

QUISTE ÓSEO TRAUMÁTICO

TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS*

PLAUTO C.A. WATANABE*, HABIB ASSAD NADER** Y LUIZ MARIO P. LÓPEZ LABADESSA***.

RESUMEN: PLAUTO C.A. WATANABE, HABIB ASSAD NADER Y LUIZ MARIO P. LÓPEZ LABADESSA. Quiste óseo traumático. Técnicas diagnósticas, Rev Fac Odont Univ Ant, 12(1): 16-19, 2000.

El Quiste Óseo Traumático (QOT) es una cavidad en la mandíbula ósea no revestida por epitelio, siendo considerado un falso quiste. El propósito de los autores es el relato de un caso clínico, donde ha sido posible con una buena anamnesis y examen radiográfico convencional, obtener el diagnóstico más probable de la lesión como es QOT, que orientó toda la presentación del caso. La lesión ha disminuido y se estabilizó.

Palabras claves: Quiste óseo traumático, diagnóstico, examen radiográfico.

ABSTRACT: PLAUTO C.A. WATANABE, HABIB ASSAD NADER Y LUIZ MARIO P. LÓPEZ LABADESSA. Traumatic Bone Cyst. Diagnostic Technics, Rev Fac Odont Univ Ant, 12(1): 16-19, 2000.

The Traumatic Bone Cyst is a cavity at the mandible that isn't capped by epithelial tissue, several times is considered a false cyst. The objective of the authors is report a clinic case, supervised by an excelent anamnese and with a convencional radiografic examination, had diagnose the lesion how being probably Traumatic Bone Cyst, who oriented all the case presentation. The lesion had a regression and estabilization.

Key Words: Traumatic Bone Cyst, diagnosis, radiografic examination.

INTRODUCCIÓN

En la literatura odontológica, el Quiste Oseo Traumático (QOT) se describe en diferentes denominaciones como: Quiste óseo simple, Quiste de extravasamiento, Quiste óseo idiopático, Quiste óseo unilocular, Quiste solitario o hemorrágico^{1,3,5,7,8}, pero el término "Quiste óseo traumático" es el que más se usa^{1,3,5,8}. Su etiología, en general, es desconocida. No posee predilección por edad ni sexo, pero surge muchas veces durante la segunda década de vida^{1,6}, en la mandíbula, con igual frecuencia en la rama o en el cuerpo.

Sabemos que el término "quiste" no parece muy adecuado, ya que la lesión se presenta como una cavidad ósea no revestida por epitelio^{7,8}, pudiendo clasificarla también como una lesión reactiva con grados variables de vascularidad.

La etiología y la patogenia han sido descritas inicialmente por Lucas (1929), pero hasta hoy no están totalmente esclarecidas, la teoría más aceptable, es la de que el QOT sea una secuela

de un traumatismo anterior, que resultó en alguna hemorragia intramedular^{1,3,5,6,7,8}.

El QOT ha sido detectado en pacientes entre 2 y 75 años de edad, según Farman et al⁴ (1993), aunque la mayoría de las veces se encuentra en pacientes que están en la segunda década de vida^{1,6}. Los hombres son más afectados que las mujeres, probablemente debido a una mayor exposición a traumas^{3,8}. Como signos cor diales presenta una radiolucidez homogénea, suave contorno externo, no nítidamente corticalizado, en general, aparece por encima del canal mandibular.

La ubicación habitual es la mandíbula, con igual frecuencia en el cuerpo y la rama ascendente, esto es, en la parte posterior de la mandíbula^{1,3,6}.

Clínicamente, son casi siempre asintomáticos^{1,5,8}, pero según Farman et al⁴ (1993) en el 25% de los casos se puede identificar cierta tumefacción o expansión, y en alrededor del 10% de los casos se presentan dolor. Es rara la ocurrencia bilateral, y en la mayoría de las veces los dientes de la zona presentan vitalidad pulpar.

• Centro de trabajo: Laboratorio de Análisis y Control de la Imagen Radiográfica Odontológica -LACIRO- Facultad de Odontología de Ribeirão Preto, Universidad de Sao Paulo (FORP/USP).

* Profesor, Dr. Departamento M.E.Fb. de la FORP-USP.

* * Odontólogo Cirujano - Practicante.

* * * Médico Radiólogo.

Al examen radiográfico usualmente se presenta una radiolucidez homogénea y solitaria de tamaño variable, con márgenes bien definidos, que pueden o no ser escleróticos o corticados^{1,5,8}.

A veces puede surgir una fina capa esclerótica y la lesión llega a presentar "scalloping" (socavamiento) de los márgenes. El QOT, en general, se ubica coronal al canal mandibular, no aleja los dientes y no reabsorbe las raíces. El ensanchamiento del espacio periodontal de los dientes adyacentes y la reabsorción de la lámina dura de ellos, se presenta ocasionalmente.

El diagnóstico diferencial es difícil pues esa lesión puede asemejarse a muchas otras lesiones radiográficas⁵, por lo cual debe establecerse un diferencial con: lesiones periapicales, quistes óseos aneurismáticos, queratocistes odontogénicos, lesiones centrales de células gigantes, ameloblastomas, mixomas odontogénicos y quistes óseos estáticos⁸.

El propósito de los autores es evidenciar la plenitud y limitación de las técnicas radiográficas para el diagnóstico del quiste óseo traumático con el relato de un caso clínico.

REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

En diciembre de 1994, el paciente C. B. acudió al odontólogo y se le constató que tenía una destrucción de la cortical ósea lingual, que se le notaba por la compresión de la lengua contra

la zona lingual de la mandíbula, entre el canino y el primer premolar izquierdos.

En la anamnesis, el paciente relató que dos años atrás, en una competición de Karate, recibió un fuerte golpe en ese lado y que llegó a perder la conciencia por algunos minutos.

En el servicio de urgencia, se le hicieron exámenes radiográficos y no constataron fractura ósea, ni daños en las estructuras dentales, y desde aquella fecha, nunca ha presentado sintomatología dolorosa en la zona.

Pasado algún tiempo, notó un ligero abombamiento en la parte interna de la mandíbula, a la cual no le había dado suficiente importancia hasta que notó la destrucción.

En el examen clínico, le hicieron palpación en la zona lingual izquierda del cuerpo mandibular, comprobando destrucción de la tabla ósea lingual. Se sometieron los dientes de la zona a pruebas de vitalidad pulpar, la cual resultó positiva.

Se realizaron exámenes radiográficos panorámicos y una radiografía periapical, en la cual se puede constatar una zona radiolúcida circunscrita, de unos 10,5 mm de diámetro, superpuesta a la zona apical de los dientes 33-34. Estos dientes presentaban integridad de la lámina dura. No ha sido necesaria la radiografía oclusal, pues no había abombamiento en la zona (Figura 1).

Figura 1

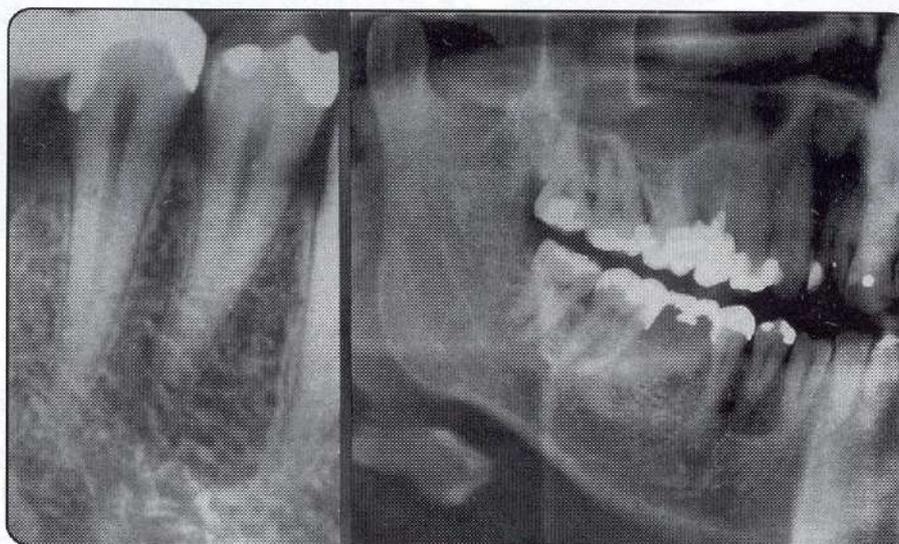


Figura 2

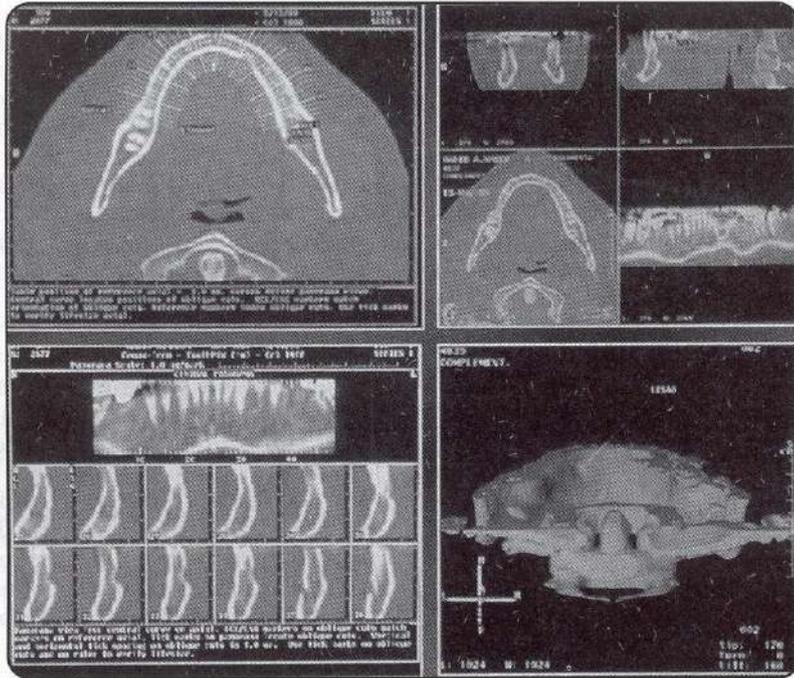
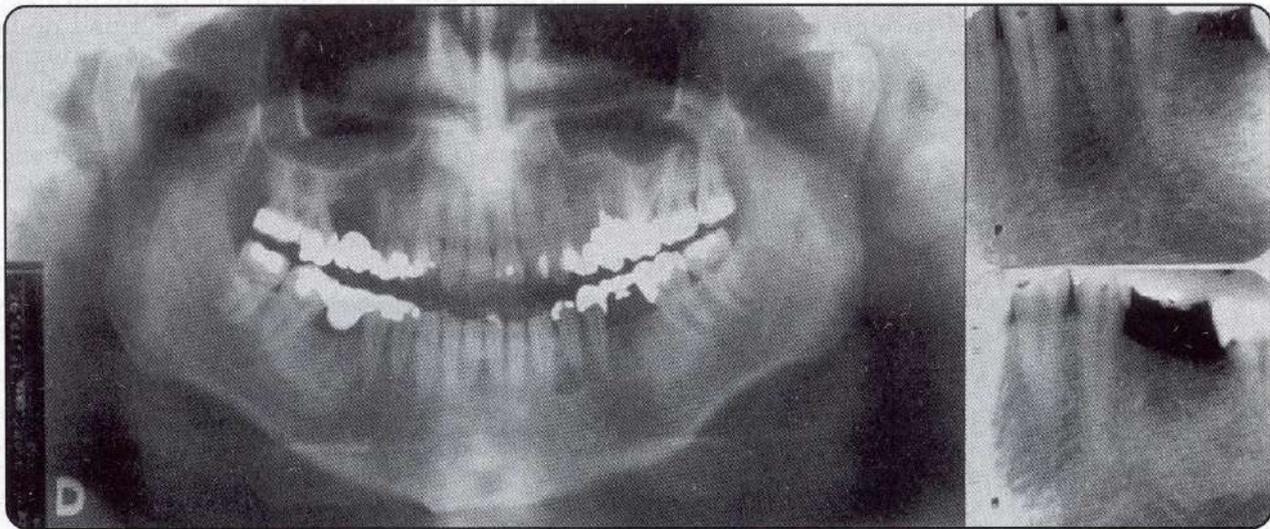


Figura 3



Después del examen semiológico y complementarlo con el radiológico, se llegó al diagnóstico de Quiste Óseo Traumático (QOT). A partir de entonces, se le ha hecho control radiográfico periódico y durante cuatro años la lesión se mantuvo estable.

Después de cuatro años y por solicitud del paciente, se ha pedido un examen radiográfico periapical y panorámico digitales, además de tomografía axial computarizada con cortes axiales y reconstrucciones tridimensionales, como "Shadede Surface Display" y multiplanares, ad-

virtiéndose que la lesión se había estabilizado, presentando menor radiolucidez, pero manteniendo el mismo tamaño. En la reconstrucción tridimensional se notó una depresión redondeada de unos 8 mm de diámetro en la cortical lingual, con límites libres y nítidos y hueso esclerótico con igual densidad del corte en toda su extensión con planos musculares y adiposos adyacentes sin alteración. (Figuras 2 y 3).

DISCUSIÓN

La descripción del caso clínico está totalmente de acuerdo con la literatura estudiada que ha descrito varios casos de CQT.

La terapia más común en el tratamiento de quistes óseos consiste en un simple raspado y cierre de la lesión, induciendo hemorragia en el interior del defecto y el surgimiento de potencial osteogénico, según Precious & Mcfadden (Apud Dellinger, 1998). En este caso, la cortical ósea lingual del cuerpo de la mandíbula del lado izquierdo se ha roto, lo cual tomó posteriormente depresión ósea, diagnosticada en las imágenes tomográficas y relatada por el paciente, que constantemente se autoexaminaba. Ese rompimiento parece haber estabilizado la lesión.

Según los relatos del paciente la lesión ósea ha tardado aproximadamente dos años para romper la cortical ósea lingual y así estabilizarse, siendo todo el tiempo asintomático. Las pruebas de vitalidad pulpar evidenciaron que la lesión no tenía origen endodóntico, en conjunción con el análisis radiográfico que mostraba integridad de la lámina dura de los dientes a los que la lesión se sobreponía. Tanto los aspectos clínicos como radiográficos y tomográficos permiten emitir el diagnóstico de Quiste Óseo Traumático, pues no se demuestran evidencias de infección, tumor o de una lesión quística verdadera.

La hipótesis de displasia focal cemento-ósea ha sido rechazada debido al tiempo de ocurrencia de la lesión, sin el surgimiento de lesión mixta con zonas radiopacas junto a la lesión radiolúcida.

Por ser el paciente una persona informada, consciente, joven y por las dimensiones de la lesión, el propio paciente optó por la preservación sin realizar el procedimiento quirúrgico del caso Bianchi et al² (1997), sin la necesidad de biopsia y examen histopatológico. Según Shafer, et al⁹ (1985) lo poco frecuente del QOT en personas mayores sugiere que ella sea autolimitante y con posible regresión espontánea.

Los exámenes tomográficos sólo confirmaron las descripciones clínicas y radiográficas, no contribuyendo de forma decisiva a un posible diagnóstico final, pues durante la anamnesis el paciente había relatado la ocurrencia inicial de la tumefacción, sin sintomatología dolorosa, y después de algún tiempo aquella elevación había cedido (roto la cortical), existiendo en aquel momento una depresión.

En este caso específico no hubo una contribución significativa de la tomografía axial computarizada, como examen complementario de diagnóstico. Muchas veces, un detallado examen clínico, anamnesis y un buen examen radiográfico convencional, serán recursos suficientes para dilucidar algunas patologías.

CORRESPONDENCIA

Facultad de Odontología de Ribeirão Preto-USP.
Avenida do Café s/n. cep: 14050-220.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abbot P.V., Traumatic Bone Cyst: Case report. *Endod Dent Traumatol*, 8: 170-175, 1992.
2. Bianchi S.D. et al. "Empty cysts" of the jaws. *Minerva Stomatol*, 46(9): 443-55, Sep, 1997.
3. Dellinger T.M. et al. Alternative Treatments for a Traumatic Bone Cyst: A longitudinal case report. *Quintessence Int*, 29(8): 497-502, Aug, 1998.
4. Farman A.G., Norté C.J., Wood R.E., *Oral and Maxillofacial Diagnostic Imaging*, 1st ed, Mosby, St. Louis, 448, 1993.
5. Friederichsen S.W., Long-term progression of a Traumatic Bone Cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 76: 421-424, 1993.
6. Guglielmott M.B. et al. Quiste Óseo-hemorrágico bilateral. *Ver. Asoc Argent odont*, 75(5): 157-160, Oct, 1987.
7. Polastri F. et al. Le cisti emorragiche della mandibola. Presentazione de um cave. *Minerva Stomatol*, 38(12): 1279-1283, Dec, 1989.
8. Rocha W.C. et al. Cisto ósseo traumático: relato de cave. *Robrac*, 6(19): 32-34, Sep, 1996.
9. Shafer W.G., Hine M.K., Levy B.M., *Tratado de Patología Bucal*, 4^a ed. Ed. Interamericana, R.J., 498-501, 1985.
10. Whinery J.G., Progressive bone cavities of the mandible. *Oral surg Oral Med and Oral Pathol*, 9: 903, Sep, 1995.