tener un correcto diagnóstico y elegir un plan de tratamiento adecuado.

Para esto el profesional debe evaluar el origen, tamaño y ubicación de la lesión, piezas comprometidas, tiempo, sintomatología y edad del paciente. De acuerdo a esto, se realizará un correcto examen (biopsia por aspiración e incisional), diagnóstico; y se plantearán las alternativas de tratamiento.

En este punto se elegirá realizar un tratamiento netamente quirúrgico u optar por un tratamiento multidisciplinario.

En este caso, considerando el tamaño de la lesión y en vista de que están comprometidas 5 piezas dentarias, se optará por realizar endodoncias a dichas

piezas y un tratamiento quirúrgico para la extirpación del quiste con el objetivo de evitar la recurrencia de la lesión.

Considerando la parte quirúrgica, tenemos principalmente dos opciones:

Marsupialización (2 sesiones) y Enucleación (1 sesión):

- Marsupialización (Partsch I o Quistotomía): Es un procedimiento quirúrgico que nos permite drenar los quistes minimizando el tamaño de estos y de una manera más conservadora.⁹

Esta cirugía consiste en crear una ventana quirúrgica tanto en la mucosa como en la pared del quiste. Posteriormente se suturan los bordes de la lesión a la mucosa y se deja una comunicación entre el lecho quirúrgico con la cavidad oral, la cual será taponada para que el quiste pueda drenar e ir cicatrizando.¹⁰ Una de las desventajas de esta técnica es que el tiempo que demora la descompresión del quiste puede ser prolongado y requiere que el paciente acuda a controles;¹¹ por este motivo muchas veces el paciente pierde interés y deja de acudir a sus citas, lo que conlleva al posible fracaso del tratamiento.

- Enucleación: Este procedimiento quirúrgico es el más realizado para el tratamiento de quistes y consiste en la extirpación completa de la lesión, esté o no adherido al hueso. Esta técnica puede presentar recidivas si la eliminación del quiste no ha sido completa; esto puede suceder si existe mucha adherencia al hueso, compromiso de las corticales o de piezas dentales. Una ventaja de la enucleación es que luego del procedimiento nos permite realizar el examen histopatológico de la lesión en su totalidad.¹²

En vista que en este caso se presentan piezas dentarias comprometidas tenemos las siguientes opciones de tratamiento:

- A) Tratamiento de conductos a las piezas comprometidas y marsupialización.
- B) Tratamiento de conductos a las piezas comprometidas y enucleación.
- C) Exodoncia de las piezas comprometidas y marsupialización.
- D) Exodoncia de las piezas comprometidas y enucleación.

En todas las opciones de tratamiento anteriormente mencionadas, y de acuerdo al lecho quirúrgico, se optará por realizar o no, el relleno óseo.

5. PROGRESO DEL TRATAMIENTO

Se realizó la evaluación clínica, los exámenes radiográficos, las biopsias necesarias, y se confirmó la presencia de un quiste residual con compromiso de las piezas 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 y 2.5. Se optó por trabajar de manera multidisciplinaria entre las especialidades de endodoncia y cirugía bucomaxilofacial. El protocolo que se llevó a cabo fue realizado en 3 etapas, de la siguiente manera:

Etapas 1.- Pre-quirúrgica o Endodóntica:

La importancia de esta etapa radica en permitir en la cirugía la posterior eliminación del quiste adherido a las zonas comprometidas de cada pieza dental 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 y 2.5, y al mismo tiempo evitar la pérdida de estas. Para tener éxito, el tratamiento debe ser realizado por un especialista en endodoncia con las técnicas adecuadas, correctos materiales de irrigación y desinfección de los conductos.

Se realizan las endodoncias de las piezas 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 y 2.5.

- Se aplicó anestesia local mediante técnica infiltrativa a nivel de cada pieza a tratar. Se utilizó lidocaína al 2% más epinefrina 1:100.000 (DLF – Brasil) con aguja corta de 30Gx21mm (Nipro-Japon).
- Se realizó el retiro de corona de la pieza 2.2 con el extractor de corona (LM – Finlandia)
- Se procedió al aislamiento absoluto utilizando dique de goma 5 x 5 (MDC Dental - México), previamente desinfectado con alcohol etílico al 70%. Se utilizó perforador tipo Ainsworth (Hu-Friedy - USA), porta clamps tipo Ivory (Hu-Friedy - USA), arco de Sauveur y clamp N°206, 209, 00 (Stainless – España).
- Acceso endodóntico de las piezas 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 y 2.5 con fresa redonda #12 mango largo (MDT – Israel).

- Permeabilización de los conductos con limas tipo K #15 (Dentsply Maillefer – Suiza)
- Irrigación con hipoclorito de sodio al 2.5% (solución de Labarraque)
- Longitud de trabajo (conductometría – Rx periapical)
- Instrumentación Wave One - Large® (Dentsply Maillefer – Suiza) en piezas 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 y 2.5; en las piezas 2.1 y 2.5 se complementó la instrumentación a nivel apical de forma manual con limas tipo K (Dentsply Maillefer – Suiza) hasta la lima 45 y 55 correspondientemente.
- Conometría con conos de gutapercha Endomedic© con taper 0.02% de conicidad.
- Secado de conductos con conos de papel endomedic de taper 0.02% de conicidad.
- Obturación con técnica termomecánica híbrida de Tagger utilizando como instrumento guttacondensor de Dentsply Maillefer® y cemento Endofill Dentsply Maillefer®.
- Las endodoncias se realizaron en una cita.

	PZA 1.1	PZA 2.1	PZA 2.2	PZA 2.3	PZA 2.5
Permeabilización	15	15	15	15	15
Irrigación	2.5%NaClO	2.5%NaClO	2.5% NaClO	2.5%NaClO	2.5% NaClO
Conductometría	25mm	22mm	21mm	28mm	20mm
Preparación biomecánica	0.40 – 8%	0.45 – 8%	0.40 – 8%	0.40 – 8%	0.55 – 8%
Conometría	40	45	40	40	55
Cemento	Endofill®	Endofill®	Endofill®	Endofill®	Endofill®
Guttacondensor	55	55	55	55	60

Etapa 2: Quirúrgica:

Es en este momento del tratamiento donde se procederá a realizar la extirpación completa del quiste y toma de muestra (biopsia excisional). En este caso se realizó en una sola sesión (enucleación)

Procedimiento:

- Días previos a la cirugía se confecciona la placa palatina de acrílico con el objetivo de evitar que la mucosa palatina, al perder soporte óseo, se desprenda ocasionando lo que se conoce como panza de rana.

- Se aplicó anestesia local técnica infiltrativa, (lidocaína al 2% con epinefrina) a nivel de fondo de surco de premolar a premolar.
- Se realizó colgajo de Newman (mucoperióstico), desde la pieza 1.3 hasta la pieza 2.5, con hoja de bisturí #15
- Se procedió con la exposición de la tabla ósea externa y se realiza la osteotomía lo suficientemente amplia para tener un buen campo operatorio y una buena visión.
- Se realizó la enucleación de la membrana quística, control de la hemostasia y lavado del lecho quirúrgico con suero fisiológico.
- Se realizó las apicectomías correspondientes a las 5 piezas afectadas y se finaliza con el cierre del colgajo y sutura del mismo con seda 3.0

Etapa 3: Post-quirúrgica o de rehabilitación:

En esta etapa se buscó rehabilitar las piezas que recibieron el tratamiento de conducto.

De esta manera las piezas 1.1, 2.1, 2.3 y 2.5 al no tener mayor destrucción ni compromiso en su estructura, se reconstruyeron con resina 3M™ Filtek™ Z350 XT (USA).

Por otro lado, la pieza 2.2 presentaba una corona fenestrada la cual fue retirada para la realización del tratamiento de conductos; su posterior rehabilitación consistió en la colocación de poste de fibra de vidrio #1 (Whitepost ,FGM – Brasil) anatomizado, cementado con resina Dual U200 3M™ (USA) y corona metal-cerámica cementada con ionomero GC FUJI tipo 1 (Tokyo-Japón).

6. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

Por los resultados obtenidos y por el tiempo de control, podemos considerar exitosa la terapia, el paciente no presenta ya los signos y síntomas con los que se acercó a consulta inicialmente. El abultamiento que se presentaba a nivel palatino disminuyó considerablemente así como la molestia en la zona.

Gracias a las endodoncias realizadas pudimos mantener las piezas dentales para su futura rehabilitación, evitando la necesidad de extracciones.

El sistema recíproco Wave One (Dentsply Maillefer, Suiza) usado en conjunto con la técnica híbrida de Tagger a través del guttacondensador (Dentsply – Maillefer, Suiza), y con la correcta irrigación y bioseguridad necesaria, nos permite tener un tratamiento eficiente y un resultado exitoso.

El procedimiento quirúrgico en general, desde la realización de la placa palatina, pasando por la extirpación del quiste, hasta el cierre del colgajo con la adecuada sutura, y manteniendo en todos estos pasos la asepsia adecuada, nos permitió acercarnos considerablemente al resultado esperado, evitando complicaciones como infecciones o recidivas.

Luego de 5 años y de controles tanto clínicos como de imágenes, se observa que no existe recidiva de la lesión y los tratamientos de conducto se encuentran en buen estado. Se seguirán realizando controles periódicamente.

7. DISCUSIÓN

La realización de un tratamiento multidisciplinario consiste en hacer una correcta evaluación de los signos y síntomas del paciente, apoyándonos de exámenes auxiliares, para poder realizar un correcto diagnóstico y las interconsultas correspondientes para cada etapa del tratamiento. En este caso se solicitaron exámenes de laboratorio, radiografía panorámica y tomografía computarizada volumétrica de haz cónico, los cuales nos ayudaron a elegir un correcto plan de tratamiento, el cual consistió en los tratamientos de conducto de las piezas involucradas, enucleación del quiste residual y apicectomías.

En este caso, el paciente acude a consulta por que presentaba un abultamiento a nivel del paladar, luego de confirmar la patología mediante los exámenes auxiliares ya descritos (radiografías, tomografía y biopsias), se realizaron los tratamientos de conducto con el objetivo que en el tratamiento quirúrgico (enucleación) se pueda eliminar toda la lesión con su respectiva membrana adherida a las zonas comprometidas de cada pieza dental. Posteriormente se procedió a tratarlo quirúrgicamente (enucleación) para su eliminación y así evitar

que continúe expandiéndose y destruyendo las estructuras vecinas, realizando en la misma intervención las apicectomías de las piezas.¹³

En un estudio realizado en Chile, sobre los quistes odontogénicos, el más prevalente fue el quiste radicular y en tercer lugar el quiste residual, donde se encontró que el área anatómica afectada en la mayoría de casos, se encuentra en el maxilar superior.¹⁴

Los quistes se originan en los restos de Malassez, los cuales en presencia de una inflamación ocasionada por una infección pulpar, aumentan de tamaño.²

Rodríguez, O. y cols. Menciona que el inicio del quiste radicular es asintomático, crece lentamente pudiendo llegar a expandir las corticales óseas externas. A partir de los 2cm se considera quiste y su tratamiento es la remoción mediante tratamiento quirúrgico.¹⁵

Perjuci y cols. Refieren que los pequeños defectos quirúrgicos restantes después de la enucleación, se rellena con coágulos sanguíneos y ayudan a la formación de hueso nuevo, por el contrario, las cavidades remanentes de una cirugía de gran abordaje, podrían presentar un coágulo de sangre en el defecto ocasionando un riesgo, ya que puede infectarse fácilmente o dar lugar a la formación de un gran hematoma como resultado de la acumulación incontrolable de sangre en la cavidad ósea.¹⁶ En este caso no se presentó ninguna complicación post-quirúrgica (inflamación y/o infección) observando una evolución favorable en los controles.

Velasco y cols. Resalta que en el tratamiento quirúrgico de las lesiones quísticas grandes se debería intentar primero la descompresión o marsupialización o una técnica combinada con la enucleación, lo que hará menos difícil la eliminación completa del quiste para no dañar los tejidos o estructuras cercanas, y en el caso de las lesiones pequeñas se procede con la enucleación total del quiste.¹⁷

Tortorici y cols. Realizaron un estudio donde resultados de apicectomías tradicionales (amalgama) versus apicectomías modernas (MTA) en un control de 5 años, donde se concluye que el MTA tuvo un éxito 96% versus a la apicectomía

tradicional que obtuvo 90.8%, en este estudio se puede interpretar que las dos técnicas tienen éxito y principalmente la diferencia se basa en la recuperación pronta del ápice por el material utilizado y las demás ventajas que tiene el MTA.¹⁸ Si bien es cierto, hay estudios que demuestran que el MTA tiene mayor porcentaje de éxito, este caso clínico tiene 5 años en función y el resultado ha sido óptimo, al haber tenido endodoncias bien hechas y recién realizadas estando seguros del sellado apical, no se consideró necesario el uso de MTA, y el resultado ha sido óptimo sin ningún tipo de recidiva.^{3,19}

8. CONCLUSIÓN

El quiste residual es una enfermedad que puede ocasionarse por una inadecuada extracción de una pieza dental con infección, teniendo una prevalencia considerable en cuanto a quistes odontogénicos nos referimos.

La mejor forma de abarcar estos casos será siempre de manera multidisciplinaria, siendo necesaria tanto la parte diagnóstica, quirúrgica y endodóntica, si queremos tener un mejor pronóstico de tratamiento.

El estudio histopatológico es el único método para dar un diagnóstico definitivo descartando varios diagnósticos diferenciales, debido a que desafortunadamente el quiste residual solo puede ser hallado de manera casual en la evaluación radiográfica en un control de rutina, ya que inicialmente no se presentan signos ni síntomas que alarmen al paciente. Normalmente estos signos son notorios cuando la lesión está avanzada.

Se logró realizar un tratamiento multidisciplinario exitoso, consiguiendo la preservación de las estructuras óseas comprometidas y las piezas dentarias, restableciendo al paciente la función de las mismas.

Se sugiere realizar más estudios retrospectivos, para demostrar la existencia de éxito clínico con duración mayor a 10 años.

9. DOCUMENTACIÓN DEL CASO



Fig. 1 Fotografías extraorales



Fig. 2 Fotografías frontal de la arcada



Fig. 3 Fotografías laterales



Fig. 4 Fotografias de arcada superior e inferior



Fig. 5 Radiografía Panorámica



Fig. 6 Tomografía de la zona afectada (antero-superior)

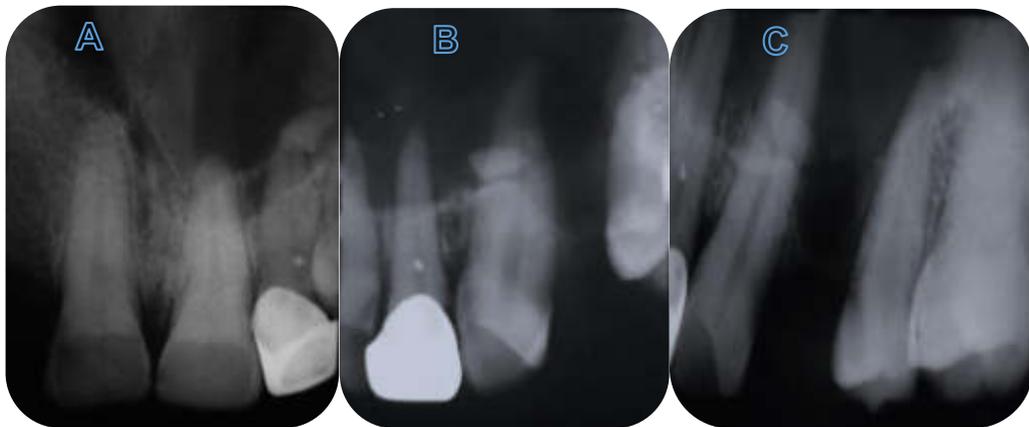


Fig. 7 Radiografías periapicales (A) pza 1.1,2.1,2.2. (B) pza 2.3. (C) pza 2.5.

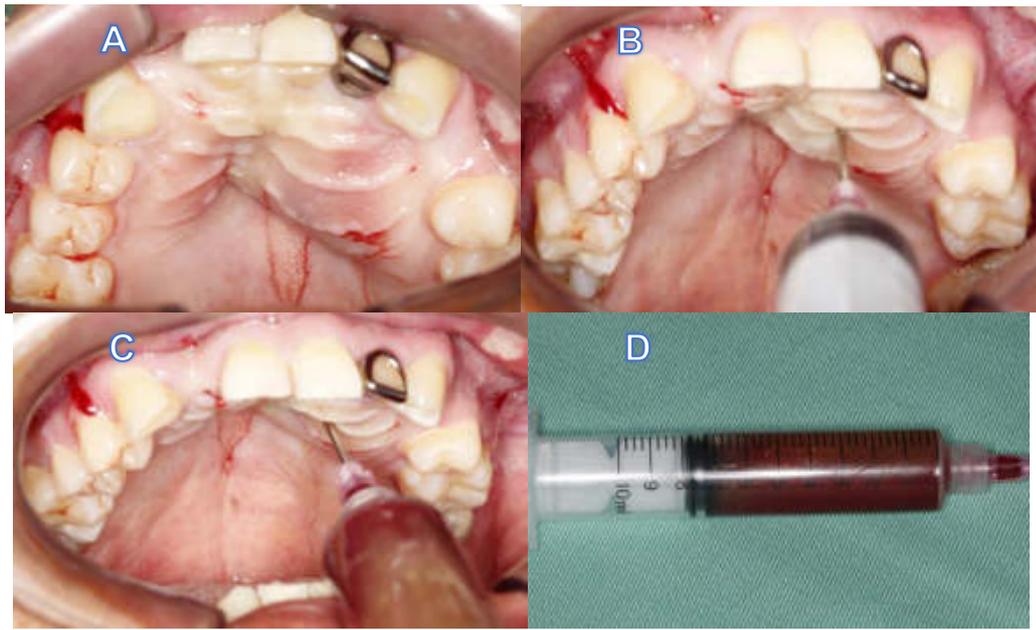


Fig. 8 Secuencia fotográfica de la biopsia por punción
(A) (B) (C) (D)

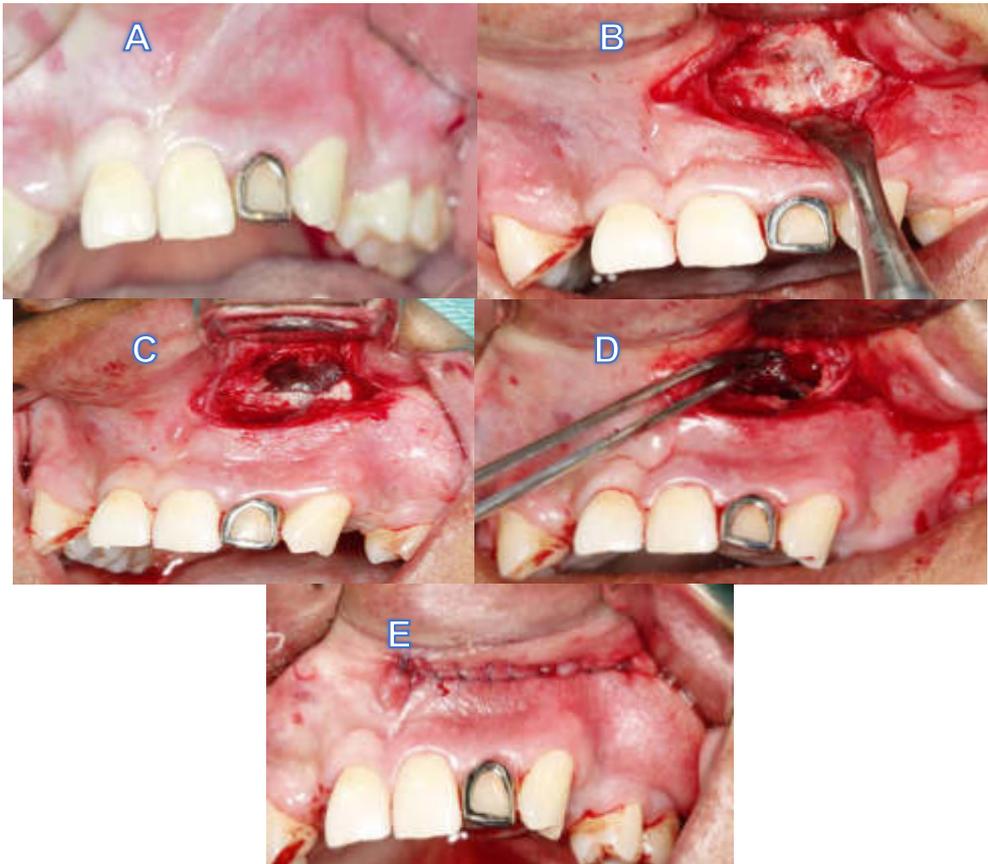


Fig .09 Secuencia fotográfica de la biopsia incisional (A) (B)
Exposición de la lesión. (C) (D) (E)

INFORME ANATOMOPATOLÓGICO
código: 3813-825

Nombre y Apellidos	: Juan Alvarado
Edad	: 42
Sexo	: M
Examen	: Molar superior con corona

EXAMEN MICROSCÓPICO:
Las secciones estudiadas muestran:

- 1) Revestimiento de células epiteliales planas de 3 a 5 capas no queratinizado, sobre una del tejido conectivo fibroso con presencia de proceso inflamatorio poliestratificado con predominio de células plasmáticas.

DIAGNÓSTICO
QUÉSTE RESIDUAL CON INFLAMACIÓN CRÓNICA

Lima, 21 octubre del 2013

J. Guevara
CD. Janet Guevara Canales
Mg. Esp. Medicina y Patología
Oral y Maxilofacial

Fig. 10 Informe Anatomopatológico

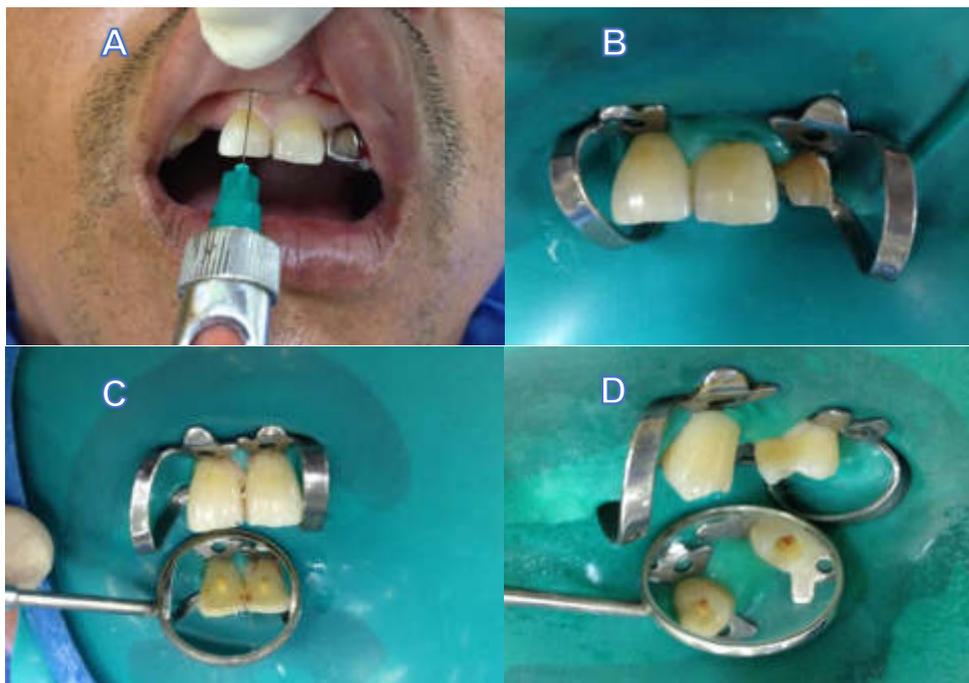




Fig. 11 Secuencia fotográfica de las endodoncias, (A) Antestesia infiltrativa. (B) Aislamiento absoluto. (CyD) Acceso cameral. (E) Lima patente. (F,G,H) Instrumentación con limas Wave One. (I,J) Conometría. (K) Obturación con la técnica híbrida de Tagger.



Fig. 12 Radiografías de diagnóstico
piezas 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.5.



Fig. 13 Radiografías de longitud de
trabajo piezas 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.5



Fig. 14 Radiografías de conometría
piezas 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.5.



Fig. 15 Radiografías de Obturación final
piezas 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.5.



Fig. 16 Confección de Férula Palatina

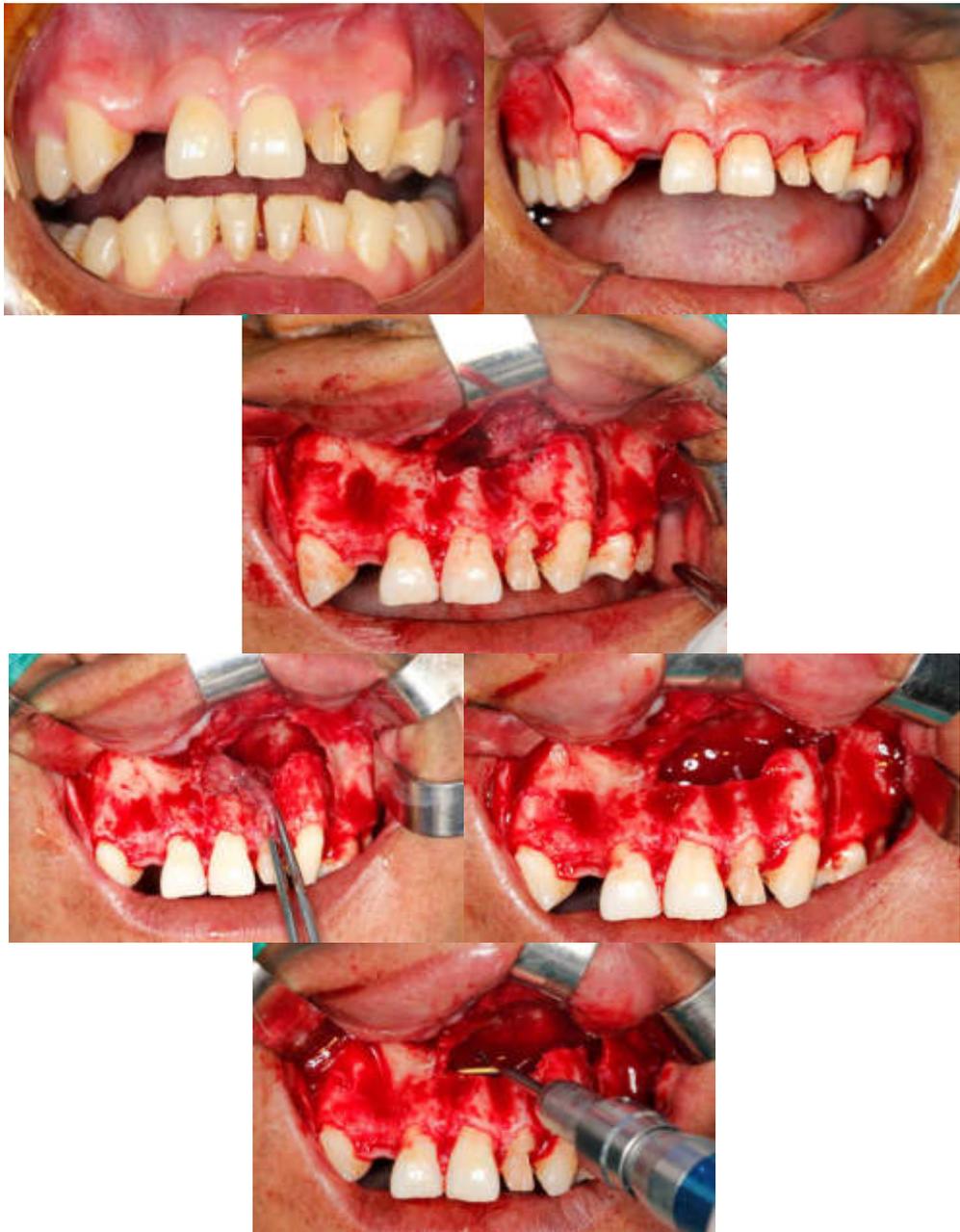




Fig. 17 Secuencia fotográfica de la cirugía de enucleación del quiste.

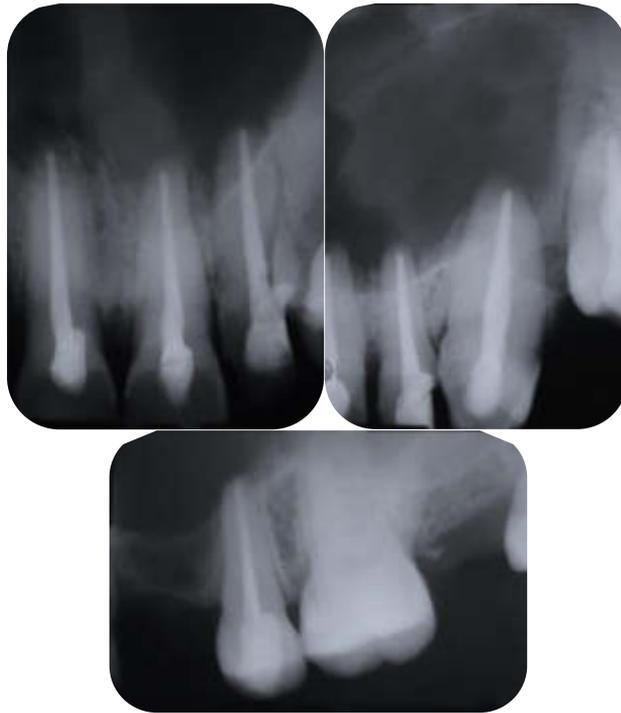


Fig. 18 Radiografía de control a los 7 días

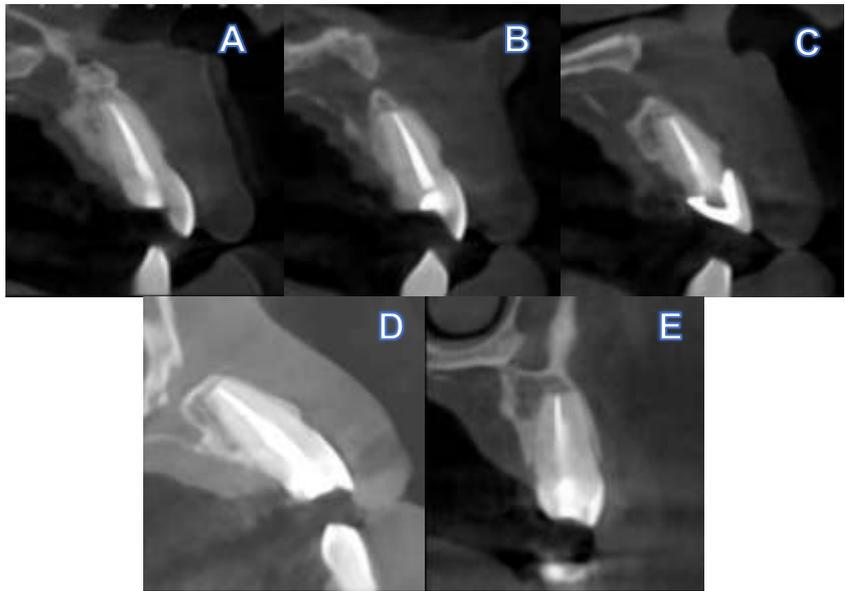


Fig. 19 Tomografía de control a los 5 años de piezas (A) 11; (B) 21; (C) 22; (D) 23; (E)

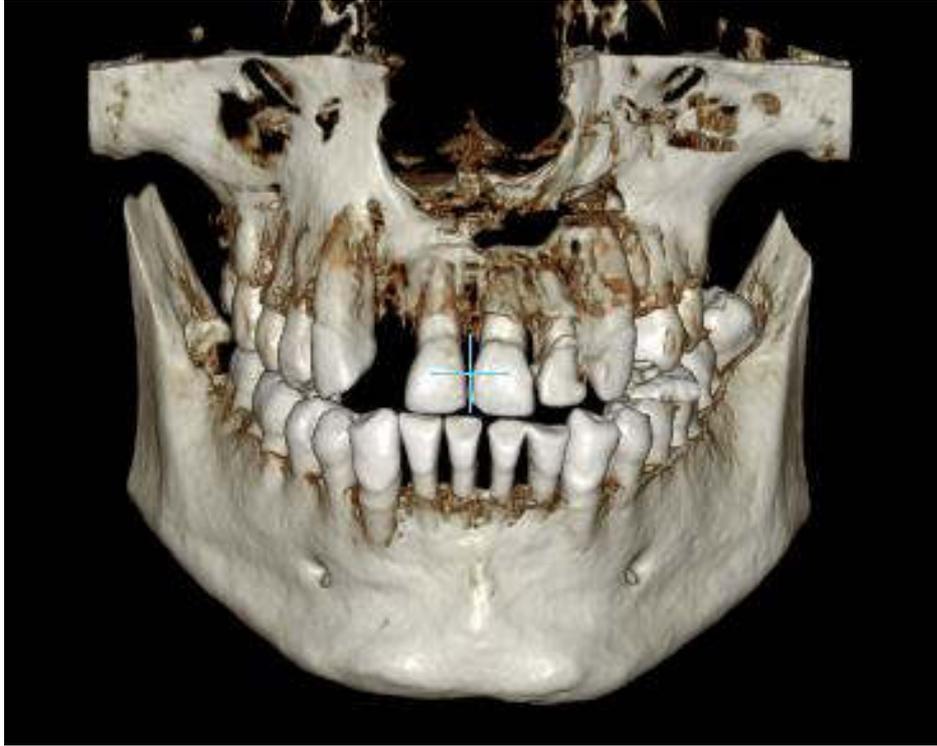


Fig. 20 Tomografía de control a los 5 años de piezas (vista en 3D)

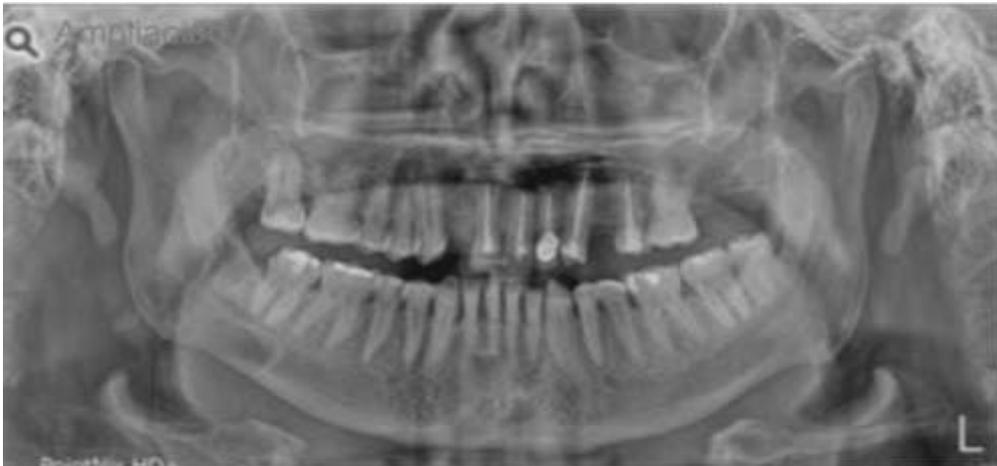


Fig. 21 Radiografía panorámica, control a los 5 años.



Fig. 22 Secuencia fotográfica intraoral. Control de 5 años

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McRay B, Cox TC, Cohenca N, Johnson JD, Paranjpe A. A micro-computed tomography-based comparison of the canal transportation and centering ability of ProTaper Universal rotary and WaveOne reciprocating files. Quintessence international (Berlin, Germany : 1985). 2014;45(2):101-8.
2. Rodríguez García Luis O., Guiardinu Martínez Reina, Arte Loriga Manuela, Blanco Ruiz Antonio O.. Quistes de los maxilares: Revisión bibliográfica. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2006 Dic; 43(4).
3. Gay Escoda C, Berini Aytés L, Tratado de cirugía bucal. Tomo I, 1era edición. España: Editorial Ergón; 1999.
4. Ochsenius Germán, Escobar Enrico, Godoy Luis, Peñafiel Cristián. Odontogenic Cysts: Analysis of 2.944 cases in Chile. Med. oral patol. oral cir.bucal [Internet]. 2007 Mar; 12(2): 85-91.
5. Brito LNS, de Lemos Almeida MMR, de Souza LB, Alves PM, Nonaka CFW, Godoy GP. Immunohistochemical Analysis of Galectins-1, -3, and -7 in Periapical Granulomas, Radicular Cysts, and Residual Radicular Cysts. Journal of endodontics. 2018;44(5):728-33.
6. Martins R, Armada L, Dos Santos TC, Pires FR. Comparative immunoexpression of ICAM-1, TGF-beta1 and ki-67 in periapical and residual cysts. Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal. 2017;22(1):e24-e30.

7. Rivero Pérez Oscar, Albornoz López del Castillo Carlos, Nápoles González Isidro de Jesús. Quiste residual gigante: presentación de un caso. AMC [Internet]. 2014 Oct [citado 2019 Abr 02]; 18(5): 578-586.
8. Santana Garay J,. Atlas de patología del complejo bucal. Eda edición. La Habana-Cuba:editorial ciencias médicas;2010.
9. Vega Llauradó A, Ayuso Montero R., Teixidor Olmo I., Salas Enric J., Marí Roig A., López López J.. Opciones terapéuticas en quistes odontogénicos: Revisión. Av Odontoestomatol [Internet]. 2013 Abr; 29(2): 81-93.
10. M Anthony Pogrel,R.C.K Jordan. Marsupialization as a definitive treatment for the odontogenic keratocyst. J Oral Maxillofac Surg. 2004. Jun. (62)6:651-655.
11. PILLARD, A. & FUENTES, E. Quiste radicular: exéresis y regeneración con hueso humano desmineralizado liofilizado. Int. J. Med. Surg. Sci., 3(2):869-873, 2016.
12. Vega Llauradó A, Ayuso Montero R, Teixidor Olmo I, Salas Enric J, Marí Roig A, López López J. Opciones terapéuticas en quistes odontogénicos. Revisión Av Odontoestomatol [Internet]. 2013 ;29(2).
13. Peters F.I., López G.P., Preisler E.G., Sotomayor C.C., Donoso Z.M., Hernández V.S.. Prevalencia de quistes odontogénicos: Hospital Regional Valdivia entre los años 1990 y 2010. Av Odontoestomatol [Internet]. 2012 Dic; 28(6): 303-309.
14. Sanchez C, Jordi J. Manual de cirugía periodontal, periapical y de colocación de implantes. Harcourt Brace; barcelona: 1996. Pags. 85-93.

15. Rodríguez, O., Guiardinu, R., Loriga, M. y Blanco, A. Quistes de los maxilares: Revisión bibliográfica. Rev Cubana de Estomatol. 2006 dic; 43 (4).

16. Perjuci F, Ademi-Abdyli R, Abdyli Y, et al. Evaluation of Spontaneous Bone Healing After Enucleation of Large Residual Cyst in Maxilla without Graft Material Utilization: Case Report. Acta Stomatol Croat. 2018;52(1):53–60.

17. Velasco Ignacio, Vahdani Soheil, Nuñez Natalia, Ramos Héctor. Large Recurrent Radicular Cyst in Maxillary Sinus: A Case Report. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2017 Abr; 11(1): 101-105.

18. Tortorici S, Difalco P, Caradonna L, Tete S. Traditional endodontic surgery versus modern technique: a 5-year controlled clinical trial. The Journal of craniofacial surgery. 2014;25(3):804-7.

19. Díaz Fernández José Manuel, Puig Ravinal Luis Emilio, Vives Folgar Carmen Beatriz. Perfil epidemiológico, clínico y terapéutico de los quistes odontogénicos en Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet]. 2014 Ene; 18(1): 52-60.