

Tratamiento de la cavidad ósea idiopática o quiste traumático

A. MENDOZA MENDOZA, E. SOLANO REINA*, F. DE LUQUE**

*Profesora Titular de Odontopediatria. **Profesor Titular de Ortodoncia. **Profesora colaboradora de Odontopediatria. Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla*

RESUMEN

La patogenia del quiste óseo traumático o cavidad quística idiopática, está todavía por clarificar y aunque es una lesión benigna, siempre se debe resolver quirúrgicamente.

En este trabajo presentamos la evolución de un caso durante 3 años y su resolución tras su curetaje, empaquetamiento dentro de la cavidad de una mezcla de sangre autógena, hueso autógeno y hueso neofilizado.

PALABRAS CLAVE: Quiste traumático. Cavidad ósea idiopática.

ABSTRACT

The pathogen responsible for traumatic bone cysts or idiopathic cystic cavities is yet to be clarified and, though a benign lesion, it should always undergo surgery.

This study traces the evolution of a case over a 3-year period and presents the final outcome following treatment involving packing the cavity with a mixture of autogenous blood, autogenous and neophilized bone.

KEY WORDS: Traumatic cyst. Idiopathic bone cavity.

INTRODUCCIÓN

La cavidad ósea idiopática se describe como una patología inusual localizada normalmente en la mandíbula(1) durante la segunda década de la vida, siendo más habitual en hombres que en mujeres (2).

Sus denominaciones han sido amplias y variadas, describiéndose como quiste óseo cavitario, quiste hemorrágico, quiste óseo unicameral, quiste de extravasación y quiste óseo simple.

La denominación habitual es quiste óseo traumático, ya que frecuentemente el paciente suele tener antecedentes traumáticos en los maxilares. Sin embargo, debido a las características de la lesión así como a su origen, en la mayoría de los casos desconocido, el término más apropiado sería el de cavidad ósea idiopática, ya que esta lesión no está recubierta internamente por epitelio (3).

Al revisar la bibliografía, hemos podido observar que la etiología de esta patología es desconocida, aunque la mayoría de los autores parecen relacionarla con antecedentes de traumatismos (3). Henbner y Turtington (1) citaron como probables las siguientes causas:

1. Traumatismo que ocasiona hemorragia intramedular.

2. Infarto de médula ósea o hueso esponjoso.
3. Pérdida de aporte sanguíneo por hemangioma o quiste angiomatoso.
4. Degeneración quística de tumores.
5. Áreas quísticas de infección focal resultantes de su "colapso" e invasión gradual por líquido.
6. Defecto del metabolismo óseo.

Así pues, aunque la etiología de la cavidad ósea idiopática es desconocida, existe unanimidad en indicar que esta lesión se presenta como un hallazgo casual al realizar un estudio radiológico ya que casi siempre es una lesión asintomática. El examen radiológico revela una radiolucidez unilocular o multilocular bien delineada, con márgenes ondulados que se extienden entre las raíces de los dientes (4). No suele haber expansión de la lámina cortical involucrada, rara vez existe desplazamiento de los dientes y no afecta la vitalidad de ningún diente.

En 1946, Rushton (5) define esta patología como lesión solitaria con márgenes bien definidos, sin recubrimiento epitelial interno, con relleno líquido en su interior y sin ningún otro hallazgo patológico asociado.

De todo lo dicho anteriormente, podemos deducir que el término quiste óseo es erróneo ya que no presen-

ta ningún recubrimiento epitelial (3) interno y aunque el hallazgo radiológico siempre es casual, el diagnóstico no será del todo certero hasta realizar la exposición quirúrgica de la lesión y poder observar la ausencia de epitelio, unas paredes histológicamente normales y un relleno mínimo de fluido de coloración diversa (6,7).

Aunque la cavidad ósea idiopática siempre es benigna, es preferible la resolución quirúrgica de la lesión (2) y su estudio anatomopatológico.

En cuanto a su diagnóstico diferencial, es necesario realizarlo con: displasia cemento ósea (lesión caracterizada por la coexistencia de cemento y hueso), el quiste periodontal lateral (cuyo posible origen se puede deber a una reminiscencia de la lámina dental en los sectores laterales de la mandíbula), quiste odontogénico epitelial calcificante (quiste de Gorlins), tumor odontogénico epitelial calcificante (tumor de Pindborg), queratoquiste odontogénico y granuloma central de células gigantes (8).

CASO CLÍNICO

Mujer de 15 años de edad que acudió a la consulta para una revisión rutinaria. La historia clínica no presentaba ningún antecedente clínico reseñable. Sí tenemos que señalar que la madre nos comentó que la paciente había finalizado su tratamiento de ortodoncia hacía un año y llevaba placas de retención nocturnas.

Al realizar las pruebas de exploración y radiografías complementarias, observamos en la panorámica un área radiolúcida unilocular (Fig. 1) de límites bien definidos a nivel mandibular, que se extendía entre las raíces del incisivo lateral derecho, canino y premolar, no había abombamiento de la cortical externa, no había producido el desplazamiento radicular de ningún diente y al realizar las pruebas de vitalidad eléctrica, observamos vitalidad positiva en todos los dientes. Pedimos la última exploración radiológica realizada por el ortodoncista al finalizar el tratamiento, y un año antes, ya se observaba un área radiolúcida pequeña entre el 42 y 43.

Se realizó una serie tomográfica de la zona (Fig.2), para determinar lo más exactamente posible la extensión de la lesión. Una vez planificada la intervención, se citó a la paciente para proceder a la extirpación de la lesión.

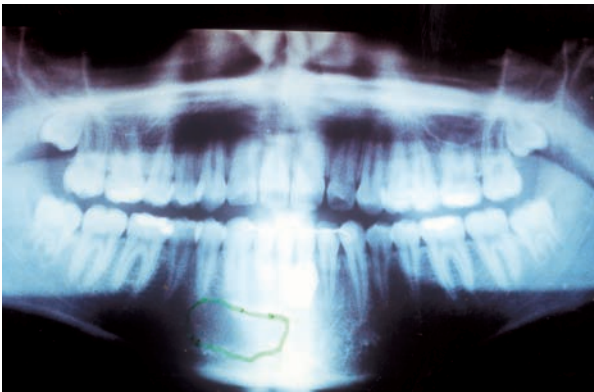


Fig. 1. Se observa una gran imagen radiolúcida que va desde el 41 hasta distal del 44.

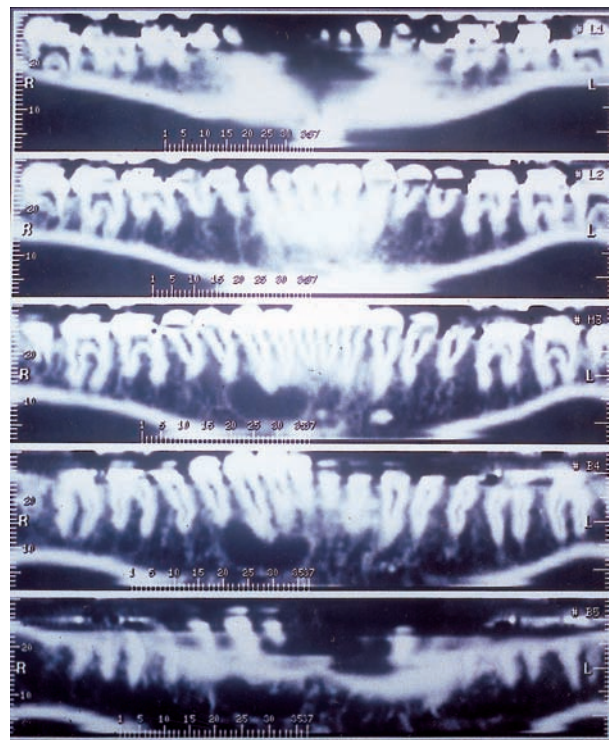
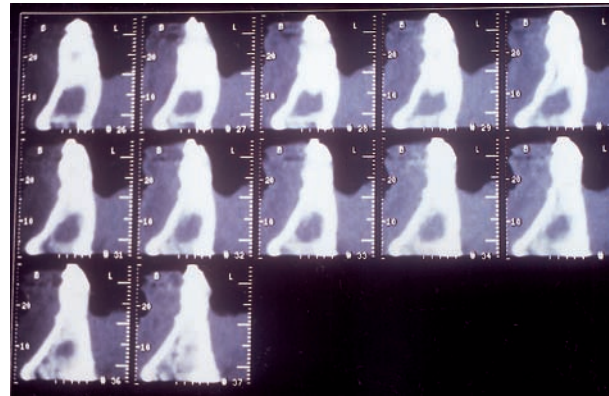
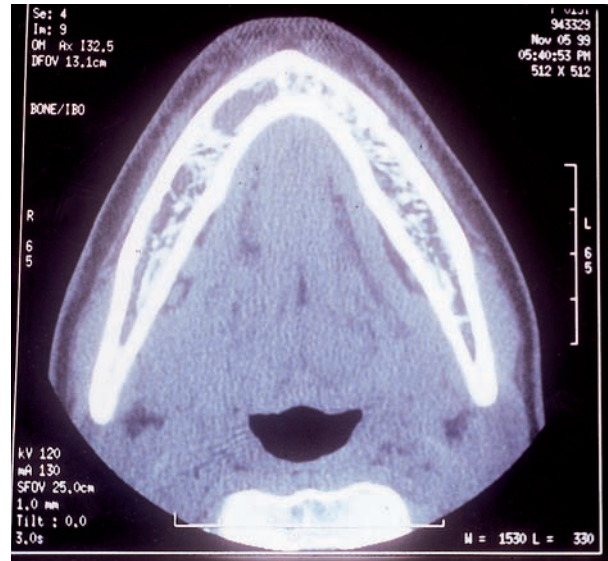


Fig. 2. Imagen tomográfica frontal, horizontal y labio lingual donde podemos observar con detalle la extensión de la lesión.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Para mayor comodidad trabajamos con la paciente sedada, para lo que administramos 1 comprimido de 7 mg de Dormicum® por vía oral 15 minutos antes de la intervención. Una vez anestesiada la zona, procedimos a realizar un colgajo mucogingival para conseguir el acceso a la lesión por medio de una ventana (Fig. 3) efectuada en el hueso cortical fino, insertando un periostomo en los márgenes de la lesión. Una vez levantada la ventana, nos encontramos con una gran cavidad hueca sin recubrimiento epitelial interno conteniendo en su interior una pequeña cantidad de líquido pardusco, esto nos sirvió para confirmar que se trataba de una cavidad ósea idiopática o quiste traumático.

Cureteada la zona, decidimos el relleno de la cavidad con sangre autógena mezclada con astillas de hueso autógeno y hueso neofilizado (BIOS®), con la idea de facilitar una posterior y más rápida regeneración ósea. Seguidamente colocamos la ventana de hueso cortical que previamente habíamos obtenido y procedimos a suturar por planos según la técnica descrita por Robert Marx (Fig. 4).

Aunque los dientes adyacentes no presentaban pérdida de su vitalidad, decidimos realizar el tratamiento endodóntico debido a que sus raíces podían haber sido afectadas durante el cureteado de la lesión. Despedimos a la paciente prescribiéndole antibióticos y antiinflamatorios durante una semana.

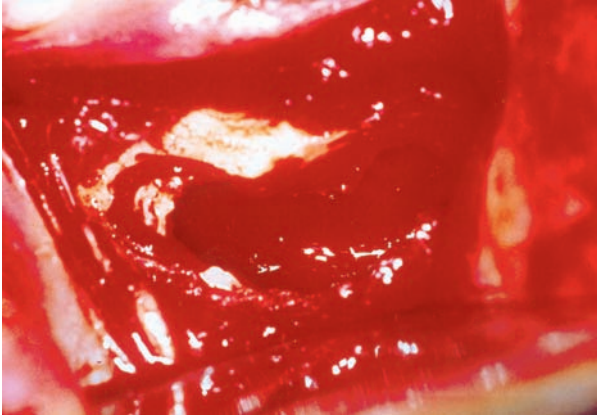


Fig. 3. Ventana realizada en la cortical externa para acceder a la lesión patológica.

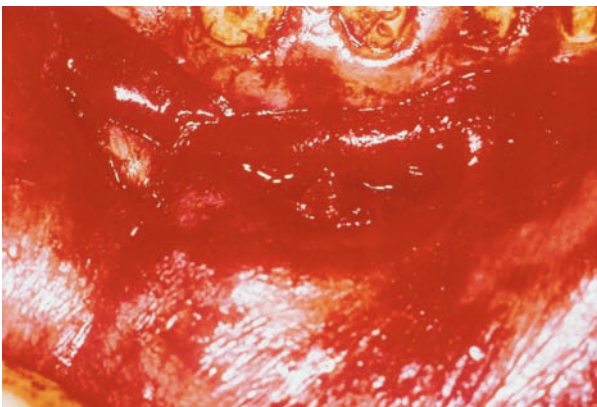


Fig. 4. Sutura por planos según la técnica de Robert Marx.

A los siete días procedimos a retirar la sutura, encontrando que la cicatrización seguía unos parámetros normales y según nos informó la paciente, no había tenido ningún síntoma postoperatorio. Prescribimos enjuagues con clorhexidina al 0,12% durante 10 días y solicitamos a la paciente que volviera al cabo de 8 semanas para una primera evaluación radiológica, encontrando cómo ya se estaba produciendo una correcta y rápida regeneración ósea de la lesión. La paciente fue monitorizada trimestralmente durante 2 años, observando en la última revisión una reparación total de la lesión.

DISCUSIÓN

La mayoría de los autores coinciden en que el tratamiento habitual de los quistes traumáticos o cavidad ósea idiopática, consiste en la apertura, cureteado y cierre, procediendo a un relleno con material osteoconductor dentro de la cavidad hueca. Las células mesenquimales que se encuentran en la sangre autógena del paciente se diferencian en células con potencial osteogénico (4), iniciándose desde el primer momento una actividad osteoblástica que conlleva la resolución completa del defecto en un corto periodo de tiempo por medio de la regeneración ósea (9). Sin embargo, hay varios casos documentados, en los que la cavidad patológica no ha reparado cuando se realizó únicamente curetaje (2). Por ello, nosotros decidimos tras el curetaje empaquetar en la cavidad quística hueso neofilizado mezclado con sangre autógena.

La sangre entera contiene células progenitoras necesarias para la osteogénesis. De esta manera, el empaquetamiento en la cavidad de una mezcla de sangre autógena con astillas de hueso autógeno y hueso neofilizado, aseguran la actividad osteoblástica dentro del defecto óseo, que en último término, permite la formación de hueso dentro de la cavidad.

Actualmente, estamos realizando la técnica de regeneración ósea con plasma enriquecido con factores de crecimiento, que aseguran aún más la actividad osteoblástica dentro del defecto óseo y reduce la inflamación postoperatoria.

CONCLUSIONES

1. El tratamiento más ampliamente recomendado es la extirpación quirúrgica seguida del cureteado de las paredes óseas. La regeneración ósea suele ocurrir espontáneamente después de varios meses. La mayoría de los autores consideran que no es necesario la realización de tratamiento endodóntico de los dientes adyacentes ya que generalmente no se encuentra comprometida la vitalidad pulpar de los mismos.

2. Aunque nos encontramos ante una lesión en principio asintomática, su falta de tratamiento puede llegar a producir una destrucción tisular con las posteriores deformaciones locales. Por ello, el tratamiento será siempre su enucleación y/o marsupialización.

3. Se ha comentado la posible necesidad de una posterior regeneración ósea guiada después de la enucleación de la lesión. Sin embargo, en diversos estudios no se han encontrado mejoras significativas en la regeneración ósea con el uso de membranas.

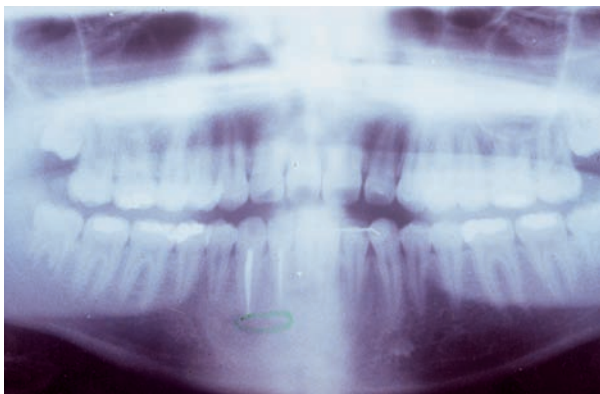


Fig. 5. Imagen radiológica obtenida a los 3 meses en la que podemos observar la reducción del tamaño de la lesión.

4. Algunos autores consideran que la regeneración ósea se puede conseguir sin la utilización de materiales de relleno, apuntando que, al ser un procedimiento quirúrgico simple, se obtienen igualmente buenos resultados disminuyendo además el coste económico así como las posibles complicaciones posteriores. Nosotros consideramos que la mezcla empleada de sangre autógena con hueso neofilizado favoreció un ambiente óptimo para la posterior regeneración ósea. Actualmente, esta técnica la estamos realizando usando plasma enriquecido con factores de crecimiento, ya que hemos encontrado que la regeneración del tejido óseo se produce mucho más rápidamente y con una menor inflamación postoperatoria.

CORRESPONDENCIA:

A. Mendoza Mendoza
Plaza de Cuba 6
41011 Sevilla

BIBLIOGRAFÍA

1. Henbuer GR, Turlinghon EG. So-called traumatic (hemorrhagic) bone cysts of the jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1971; 31: 354-65.
2. Dellinger TM, Holder R, Livengston M, Hill WJ. Tratamientos alternativos para los quistes óseos traumáticos: Presentación de un estudio longitudinal. *Quintessence* (ed. esp.) 2000; 13(2): 135-40.
3. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. A textbook of oral pathology (4ª ed). Filadelfia: Saunders 1983; 541-4.
4. Precious DS, McFadden LR. Treatment of traumatic bone cyst of mandible by injection of autogeneic blood. *Oral Surg, Oral Med Oral Pathol* 1984; 58: 137-40.
5. Rusthon MA. Solitary Bone cysts in the mandible. *Br J Dent* 1946; 81: 37-49.
6. Donkor P, Punnia-Moorthy A. Biochemical analysis of simple bone cyst fluid-Report of a case. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1994; 23: 296-7.
7. Howe GL. Haemorrhagic cysts of the mandible. *Br J Oral Surg* 1965; 3: 55-91.
8. Harris SJO, Carroll MK, Gordoy FM. Idiopathic bone cavity (traumatatic bone cyst) With the radiographic appearance of a fibro-osseous lesion. *Oral Surg. Oral Med Oral Pathol* 1992; 74: 118-23.
9. Feinberg SE, Finkelstein MW, Page HC, Dembo JB. Recurrent "traumatic" bone cysts of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1984; 57: 418-22.