

José Manuel Aguirre

“La Medicina Oral y la Patología Oral han sido reconocidas como especialidad en numerosos países”



SECIB Valencia
16 - 18 de noviembre



Hablamos con Serafín Cuenca



Nuevos miembros del International College of Dentists (ICD)

AUTORES:

MARÍA ANDRÉS VEIGA. Profesora del Máster de Cirugía e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma. Madrid.

NATALIA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ. Profesora del Máster de Cirugía e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma. Madrid.

SANDRA MARTÍNEZ GONZÁLEZ. Profesora del Máster de Cirugía e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma. Madrid.

CÉSAR MARTÍNEZ RODRÍGUEZ.

Odontólogo. Colaborador del Máster de Cirugía e Implantología.

Hospital Virgen de la Paloma. Madrid.

JOSÉ M^o MARTÍNEZ-GONZÁLEZ.

Profesor Titular de Cirugía Maxilofacial. Facultad de Odontología. UCM.

Caso Clínico

Tratamiento de un quiste radicular: enucleación y relleno óseo mediante Cerasorb[®]

INTRODUCCIÓN

Un quiste es una cavidad patológica generalmente revestida por un epitelio que puede estar rellena de fluidos, semifluidos o un contenido gaseoso ⁽¹⁾ y representa una de las principales causas de la destrucción de los maxilares ⁽²⁾.

El quiste radicular es el más frecuente del grupo de los quistes odontogénicos inflamatorios con una prevalencia del 50%. Se presenta en la dentición permanente, principalmente en la zona anterior, y es secundario a la desvitalización de la pulpa por caries o por trauma, cuyos residuos se eliminan por el conducto radicular a la región apical o periapical con el consecuente estímulo de los restos de Malassez.

Radiográficamente se manifiestan como una imagen radiolúcida, bien circunscrita y a veces delimitada por una imagen radiopaca, lo que permite, en conjunto con la clínica, hacer un diagnóstico de presunción. Sin embargo, el diagnóstico definitivo sólo se puede establecer después de realizar un estudio anatómico-patológico. Histológicamente, los quistes radiculares están constituidos por un tejido fibroso conectivo y un epitelio escamoso estratificado de grosor y estructura muy variable. La morfología de su epitelio depende del grado de inflamación, y en él, se pueden observar áreas de papilomatosis, acantosis, fenómenos de espongirosis e incluso zonas atróficas fragmentadas y erosionadas ⁽³⁾.

El tratamiento inicial de las lesiones inflamatorias periapicales se realiza mediante una terapia endodóntica convencional ⁽⁴⁾. Sin embargo, si la endodoncia fracasa, el tratamiento de elección es la cirugía periapical y la eliminación de la lesión quística ⁽⁵⁾.

En el momento en que se realiza la extirpación del quiste, la cicatrización ósea es una etapa muy importante para la rehabilitación estética y funcional de los maxilares ⁽⁶⁾. Por ello, especialmente en quistes de gran tamaño se utilizan técnicas de regeneración ósea guiada (ROG) para conseguir la regeneración y formación de un hueso nuevo ⁽⁷⁾.

El objetivo de este artículo es presentar el diagnóstico y tratamiento de un quiste radicular en el que se ha procedido a su enucleación, conservando el diente, y la pos-

terior regeneración del defecto óseo resultante mediante fosfato β -tricálcico de fase pura (BTCP) (Cerasorb[®]).

CASO CLÍNICO

Paciente de 31 años, sin patología sistémica previa, acude derivado a nuestro Servicio tras el hallazgo radiológico casual de una zona radiolúcida de gran tamaño a nivel de un 22 endodonciado. En la exploración clínica no se observó abombamiento de las corticales ni fistula en la zona correspondiente a la lesión. En la radiografía panorámica, se observó un área radiolúcida de 15 mm de diámetro, simple, bien delimitada por una zona esclerótica (**Figura 1**). Esta imagen se extendía hacia apical del 23 por lo que se realizó prueba de vitalidad del mismo, siendo esta positiva. Basándose en la exploración radiológica se estableció un diagnóstico de presunción de quiste radicular asociado a un incisivo lateral superior izquierdo. Ante esta situación clínica se estableció como plan de tratamiento la enucleación del quiste y el posterior relleno del defecto óseo remanente mediante Cerasorb M[®] (Curasan. Germany).

Previamente a la realización de la cirugía se solicitó la realización de un estudio tomográfico para establecer la extensión de la lesión y la relación de la misma con las estructuras adyacentes. En el corte sagital se observó que el quiste se encuentra en contacto con la región apical del 23, pero como su vitalidad fue positiva no se planificó tratamiento alguno a la espera de la evolución en el tiempo. En cuanto a su extensión en los cortes sagitales y coronales se observó que en sentido apical estaba próximo al suelo de las fosas nasales, pero éste se mantenía íntegro. Mientras que en sentido vestíbulo palatino, el quiste abarcaba desde la cortical vestibular a la palatina pero igualmente se mantenían intactas (**Figuras 2-3**).

Una vez firmado el consentimiento informado se procedió a realizar la intervención quirúrgica. Bajo anestesia local con articaína al 4%, se procedió a diseñar un colgajo semilunar modificado, con una incisión festoneada horizontal de canino a canino, a 3 mm del margen gingival, con el objetivo de minimizar la recesión gingival postquirúrgica. Al levantar el colgajo se observó que la cortical



Fig 1. Imagen radiolúcida bien definida a nivel apical del 22.

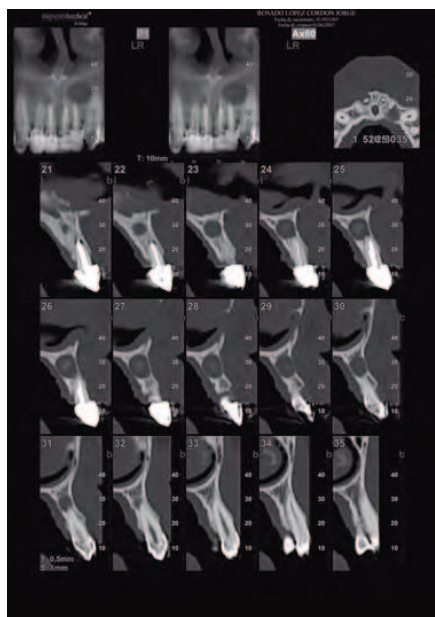


Fig 2. Cortes sagitales que muestran afectación apical del 23, la extensión apical y vestibulo-palatina de la lesión.

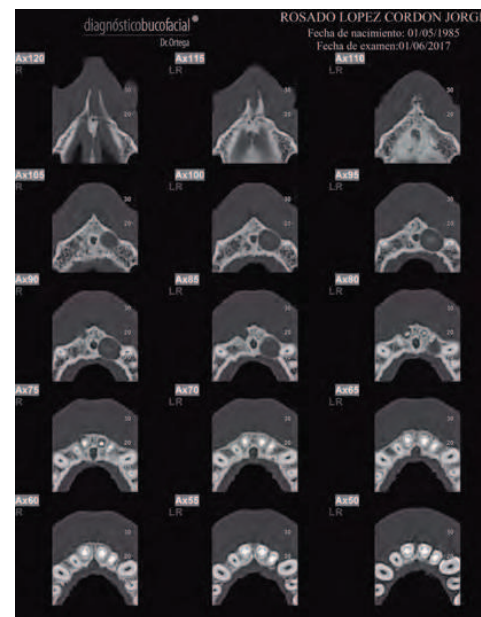


Fig 3. Corte coronal que muestra extensión vestibulo-palatina de la lesión.

vestibular estaba íntegra (**Figura 4**). En el momento de iniciar la osteotomía comenzó a salir el contenido mucopurulento del quiste (**Figura 5**). Una vez completada la osteotomía se procedió al despegamiento meticuloso del quiste para poder exponer completamente la lesión quística hasta conseguir la enucleación total del mismo (**Figura 6**). La lesión quística extirpada se introdujo en una solución de formol al 10% y se envió para su estudio anatómico-patológico.

Una vez limpia la cavidad se procedió al relleno de la misma mediante fosfato β -tricálcico de fase pura (BCTP) con colocación de membrana Cerasorb® (**Figuras 7-9**), y finalmente se suturó el colgajo con sutura no reabsorbible monofilamento de 5.0. (**Figura 10**), que fue retirada a los 15 días (**Figura 11**).

Se realizaron controles clínicos a los 7, 15 días, 1 mes, 3 y 6 meses, siendo la evolución satisfactoria, y la vitalidad positiva del 23 intacta en todos ellos. El estudio anatómico-patológico corroboró el diagnóstico de presunción de quiste radicular (**Figuras 12-13**).

Se realizaron controles radiológicos a los 3 y 6 meses, observándose un incremento progresivo de la trabeculación, hasta conseguir a los 6 meses un aspecto del trabeculado óseo similar en la zona sana y en la zona donde se realizó el relleno óseo (**Figuras 14-15**).

DISCUSIÓN

La regeneración ósea consiste en el reemplazo de un tejido dañado por células propias de ese tejido, reconstituyéndose la arquitectura y función del mismo. La regeneración del tejido óseo tras la cirugía periapical requiere el reclutamiento y diferenciación de las células madres pro-

pias del hueso, la presencia de factores de crecimiento necesarios para la migración, proliferación y diferenciación de dichas células además de las moléculas de adhesión, la matriz extracelular y ciertas proteínas no colagénicas. De lo contrario sólo tendrá lugar una reparación de tejido en la cual no se reestablece la arquitectura ni la función original del mismo ^(8,9).

La regeneración tisular se utiliza con cada vez más frecuencia en el campo de la cirugía periapical, acelerando la formación del hueso en los defectos remanentes tras la cirugía, al rellenar la cavidad ósea con distintos materiales como la hidroxiapatita porosa o hueso cortical deshidratado y desmineralizado. Estas técnicas de regeneración pueden emplearse para tratar lesiones de gran tamaño o cuando afectan a ambas corticales ⁽¹⁰⁾, pudiendo aumentar el éxito de la cirugía utilizando la RGT ⁽¹¹⁾.

En la actualidad se utilizan materiales de relleno óseo sintético, especialmente fosfato tricálcico. En el caso clínico presentado se ha utilizado como relleno óseo fosfato β -tricálcico de fase pura (Cerasorb®), que se caracteriza por tener partículas poligonales, multiporosidad (65%), degradación continua y reabsorción completa. En el caso clínico presentado muestra unos resultados clínicos y radiológicos similares al relleno óseo mediante hueso no sintético. Observándose una trabeculación ósea total a los 6 meses de realizar la cirugía. Por tanto el relleno óseo mediante fosfato β -tricálcico de fase pura puede constituir una modalidad de tratamiento efectivo para la regeneración de defectos periapicales de gran tamaño, si bien es cierto, que es necesario un mayor tiempo de seguimiento del caso, así como un mayor número de estudios para valorar la eficacia real de dicha técnica •



Fig 4. Colgajo semilunar modificado despegado con cortical vestibular íntegra.



Fig 5. Contenido mucopurulento de la lesión.



Fig 6. Enucleación de la lesión.

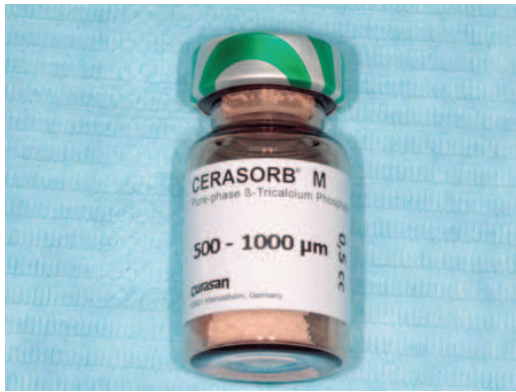


Fig 7. Materia de relleno óseo: Cerasorb® (Curasan. Germany).

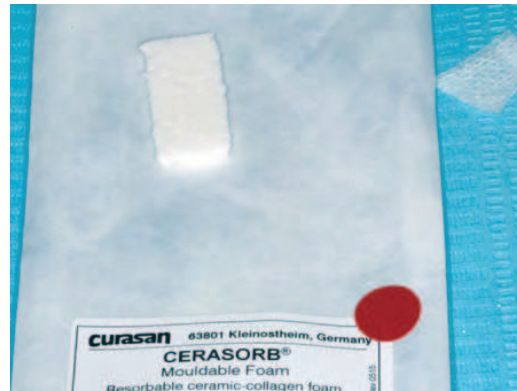


Fig 8. Membrana de recubrimiento: Cerasorb® Moduable foam (Curasan. Germany)



Fig 9. Imagen clínica del relleno de la cavidad ósea remanente mediante BCTP y membrana Cerasorb®



Fig 10. Sutura no reabsorbible monofilamento de 5.0.



Fig 11. Aspecto clínico a los 15 días.

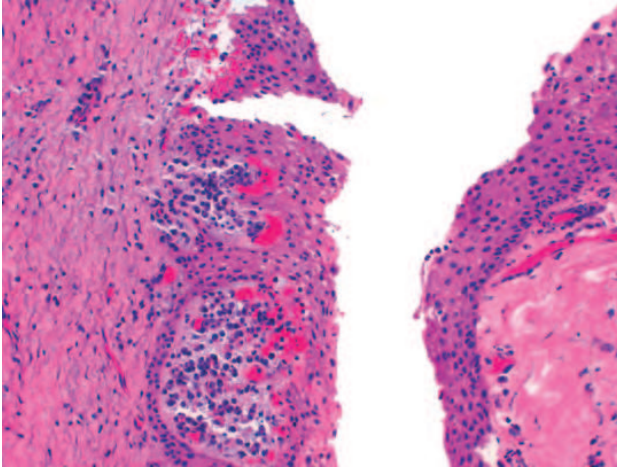


Fig 12. Imagen histológica de epitelio no atípico de quiste radicular.

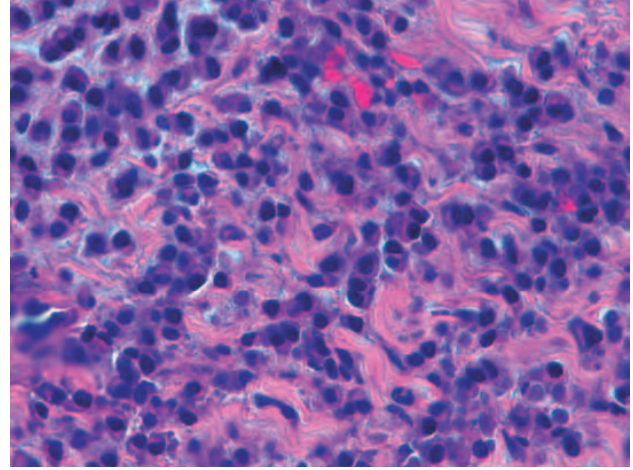


Fig 13. Imagen células plasmáticas de quiste radicular.



Fig 14. Trabeculado óseo a los 3 meses.



Fig 15. Trabeculado óseo a los 6 meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scully C, Bagán JV, Carozzo M, Flaitz CM, Gandolfo S. Guía de Bolsillo de Enfermedades Orales. 2014 Ed. Elsevier España
2. Ledesma Montes C, Hernández Guerrero JC, Garcés Ortiz M. Clinicopathologic study of odontogenic cysts in a Mexican simple population. *Arch Med Res* 2000;31:373-6.
3. García Rubio A, Bujalder Daza AL, Rodríguez Archilla A. Lesiones periapicales. Diagnóstico y tratamiento. *Av Odontostomatol* 2015;31(1):31-42
4. Lin LM, Huang GT-J, Rosenberg PA. Proliferation of epithelial cell rests, formation of apical cysts, and regression of apical cysts after periapical wound healing. *J Endod* 2007;33:908-16.
5. Jayalakshmi KB, Agarwal S, Singh MP, Vishwanath BT, Krishna A, Agrawal R. Platelet-Rich Fibrin with β -Tricalcium Phosphate-A Novel Approach for Bone Augmentation in Chronic Periapical Lesion: A Case Report. *Case Rep Dent* 2012;10.1155/2012/902858
6. Taschieri S, Del Fabbro M, Testori T, Saita M, Weinstein R. Efficacy of guided tissue regeneration in the management

- of through-and-through lesions following surgical endodontics: a preliminary study. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2008;28:265-71
7. Yoshikawa G, Murashima Y, Wadachi R, Sawada N, Suda H. Guided bone regeneration (GBR) using membranes and calcium sulphate after apicectomy: a comparative histomorphometrical study. *Int Endod J* 2002;35:255-63.
8. Wu Y, Chen L, Scott PG, Tredget EE. Mesenchymal stem cells enhance wound healing through differentiation and angiogenesis. *Stem Cells* 2007;25:2648-59.
9. Gurtner GC, Werner S, Barrandon Y, Longaker MT. Wound repair and regeneration. *Nature* 2008;453:314-21.
10. Barboza EP, Lugaro LEG. Treatment of a human transosseus mandible defect by guided bone regeneration. *J Periodontol* 2001;72:538-41
11. Pompa DG. Guided tissue repair of composite buccal dehiscences associated with periapical defects: a clinical retrospective study. *J Am Dent Assoc* 1997;128:989-97