



Quiste óseo simple a nivel de rama mandibular con características atípicas

Simple bone cyst in mandibular ramus with atypical features

María del Carmen Navas-Aparicio,* Andrés Umaña-Calderón[‡]

* Especialista en Cirugía Maxilofacial. Universidad de Costa Rica; [‡] Especialista en Pediatría. Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera", Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica.

RESUMEN

Introducción: el quiste óseo simple es una lesión no neoplásica, asintomática, que usualmente se detecta por un hallazgo radiográfico. Se caracteriza por ser de crecimiento lento y no expansible, pero sin causar alteración funcional.

Presentación del caso: paciente femenino de 11 años, con un quiste óseo unicameral con características atípicas, a nivel de rama mandibular izquierda, con extensión a cóndilo y proceso coronoides y con expansión severa de tablas óseas. El tratamiento fue quirúrgico, mediante curetaje simple. Posterior a dos años de realizado el tratamiento, no existe recurrencia. **Conclusiones:** el diagnóstico de quistes en maxila y mandíbula son comunes en patología oral y maxilofacial, cuyo tratamiento es quirúrgico.

Palabras clave: quiste óseo, quiste solitario, quiste de los maxilares, adolescente.

ABSTRACT

Introduction: simple bone cyst is a non-neoplastic, asymptomatic lesion, which is usually detected by radiographic finding. It is characterized by slow growth and non-expandable, which does not cause functional alteration.

Presentation of the case: an 11-year-old female patient with a unicameral bone cyst that has atypical characteristics, at the level of the left mandibular ramus, with extension to the condyle and coronoid process, and with severe expansion of the bone tables. Treatment was surgical, by simple curettage. Two years after the treatment, there is no recurrence.

Conclusions: diagnosis of cysts in the maxilla and mandible are common in oral and maxillofacial pathology, whose treatment is surgical.

Keywords: bone cyst, solitary cyst, jaw cyst, adolescent.

INTRODUCCIÓN

El quiste óseo simple es una cavidad intraósea, benigna, vacía o con contenido líquido, revestida por una delgada capa de tejido conectivo sin epitelio. Se localiza en los huesos largos (90%) y en los maxilares (10%), destacándose principalmente en la mandíbula, en la región de premolares y molares, no así en sínfisis y rama mandibular.¹⁻¹⁰ Este tipo de quistes se pueden conocer con otros nombres como quiste solitario, he-

morrágico, óseo unicameral, cavidad ósea idiopática y quiste óseo traumático.¹⁰

El estudio de Lima y colaboradores señala que los quistes óseos simples representaron 2.4% (60 pacientes) de todos los quistes, localizándose principalmente en la región posterior mandibular en 36 (60%), seguido por la región anterior mandibular en 12 (20%), ángulo-rama mandibular en 11 (18.4%) y en un paciente en la región anterior maxilar (1.6%); además reportan que la expansión ósea se observó sólo en cinco casos.¹⁰

Correspondencia: María del Carmen Navas-Aparicio, E-mail: mcnavasaparicio@hotmail.com

Citar como: Navas-Aparicio MC, Umaña-Calderón A. Quiste óseo simple a nivel de rama mandibular con características atípicas. Rev Mex Pediatr. 2022; 89(1): 23-26. <https://dx.doi.org/10.35366/106856>

El quiste óseo simple se caracteriza por ser de crecimiento lento, no expansible, asintomático y sin originar alteración en la función. Los dientes asociados en la zona quística en general no se afectan. Su hallazgo es casual mediante una ortopantomografía, observando una lesión osteolítica, unilocular o multilocular, demarcada por un margen corticalizado, con posible asociación a dientes incluidos o impactados. Puede mostrar una apariencia festoneada entre las raíces de premolares y molares, debido a la proyección de la cavidad quística hacia arriba dentro del septo interradicular. Las raíces de los dientes involucrados pueden ser desplazadas, pero raramente reabsorbidas, con conservación de la lámina dura y espacios periodontales.¹⁻¹¹

Debido a que otras patologías pueden presentar las mismas características radiográficas, se recomienda realizar exámenes complementarios como pruebas de vitalidad pulpar, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética y biopsia para establecer el diagnóstico. Los diagnósticos diferenciales incluyen

el queratoquiste eosinófilo, granuloma central de células gigantes, ameloblastoma, tumor pardo del hiperparatiroidismo, osteosarcoma, tumor odontogénico queratoquístico, mixoma, quiste dentígero, quiste óseo aneurismático, defecto óseo esponjoso osteoporótico focal, malformaciones vasculares intraóseas, entre otras.^{4,5,7,9,11}

El tratamiento es quirúrgico, con curetaje simple de las paredes óseas, con el fin de causar sangrado dentro de la cavidad para permitir la formación de hueso. Existen otras alternativas, como el manejo expectante esperando la resolución espontánea, aspiración del contenido, curetaje con aplicación de diferentes materiales para estimular la actividad osteogénica, injerto óseo o marsupialización. Lesiones grandes o festoneadas alrededor de los dientes pueden impedir la formación del coágulo sanguíneo, lo cual es necesario para la formación del hueso, lo que podría explicar la persistencia o recurrencia de la lesión. Se recomienda seguimiento clínico y radiológico hasta por tres años.^{1,3-6,8-12}

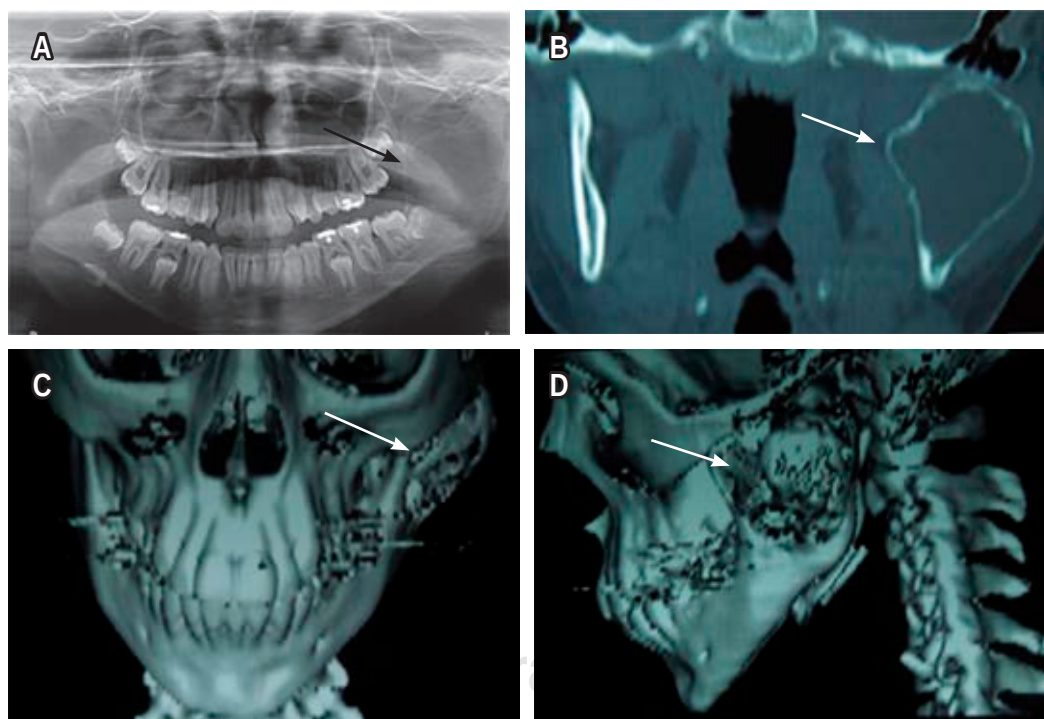


Figura 1: Quiste óseo simple en rama mandibular izquierda. **A)** Ortopantomografía: zona radiolúcida en rama mandibular izquierda que se extiende desde el ángulo mandibular hasta cóndilo y proceso coronoides, con germen dental del tercer molar inferior incluido en posición horizontal y con el diente segundo molar inferior izquierdo incluido en posición vertical. **B-D)** Tomografía axial computarizada, corte coronal y reconstrucción 3D: lesión osteolítica en rama mandibular izquierda, con expansión de tablas medial y lateral del área mencionada, lo que ocasiona alteración de la anatomía local.

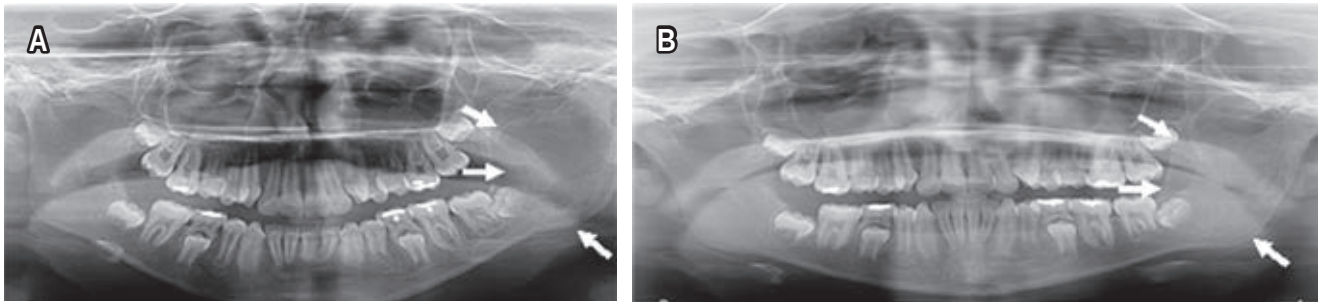


Figura 2: Quiste óseo simple en rama mandibular izquierda. **A)** Ortopantomografía previa a la cirugía. Zona radiolúcida en rama mandibular izquierda que se extiende desde el ángulo mandibular hasta cóndilo y proceso coronoides. **B)** Ortopantomografía posterior a cuatro meses después de la cirugía de curetaje de la cavidad ósea mandibular. Se observa formación de hueso en la región de rama mandibular izquierda, ángulo mandibular izquierdo, cóndilo y proceso coronoides.

La patogénesis y etiología no se conocen. Habitualmente se presenta en las dos primeras décadas de vida (56-75%), aunque pueden ser evidentes a cualquier edad, y no existe predilección de acuerdo con el sexo.^{1-8,10,11}

Existen casos previos publicados; Pérez Iglesias y colaboradores describen a un paciente de 16 años quien presentó el diagnóstico quiste simple óseo en la rama ascendente mandibular, pero sin recurrencia posterior al curetaje.⁹

Presentamos un caso clínico de una paciente con un quiste solitario simple con características atípicas, por la localización en rama mandibular izquierda y la expansión ósea, así como por la aparición de pericoronitis.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 11 años y 10 meses, quien acudió a consulta en la Unidad de Labio y Paladar Hendido-Craneomaxilofacial, del Hospital Nacional de Niños, Caja Costarricense de Seguro Social, por presentar asimetría facial debido a un aumento de volumen a nivel mandibular izquierdo sin asociación de trauma, de un mes de evolución y sin otra sintomatología.

Clínicamente a la palpación intraoral, la paciente presentaba expansión importante de las tablas medial y lateral de la rama mandibular izquierda, pero que no limitaba los movimientos normales de mandíbula. El último diente erupcionado en el arco dental, del lado mandibular izquierdo, primer molar inferior permanente, no presentaba movilidad.

En la ortopantomografía se observó una lesión osteolítica en la rama mandibular izquierda, que se extendía desde el ángulo mandibular hasta cóndilo y proceso coronoides, los cuales estaban involucrados, que provocaban alteración de la anatomía local. El

segundo molar inferior permanente izquierdo estaba incluido en posición vertical y el germen del tercer molar inferior izquierdo estaba en posición horizontal (Figura 1A). En la TAC se observó la lesión, con expansión de tablas óseas en rama mandibular izquierda (Figura 1B-D).

Su tratamiento consistió en la exploración quirúrgica y curetaje de la lesión, bajo anestesia general, en sala de operaciones. Se encontró una cavidad vacía, lo que condujo a sospechar de un quiste óseo solitario. El diagnóstico histopatológico fue quiste óseo unicameral; los cortes histológicos mostraban hueso cortical maduro, además de una membrana de tejido conectivo en la que se observaban células gigantes multinucleadas y hemorragia. No se encontraron signos de malignidad.

Un mes y medio después de la cirugía, la paciente presentó nuevamente aumento de volumen mandibular izquierdo, acompañado de dolor y limitación de apertura oral, pero no tenía relación con el procedimiento realizado, ya que se trató de pericoronitis por la erupción del segundo molar inferior izquierdo. En la radiografía control cuatro meses del postoperatorio se observa la formación de hueso en la rama mandibular izquierda, desde ángulo mandibular hasta cóndilo y proceso coronoides (Figura 2). A dos años de la cirugía, mediante control clínico y radiográfico no se observó recurrencia.

DISCUSIÓN

El quiste óseo es una lesión benigna, asintomática, que se caracteriza por su lento crecimiento y rara expansión de hueso, la cual puede ocurrir entre 3.84 a 72.7%.¹⁰ En el presente caso, con quiste óseo en rama mandibular izquierda se observó una expansión de

tabla ósea medial y lateral que producía asimetría facial evidente, además de que su localización no es frecuente, pues la lesión en la rama mandibular se extendía desde el ángulo hasta el proceso coronoides y cóndilo (*Figura 1*).

El hallazgo en imágenes radiográficas no es suficiente para el diagnóstico definitivo, ya que se requiere del estudio histopatológico, y también ayudará a definir el tratamiento. En el manejo se debe tratar de preservar las estructuras de la zona, como el nervio dentario inferior.¹⁰

El procedimiento quirúrgico que se le realizó a la paciente fue curetaje, que es el tratamiento de elección; además, los pacientes deben tener seguimiento ya que un signo radiográfico de formación ósea no siempre es signo de curación completa. La recidiva es rara, pero existen estudios que señalan que puede presentarse en más de 20% de los casos. Swei y colaboradores, al analizar el tratamiento de 132 pacientes, señalan que la recurrencia se presentó después de dos años de la cirugía.^{1,4,9,12}

Es relevante enfatizar el buen análisis de cada paciente; la niña que describimos presentó pericoronitis por la erupción del segundo molar inferior izquierdo, con dolor y limitación de apertura oral, pero relacionado a otra patología que era un diente incluido, lo que podría haber hecho pensar que se trataba de recurrencia.

REFERENCIAS

1. Babu C, Das Rai B, Nair M, Astekar M. Simple bone cyst of mandible mimicking periapical cyst. *Clin Prac*. 2012; 2: e59. doi: 10.4081/cp.2012.e59.
2. Harnet JC, Lombardo T, Klewansky P, Rieger J, Tempe MH, Clavert JM. Solitary bone cyst of the jaws: a review of the etiopathogenic hypotheses. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008; 66: 2345-2348. doi: 10.1016/j.joms.2007.08.035.
3. Bagain ZH, Jayakrishnan A, Farthing PM, Hardee P. Recurrence of a solitary bone cyst of the mandible: case report. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2005; 43: 333-335. doi: 10.1016/j.bjoms.2004.12.001.
4. Sabino-Bezerra J, Santos-Silva A, Jorge J Jr, Ferreira A, Gouvea AF, Lopes MA. Atypical presentations of simple bone cysts of the mandible: a case series and review of literature. *J Craniomaxillofac Surg*. 2013; 41: 391-396. doi: 10.1016/j.jcms.2012.11.002.
5. Cifuentes J, Barrera A, Jerez D, Bohmann S. Quiste óseo simple de cóndilo mandibular. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2015; 37: 32-37. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.maxilo.2012.12.003>
6. Mitchell DA, Ward-Booth RP. Atypical presentation of a solitary bone cyst. *Int J Oral Surg*. 1984; 13: 256-259. Available in: [https://doi.org/10.1016/S0300-9785\(84\)80012-5](https://doi.org/10.1016/S0300-9785(84)80012-5)
7. Martins-Filho PRS, de Santana Santos T, Cavalcanti de Araújo VL, Silva Santos J, de Souza Andrade ES, Ferreira da Silva LC. Traumatic bone cyst of the mandible: a review of 26 cases. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2012; 78: 16-21. Available in: <https://doi.org/10.1590/S1808-86942012000200004>
8. Cortell-Ballester I, Figueiredo R, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Traumatic bone cyst: a retrospective study of 21 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009; 14: E239-E243. Available in: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v14i5/medoralv14i5p239.pdf>
9. Pérez-Iglesias B, Sandoval-Gutiérrez J, García-Freire C, Sánchez-Torres A, Gay-Escoda C. Simple bone cyst: a case report. *J Clin Exp Dent*. 2021; 13(2): e207-e210. Available in: <https://dx.doi.org/10.4317%2Fjced.57769>
10. Lima LB, de Freitas Filho SA, Barbosa de Paulo LF, Servato JP, Rosa RR, Faria PR et al. Simple bone cyst: description of 60 cases seen at a Brazilian School of Dentistry and review of international literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2020; 25(5): e616-e625. doi: 10.4317/medoral.23638.
11. Homem de Carvalho A, Coelho V, Domingues M, Varvaki P, Sant'Ana M. Simple bone cyst: report of cases and proposal for a minimal surgical intervention. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2010; 74: 1449-1451. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2010.09.014>
12. Swei Y, Taguchi A, Tanimoto K. Simple bone cyst of the jaws: evaluation of treatment outcome by review of 132 cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007; 65: 918-923. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2006.06.297>

Conflicto de intereses: los autores señalan que no tienen.