CASO CLINICO

QUISTE FISURAL ANTERIOR MEDIO

*Oscar Alvarez D.**

Existen lesiones periapicales con imagen de radiolucidez que pueden ser causadas por patología pulpar o periodontal, cementomas, tumores, osteomielitis o quistes, siendo las dos primeras las más comunes; por esto las restantes son algunas veces mal diagnosticadas y tratadas. En el común de los casos las patologías periapicales de etiología pulpar con zonas radiolúcidas se recuperan con tratamiento endodóntico, de la misma manera como se recupera una lesión periodontal de etiología pulpar.[1] Sin embargo, se han reportado casos excepcionales de resolución de granulomas periapicales con vitalidad pulpar, eliminando la causa con terapia pulpar conservadora.[2]

Las otras causas posibles de radiolucidez periapical asociadas con vitalidad pulpar son: ameloblastoma,[3,4] quiste traumático de hueso, granuloma de células gigantes, granuloma eosinófilo, displasia fibrosa, quiste periodontal lateral, queratoquiste y sarcomas.[5,6] Además se encuentran los quistes fisurales, que se desarrollan a lo largo de las líneas de fusión de los diferentes huesos y procesos embrionarios. Son quistes tapizados con células epiteliales que quedan atrapadas, de los cuales existen cuatro tipos: maxilar anterior medio, palatino medio, glóbulomaxilar y mandibular medio.

El quiste maxilar anterior medio (o quiste del conducto incisivo o quiste del conducto nasopalatino) es el más común, originado por células epiteliales del conducto nasopalatino que comunica las cavidades nasal y bucal al fusionarse los procesos palatinos con la premaxila,[7] Su incidencia es del 1%,[8] aparece a cualquier edad y se descubre entre la cuarta y quinta década de vida en la mayoría de las veces; el 40% de los casos es asintomático. Algunas veces se infecta produciendo dolor e inflamación, con fístula en la papila incisiva o cerca de ella.[9]

Caso clínico:

Mujer de 25 años, sin antecedentes médico-odontológicos relievantes, que refería dolor agudo y espontáneo a nivel del 21.

Al examen clínico se encontró: amalgamas en 16 y 26, periodonto normal, sin caries, dolor a la percusión en 11 y 21, pruebas de sensibilidad positivas al frío, calor y cavitaria. Al realizar palpación palatina se evidenció material purulento a 10 mm del margen gingival del 21, en un pliegue de la zona de rugas palatinas, reportando la paciente dolor agudo. Al examen radiográfico se observó zona radiolúcida bien circunscrita y definida en zona periapical del 11 y 21, con un ligero ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal en su porción apical. Al introducir un cono de gutapercha por el trayecto fistuloso, se vió radiográficamente que penetraba hasta la zona radiolúcida periapical (fig.1).

Impresión diagnóstica:

1. Periodontitis apical asintomática o periodontitis apical crónica supurativa.
2. Quiste fisural

Tratamiento:

Se realizó abordaje quirúrgico exploratorio en la zona palatina, bajo anestesia local, por medio de colgajo de espesor completo; inicialmete se observó un fragmento verduzco de 8 mm de largo (fig.2) y posteriormente dos fragmentos parduzcos a mayor profundidad, los cuales fueron enviados a análisis histopatológico. Se terminó removiendo y retirando tejido granulomatoso; quedó una cavidad bien definida, sin compromiso clínico aparente de los ápices de 11 y 21. Se suturó y se colocó una placa de Hawley.

Reporte histopatológico:

El análisis histopatológico reportó fragmentos de tejido fibroso con abundante material inflamatorio, dejando ver cavidad tapizada de epitelio respiratorio. Además, se apreció tejido amorfo hialino (fig. 3).

Diagnóstico definitivo:

Quiste fisural maxilar anterior medio, o del conducto incisivo, o del conducto nasopalatino.

Control post-quirúrgico:

La sintomatología inicial desapareció después de

* Odontólogo, Especialista en Prótesis Periodontal, Egresado del CES, Cali.

la cirugía y a los seis meses, al hacer la prueba de vitalidad pulpar, los dientes comprometidos respondieron normalmente.

CONCLUSIONES:

Existen lesiones de tipo no odontogénico con localización, sintomatología, evidencia radiográfica y persistencia de sensibilidad dental, que se pueden asociar equivocadamente con patología pulpar, estando contraindicado el tratamiento endodóntico. La resolución quirúrgica con valoración histopatológica puede determinar un tratamiento exitoso, conservando la vitalidad pulpar. Sin embargo, algunas lesiones, por su extensión o eliminación quirúrgica, pueden comprometer la vitalidad pulpar sin ser ésta su etiología.

BIBLIOGRAFIA:

1. Gold SI, Moskow BS. Periodontal repair of periapical lesions: the borderland between pulpal and periodontal disease: J Clin Periodontol 1987; 14: 251-256.
2. Trowbridge H. Congreso Internacional de Endodoncia, Cartagena, 1993.
3. Woolley LH, Marshall FJ. Zebra hunt. J Endodontics 1989; 15: 611.
4. Woolley LH, Marshall FJ. Zebra hunt. J Endodontics 1990; 16: 38.
5. Natkin, E. Zebra hunt. J Endodontics 1989; 15: 385.
6. Natkin, E. Zebra hunt. J Endodontics 1990; 16: 552-555.
7. Shafer WG et al. Tratado de patología bucal. 3a ed. Mexico: Interamericana. Pag. 67-70.
8. Stafne EC, Austin LT, Gardner B;. Median anterior maxillary cysts. JAMA 1936; 23: 80.
9. Abrams AM, Howell FU, Bullock WK. Nasopalatine cysts. Oral Surg 1965; 16: 306.

Figura 1. Imagen radiográfica

Dirección para correspondencia:
Oscar Alvarez D.
Carrera 100 No. 11-60
Cali, Colombia

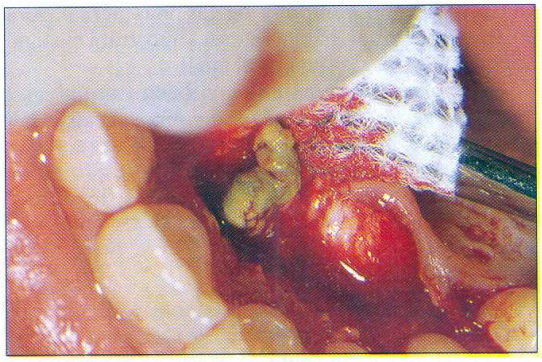

Figura 2. Aspecto quirúrgico de la lesión.

Figura 3. Imagen de la lesión al microscopio (10x)