

CASOS CLÍNICOS

QUISTE ÓSEO TRAUMÁTICO MANDIBULAR: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

MANDIBULAR TRAUMATIC BONE CYST: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Cruz-Villca M B¹, Cruz-Villca L², Castel-Belmonte M I³

1. Cirujano Maxilofacial, Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría"

Autor para correspondencia: Marcia Cruz Villca, La Paz Bolivia, m_cruz_v@hotmail.com

RECIBIDO: 20/07/2018

ACEPTADO: 10/08/2018

RESUMEN

El Quiste Óseo Traumático de la mandíbula es una cavidad intraósea sin revestimiento epitelial, considerado Pseudoquiste. Ha recibido diversas denominaciones debido a su etiología y patogenia inciertas, como Quiste Óseo Traumático, Quiste Óseo Solitario, Quiste Óseo Idiopático, entre otros. Es una lesión asintomática, que a menudo se diagnostica accidentalmente durante el examen radiológico de rutina, como una radiolucencia unilocular con bordes festoneados cuando está localizado entre las raíces dentarias. Presentamos un caso raro de Quiste Óseo Traumático en la sínfisis mandibular, identificado radiográficamente, en una paciente de 14 años sin historia clara de trauma, diagnosticado y tratado con éxito.

PALABRAS CLAVE: Quiste Óseo Traumático, Quiste Óseo Hemorrágico, Quiste Óseo Simple, Quiste Óseo Solitario, Quiste Óseo Idiopático, Quiste Óseo Primario, Quiste Óseo Unicameral

ABSTRACT

The Traumatic Bone Cyst of the mandible is an intraosseous cavity without an epithelial lining, considered a pseudocyst. It has received various names due to its uncertain etiology and pathogenesis, such as Traumatic Bone Cyst, Solitary Bone Cyst, Idiopathic Bone Cyst, among others. It is an asymptomatic lesion, which is often diagnosed accidentally during routine radiological examination, as a unilocular radiolucency with scalloped edges when located between the dental roots. We present a rare case of Traumatic Bone Cysts in the mandibular symphysis, identified radiologically, in a 14-year-old patient without clear history of trauma, diagnosed and successfully treated.

KEY WORDS: *Traumatic Bone Cyst, Haemorrhagic Bone Cyst, Simple Bone Cyst, Solitary Bone Cyst, Idiopathic Bone Cyst, Primary Bone Cyst, Single Chamber Bone Cyst.*

INTRODUCCIÓN

El Quiste Óseo Traumático (QOT) es conocido por una gran cantidad de nombres en la literatura: Quiste Óseo Hemorrágico, Quiste Óseo Simple, Quiste Óseo Solitario, Quiste Óseo Idiopático, Quiste Óseo Primario, Quiste Sanguíneo o Quiste Óseo Unicameral. Es una lesión poco común, reconocida por primera vez por Virchow en 1876.

La Organización Mundial de la Salud define al QOT como "un quiste intraóseo que tiene un tenue revestimiento de tejido conectivo sin epitelio".¹ Se presentan principalmente en pacientes jóvenes, mayormente durante la segunda década de vida y muy raramente en niños <5 años. Ocurre con frecuencia en la mandíbula, principalmente en la parte posterior, mientras que en el maxilar, son

raros y localizados principalmente en la parte anterior. Por lo general es sintomático, sin ninguna expansión ósea y aparecen en radiografías de rutina como una radiolucencia unilocular, bien definida, con 'Efecto festoneado' que se extiende entre las raíces de los dientes.^{2, 3} El diagnóstico definitivo se logra invariablemente en la cirugía, cuando una cavidad ósea vacía sin revestimiento epitelial se observa. El tratamiento ampliamente recomendado es quirúrgico, exploración seguida de curetaje de las paredes óseas, provocando sangrado en la cavidad, el cual eventualmente es reemplazado por hueso y mejora el proceso de curación. Se cree que en algunos casos, especialmente pacientes más jóvenes puede haber una resolución espontánea. Después de la exploración quirúrgica con curetaje o sin él, la obliteración del defecto por la formación de hueso nuevo es generalmente rápido, incluso los grandes defectos pueden mostrar una radiografía normal dentro de 3 a 12 meses después de la exploración. El pronóstico es excelente y la recurrencia es inusual. El seguimiento periódico y exámenes radiográficos son aconsejables hasta que la resolución completa haya sido confirmada.^{4, 5}

La OMS incluye a los QOT en el grupo de lesiones relacionadas con los huesos, junto con el Quiste Óseo Aneurismático, Fibroma Osificante, Displasia Fibrosa, Displasia Ósea, Granuloma Central de Células Gigantes y Querubismo. Diferentes factores causales han sido propuestos: degeneración ósea tumoral, metabolismo de calcio alterado, infección de bajo grado, alteraciones locales en el crecimiento óseo, obstrucción venosa, aumento de la osteólisis, hemorragia intramedular, isquemia local o una combinación de tales factores. Se menciona que cualquier forma de trauma, incluida la extracción de dientes podría dar lugar a un quiste de este tipo. La teoría más ampliamente aceptada sugiere que el sangrado dentro del hueso es causado por trauma, donde en lugar de la organización de un coágulo de sangre y curación, el coágulo licuefactivamente necrotiza o es reabsorbido de otra manera, el hueso circundante es destruido por actividad enzimática, de esta manera la cavidad ósea se agranda, estimulada por el aumento de presión de su contenido, que, al menos en parte,

escausado por drenaje venoso deficiente.^{6, 7}

El presente artículo describe un hallazgo radiológico de Quiste Óseo Traumático en mandíbula.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino, de 14 años de edad, acude a consulta externa de Cirugía Maxilofacial del Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" de La Paz en compañía de su padre, con cuadro clínico de 2 meses de evolución, caracterizado por exposición ósea en cavidad oral y halitosis fétida. Refiere que fué sometida a exodoncia traumática de primer molar inferior derecho, posterior a ello se produce exposición de tejido óseo en dicha zona, fue sometida a dos intervenciones quirúrgicas para cubrir tejido expuesto sin resultados favorables. Niega antecedentes patológicos personales y familiares de relevancia. Al examen intraoral se evidencia exposición de reborde alveolar de pieza 4,6, movilidad patológica de pieza 4,5 y retracción gingival a ese nivel, resto de piezas dentarias y mucosa oral sin alteraciones, halitosis fétida, no adenopatías cervicales; contaba con ortopantomografía (radiografía panorámica) donde se apreciaba secuestro óseo a nivel de cuerpo mandibular derecha rodeado por halo radiolucido y lesión radiolucida con halo radiopaco a nivel de sínfisis mandibular, de bordes definidos que se extiende desde canino inferior derecho hasta incisivo lateral izquierdo, sin reabsorción radicular, ni desplazamiento (Figura N° 1). Se solicita exámenes complementarios: hemograma y coagulograma, mismo dentro de parámetros normales, Tomografía Cone Beam donde se evidencia imagen ovalada de borde y límites parcialmente corticalizados, que se extiende desde la región disto radicular de piezas 43 hasta mesial del ápice radicular de pieza 31, con discreto adelgazamiento de las corticales vestibular y lingual. (Figura N° 2). Se concluye en: Osteonecrosis a nivel posteroinferior derecho (cuerpo y reborde alveolar mandibular) y Quiste Óseo Traumático a nivel de sínfisis mandibular. Bajo anestesia general y mediante abordaje intraoral se realiza exéresis de tejido óseo necrótico, curetaje y exodoncia de pieza 4,5, además de exploración y curetaje de cavidad patológico en sínfisis, durante el procedimiento se

observo una cavidad ósea vacía sin recubrimiento epitelial (Figura N° 3), se envía ambas muestras a estudio anatomopatológico, cuyo reporte indica: Osteonecrosis con inflamación aguda bacteriana, pieza dentaria con necrosis focal y

fragmento de tejido óseo reparativo compatible con Pseudoquiste. Se realizó control radiológico en 6 meses el cual mostro formación de nuevo hueso trabeculado (Figura N° 4).

Figura N° 1

Ortopantomografía: Secuestro Óseo Rodeado con Halo Radiolucido en Cuerpo Mandibular Derecho y Lesión Radiolucida con Halo Radiopaco en Sínfisis Mandibular, Bordes Definidos, sin Desplazamiento, ni Reabsorción Radicular.



Figura N° 2

Tomografía Cone Beam: Fragmento Óseo en Cuerpo Mandibular Derecho con Halo Hipodenso e Imagen Ovalada de Borde y Límites Parcialmente Corticalizados y Discreto Adelgazamiento de las Corticales Vestibular y Lingual

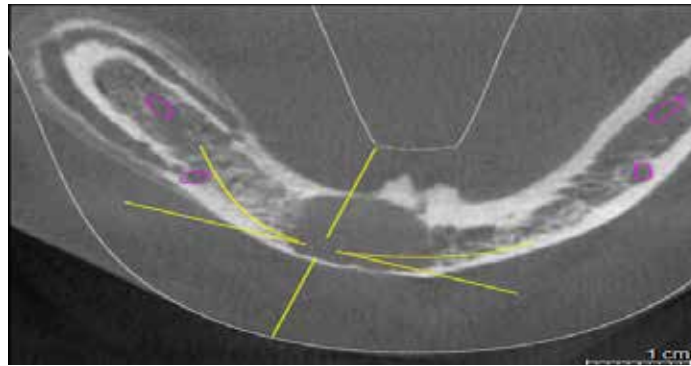


Figura N° 3

a) Exéresis De Tejido Óseo Necrótico

b) Cavidad Ósea Vacía En Sínfisis Mandibular



Figura N° 4

Ortopantomografía de Control a los 6 Meses con Formación de Nuevo Hueso Trabeculado en Sínfisis Mandibular.



DISCUSIÓN

Los Quistes Óseos Traumáticos generalmente se detectan en pacientes la segunda y tercera década de la vida, aunque un 15% fue encontrado por encima de los 40 años de edad. Como en la mayoría de los casos, la lesión permanece asintomática y se descubre principalmente durante el examen radiográfico de rutina. El presente caso armoniza las características mencionadas anteriormente. El Quiste Óseo Traumático se produce en la mandíbula predominantemente en la región posterior, generalmente se extiende desde canino a tercer molar. Sin embargo, en nuestro caso la lesión se localizó en la región anterior mandibular (sínfisis) extendiéndose desde disto radicular de pieza 43 hasta mesial del ápice radicular de pieza 31, una variación poco común. Considerando la diversidad de teorías presentadas en la literatura, cualquiera que sea la ubicación del Quiste Óseo Traumático, la etiología sigue sin estar clara. Entre las muchas teorías, tres predominan: (1) una anomalía del crecimiento óseo, (2) un proceso tumoral degenerativo, y (3) un factor particular desencadenando un trauma hemorrágico. Entre los diversos factores etiológicos acuñados para su ocurrencia, el papel del trauma ha sido constantemente resaltado. Se cree que el trauma conduce a la formación de hematoma intraóseo, el coágulo de sangre formado sufre licuefacción y, finalmente, la actividad enzimática resulta en la destrucción del hueso adyacente. Thoma sugirió

que el trauma inicia un hematoma subperióstico que causa un compromiso del suministro de sangre al área, lo que conduce a la resorción ósea osteoclástica. Alteraciones Vasculares están supuestamente relacionadas con los fenómenos de resorción. No obstante, la etiología traumática es cuestionada, por el hecho de que más del 50% de los casos no se identifica historia traumática, como en el presente caso. Radiográficamente se caracterizan por una radiolucencia unilocular, bien definida, con 'Efecto festoneado' que se extiende entre las raíces de los dientes, en el caso presentado no se identificó el borde festoneado entre las raíces dentarias, característica que clásicamente sugiere Quiste Óseo Traumático, pero no define el diagnóstico. Una alta tasa de recurrencia en los casos con un margen festoneado (apariencia multilocular) se confirmó en un hueso largo estudiado. Esto no ha sido evaluado en mandíbulas, aunque se observó en un estudio reciente una tasa de recurrencia del 65,4% de los casos con un margen festoneado versus 4,8% de casos con un margen suave. Por lo tanto, un margen festoneado es un signo de posible recurrencia, aunque esto no debe confundirse con el festoneado interdental asociado con una lámina dura intacta. La presentación clásicamente histológica es una cavidad vacía de hueso esponjoso usualmente sin forro o muy ocasionalmente forrado con una fina capa de tejido conectivo con un escaso líquido contenido.

La marca del Quiste Óseo Traumático es la ausencia de revestimiento epitelial. En nuestro caso, una cavidad ósea vacía fue identificada. El diagnóstico de Quiste Óseo Traumático antes de la cirugía es muy difícil en la mayoría de los casos. La exploración quirúrgica no solo confirma el diagnóstico sino también es curativa, debido a que el curetaje induce sangrado y regeneración ósea. Otros tratamientos alternativos, como el llenado de la cavidad con hueso bovino liofilizado o introducción de sangre autóloga con hueso del paciente o hidroxapatita también se defiende. En el presente caso, el curetaje de la lesión en sí favoreció la formación de hueso

y curación. El Quiste Óseo Traumático es una lesión asintomática, principalmente descubierto durante el examen radiográfico de rutina, la lesión rara vez causa complicaciones; sin embargo la posibilidad de la fractura patológica en lesiones más grandes puede ser posible. Por otra parte, una intervención quirúrgica simple y un curetaje cuidadoso para inducir el sangrado pueden conducir a resolución de lesiones más pequeñas. Para lesiones más grandes otras alternativas como el injerto de hueso o el uso de materiales sintéticos, como hidroxapatita, hueso bovino, etc. podrían favorecer resultado armónico

REFERENCIAS

1. Naveen R., Ullal A., Kambalimath H., Divya S., Khandelwal V. *Management of Traumatic Bone Cyst in a 3-Year-Old Child: A Rare Case Report. Int J Clin Pediatr Dent.* 2012;5(3):213-216.
2. Surej Kumar O., Kurien N., Ahamed Thaha K. *Traumatic Bone Cyst of Mandible. J. Maxillofac. Oral Surg.* 2015; 14(2):466-469.
3. Saquete Martins-Filho P., Santana Santos R., Cavalcanti de Araújo V., Silva Santos J., Souza Andrade E., Ferreira da Silva L. *Traumatic bone cyst of the mandible: a review of 26 cases. Braz J Otorhinolaryngol.* 2012;78(2):16-21.
4. Kaushal Mahendra S, Jagruti Dalpatram M. *Traumatic bone cyst or solitary bone cyst. BMJ Case Rep* 2013.
5. Wong Romo G., Carrillo Teran E., Angeles Varela E. *Quiste Óseo Solitario Mandibular: Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev. Odont. Mex.* 2016;20 (2): 114-122 .
6. Dincer O., Emre Kose T., Burak Cankaya A. *Traumatic bone cyst mimicking radicular cyst. BMJ.* 2012.
7. Satish K., Padmashree S., Rema J. *Traumatic Bone Cyst of Idiopathic Origin? a report of two cases. Ethiop J Health Sci.* 2014; 24 (2): 183 – 187.