

Sandrone, María Constanza

Quiste radicular apical

**Trabajo integrador de la práctica
profesional supervisada de la carrera
de Odontología**

Directora: Chalup, María Teresa

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA
TRABAJO INTEGRADOR

QUISTE RADICULAR APICAL

Sandrone, María Constanza

Profesor/a titular: Od. Bonnin, Claudia
Profesor/a tutor/a: Od. Chalup, María Teresa

Índice	pág. 1
1. Resumen	pág. 2
2. Objetivos	pág. 3
3. Introducción	pág. 4
4. Desarrollo	pág. 5
4.1 ¿Qué es?	pág. 5
4.2 Etiología	pág. 5
4.3 Clasificación	pág. 5
4.4 Clínica	pág. 6
4.5 Hallazgos clínicos	pág. 7
4.6 Hallazgos radiográficos	pág. 7
4.7 Estudios complementarios	pág. 7
4.8 Tratamiento	pág. 7
5. Caso clínico	pág. 9
6. Conclusión	pág. 13
7. Bibliografía	pág. 14

1. RESUMEN

Según la OMS - Organización Mundial de la Salud - “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Las lesiones quísticas son lesiones benignas que se forman tanto en el maxilar superior como el maxilar inferior como resultado de una degeneración pulpar; tienen distinto origen y comportamiento, presentan un alto riesgo para la integridad maxilofacial ya que su presencia logra ocasionar alteraciones estéticas y funcionales. Los huesos maxilares son dos sectores donde los quistes y distintas neoplasias se asientan, por ello, realizar una correcta historia clínica, exploración clínica y radiográfica y conocer el comportamiento de esta patología, son suficientes para analizar la etiología, establecer un diagnóstico y adecuado tratamiento y también su impacto sobre la cavidad oral. Se investiga acerca del mecanismo patogénico que dan lugar a la formación de quiste, características clínicas y radiográficas que permiten acercarnos más a un diagnóstico certero.

La presente investigación se basa en una revisión de la literatura y análisis de un caso clínico, destacando la importancia que tiene realizar un diagnóstico precoz y un accionar adecuado para evitar complicaciones. Finalmente, se concluye en que el tratamiento a realizar es la extracción del elemento problema y la enucleación de la lesión presente en el maxilar inferior ya que esta técnica posee una alta tasa de éxito.

Palabras clave: quistes - epitelio - odontogénicos - inflamación - tratamiento - clasificación

According to the WHO - World Health Organization - “Health is a state of complete physical, mental, and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity.”

Cystic lesions are benign lesions that form in both the maxilla and the mandible as a result of pulp degeneration; they have different origins and behaviors, presenting a high risk to maxillofacial integrity, as their presence can cause aesthetic and functional alterations. The maxillary bones are two areas where cysts and various neoplasms settle. Therefore, conducting a thorough medical history, clinical and radiographic examination, and understanding the behavior of this pathology are sufficient to analyze the etiology, establish a diagnosis, and determine appropriate treatment, as well as its impact on the oral cavity.

The present research is based on a literature review and analysis of a clinical case, highlighting the importance of making an early diagnosis and taking appropriate action to avoid complications. Finally, it concludes that the treatment to be performed is the extraction of the problematic element and the enucleation of the lesion present in the mandible, as this technique has a high success rate.

Keywords: cysts - epithelium - odontogenic - inflammation - treatment - classification

2. OBJETIVOS:

Este informe tiene como objetivo analizar cada caso en particular y en base a esto establecer un correcto tratamiento, lo menos invasivo posible

- Objetivos generales

Lograr establecer un diagnóstico certero para la problemática del paciente y tras el conocimiento adquirido en la Cátedra de Cirugía poder pensar qué alternativa de tratamiento podemos aplicar . Siempre pensando en el éxito del tratamiento.

Promover la salud bucal y el control periodico que, a traves de radiografias, nos permitirán detectar patologías y establecer un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno

- Objetivos específicos:

Búsqueda de información y literatura científica para poder ampliar el conocimiento sobre quistes radiculares.

Realización de un tratamiento lo menos invasivo para el paciente.

Poner en práctica los conocimientos adquiridos.

3. INTRODUCCIÓN

Los quistes radiculares de origen inflamatorio son una de las patologías quísticas que con más frecuencia afectan a los maxilares. Se dan como resultado de la presencia y persistencia de procesos inflamatorios o infecciosos provenientes de la pulpa que se manifestaran en la zona periapical o apical de las piezas dentarias.

Se pueden encontrar en tres sectores: a nivel del ápice, lateral o residual. Durante el crecimiento de estas lesiones se pueden afectar al maxilar desplazando o invadiendo distintas estructuras; por ejemplo: desplazamiento de piezas, invasión del seno o conducto dentario inferior.

Tras el proceso de inflamación pulpar hay estimulación de la proliferación de los restos epiteliales de Malassez; éstos restos dan lugar a la formación de un granuloma.

4. DESARROLLO

4.1 Los quistes son cavidades patológicas rodeadas por una capa de tejido conectivo y tapizadas en su interior por epitelio (aunque no en todos los casos), dentro de éstos se deposita un contenido líquido o semilíquido, puede también haber acumulo de células o aire.

Los elementos dentarios derivan de 3 estructuras: mesénquima (saco, cemento, alveolo, ligamento), epitelio (lámina dentaria, ameloblastos, vaina de hertwig) y ectomesénquima (odontoblastos) y a lo largo de su formación se producen diferentes estructuras que, finalizada su función, deben desaparecer pero en algunos casos éstas permanecen y quedan depositadas en forma de residuos y es lo que da lugar a la formación de QUISTES.

4.2 Tras dicho concepto, se entiende que hay diferentes tipos de lesiones quísticas que se clasifican según su etiología:

QUISTES EPITELIALES:

Quistes odontogénicos: formados a partir del epitelio dental en cualquiera de sus etapas de desarrollo. Causados por residuos de elementos dentarios que no se han formado correctamente

Quistes no odontogénicos: formados por atrapamiento de células epiteliales durante la fusión de los procesos embrionarios. Son procesos inflamatorios que se dan en la porción interna o alrededor de los elementos

Quiste no epiteliales o pseudoquistes: son quistes que no poseen la capa de tejido epitelial en su interior

4.3 Clasificación:

QUISTES EPITELIALES	Del desarrollo: Odontogénicos: quiste gingival infantil o del adulto, queratoquiste, quiste dentígero, quiste de la erupción → son los más frecuentes, representan un 93% No odontogénicos: quiste del conducto nasopalatino, quiste dermoide Inflamatorios: <u>Quiste radicular: apical, lateral, residual</u> Quiste paradental Quiste residual
QUISTES NO EPITELIALES	Quiste óseo solitario Quiste óseo aneurismático

El *quiste radicular* pertenece al grupo de quistes de origen no odontogénicos inflamatorios. Estos son uno de los que con más frecuencia se instalan en los procesos maxilares, oscila entre el 52% y 75%. El mecanismo de formación se da a partir de la 6ta semana de vida intrauterina en la cual se conforma la lámina dentaria que da lugar a la formación de los mamelones que constituyen a los dientes. Dichos mamelones, en la fase de campana, presentan un epitelio interno y otro externo los cuales se unen dando lugar a la vaina de hertwig y consecuentemente la formación de esmalte-dentina-cemento. Lo que sucede tras

este procedimiento es que la vaina de Hertwig deja una *red de restos celulares* llamados restos epiteliales de Malassez que proliferan y, en *conjunto a la inflamación*, son el motivo por el cual se logra la formación de quistes.

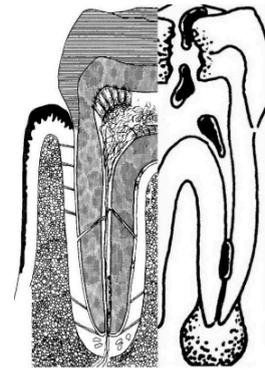


Figura 1: Esquema de formación del quiste

4.4 Clínicamente se pueden presentar de 3 maneras:

- Periapical: se encuentra situado en el espacio de Black y está en relación al ápice dental
- Lateral: está asociado a los conductos laterales o vías falsas realizadas tras el tratamiento endodóntico
- Residual: asociado a un diente ausente de la arcada que fue previamente extraído "conservando" la lesión

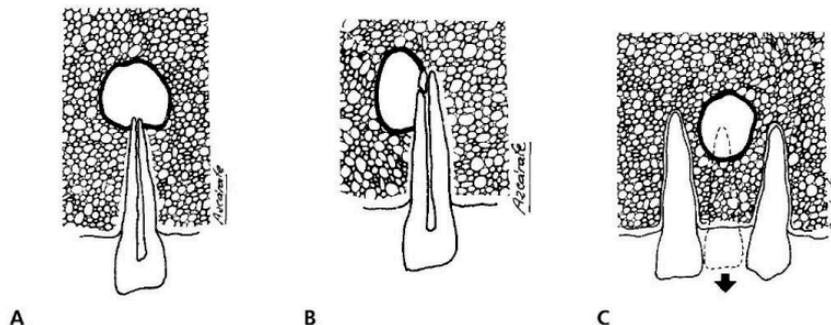


Figura 2: Esquema del quiste radicular. Quiste periapical (A) - Quiste lateral (B) - Quiste residual (C)

Hay controversia entre los autores en cuanto a la predilección por el sexo, pero afecta en la mayoría de los casos al sector anterior del maxilar superior y en el sector posterior del maxilar inferior.

Se trata de lesiones que se producen por la degeneración pulpar, ya sea por procesos cariosos o por traumatismos; cuando se produce un daño al tejido pulpar éste inicia un proceso de inflamación dentro de la raíz dentaria y consecuentemente, da origen a un granuloma como lesión defensiva. Las células que se encuentran allí proliferan y se degeneran dando lugar a la formación de un quiste.

4.5 Hallazgos clínicos:

Generalmente no producen dolor, por ello, pasan desapercibidos

Si hay presencia de dolor es por: infestación secundaria que se manifiesta como celulitis aguda, fistula, supuración a estructuras vecinas como boca y piel, inflamación, traumatismo

Asimetría facial

Compresión de estructuras nerviosas generando parestesias

Ausencia dental o desplazamiento de piezas vecinas

Fracturas mandibulares

Crecimiento expansivo, centrífugo y lento

Expansión de corticales externas



Fig. 3: Esquema del crecimiento del quiste

4.6 Hallazgos radiográficos:

Localización: ubicada en cualquier parte del tejido óseo mandibular y maxilar, aunque son raros en condilo y apófisis coronoides y muy frecuentes por encima del conducto dentario inferior. Los de origen odontogénico pueden crecer hacia el interior del seno maxilar, otros crecer desde el seno y también ubicarse sobre tejidos blandos

Márgenes: sus bordes o márgenes son corticados, bien definidos y radiopacos; habitualmente los quistes son de forma redondeada u oval aunque en algunos casos pueden presentar límites festoneados (pero es poco frecuente). Se ve una línea uniforme, fina, radiopaca pero tras la presencia de infección esto se puede ver alterado

Forma: redondeada u oval

Estructura interna: se verá una zona radiolúcida pero cuando la lesión es de larga data puede presentar calcificaciones distróficas o lóbulos

Efectos sobre estructuras adyacentes: los quistes son de crecimiento lento, expansivo y centrífugo y pueden provocar reabsorción del tejido óseo, infecciones, expansión de las corticales óseas, movimiento dentario invaginaciones hacia el seno maxilar, desplazamiento del conducto dentario inferior y dependiendo su tamaño y expansión, la fractura del maxilar, reabsorciones radiculares.

Aunque por lo general los quistes son crecimientos benignos, estos pueden sufrir transformación maligna ya que algunos de ellos son muy agresivos e invasivos; pero esta condición es infrecuente.

4.7 Estudios complementarios:

Es necesario realizar radiografía panorámica y cone beam que nos permitirá localizar con mayor exactitud el sitio donde se encuentra la lesión y el tamaño que posee en sentido mesiodistal y vestibulo lingual/palatino

Tras la eliminación, análisis de anatomía patológica para determinar qué tipo de lesión es

4.8 Tratamiento:

El tratamiento a realizar depende del tamaño de la lesión en relación a estructuras vecinas. Si se trata de una lesión muy pequeña el tratamiento de elección es la endodoncia con posteriores controles o endodoncia y apicectomía con curetaje de la zona apical.

Por otro lado, cuando se trata de una lesión extensa se admiten otro tipo de tratamientos más invasivos como el método radical o de descompresión. Cuando se trata de lesiones menores a 2cm es conveniente realizar el método radical ya que la pérdida de tejido óseo

es escasa, pero cuando son mayores a 2cm es conveniente realizar el método descompresivo ya que la pérdida ósea es importante y, a veces, el maxilar se encuentra muy debilitado, dando lugar a otras posibles complicaciones. Existen 2 tipos de tratamientos quirúrgicos:

Enucleación o quistectomía= método radical:

Consiste en la eliminación total del quiste, incluyendo su tejido externo a través del curetaje de la zona. Los pasos para la misma:

- a) Anestesia local
- b) Incisión: en pacientes dentados se debe realizar alrededor del cuello de los dientes en forma de bolsillo incluyendo mucosa y periostio, para esto se utiliza la incisión de Newman o Partsch; mientras que en pacientes desdentados sobre la cresta
- c) Decolado: consiste en el despegamiento de la mucosa y periostio con sindesmotomo o cureta de Molt
- d) Osteotomía: extirpación del tejido óseo con instrumental rotatorio (turbina) y fresa redonda
- e) Curetaje de la lesión a través de la ventana ósea, logrando eliminar la capa de tejido conectivo y foco patológico con el uso de cucharillas. Es importante inspeccionar para evitar dejar restos e irrigar. Cuando todo fue retirado correctamente la hemorragia cede y se podrá observar tejido sano
- f) Envío de la lesión a anatomía patológica colocando lo retirado en formol 10%
- g) Reposición de tejido y sutura: generalmente si la lesión es menor a 2cm se sutura y tras la formación del coágulo el tejido cura, pero si se trata de una lesión mayor a 2 cm es conveniente realizar un injerto u otro método

Marsupialización y descompresión: método conservador : consiste en la eliminación parcial de la lesión y es considerado un paso previo a la enucleación total del quiste. Consiste en realizar una ventana quirúrgica que tiene por objetivo lograr la eliminación del contenido. Esto va a permitir que se libere la presión que ejerce esta lesión y por lo tanto el tamaño del quiste vaya disminuyendo, de esta manera se lograría posteriormente eliminar por completo la cápsula quística. Para ello:

- a) Anestesia local
- b) Incisión: circular, creando una ventana sobre la cara vestibular para permitir la comunicación del quiste con la cavidad oral
- c) Decolado mucoperióstico: consiste en el levantamiento de la mucosa y el periostio. Se realiza con cureta de Molt o sindesmotomo
- d) Osteotomía: siempre y cuando la lesión esté cubierta por hueso, se debe crear una ventana por encima de ésta con instrumental rotatorio (turbina) y fresa redonda
- e) Retiro de parte de la membrana del quiste haciendo un curetaje parcial. Aquí se debe suturar el epitelio con la mucosa o colocar una gasa yodoformada impregnada en antibiótico durante 7 a 14 días para evitar la contaminación; el objetivo que tienen ambas alternativas es no permitir la cicatrización de la mucosa con la finalidad de que la lesión disminuya su tamaño gracias a que ésta técnica permite que drene el contenido del quiste. Es muy importante a

su vez, mantener higiénica la zona realizando lavajes con solución fisiológica y curaciones cada 48 hs.

5. CASO CLÍNICO:

Anamnesis:

- Paciente femenino
- Nombre: Aldana
- Edad: 27 años
- Ciudad: Córdoba
- Ocupación: ama de casa
- Motivo de la consulta: "necesito arreglarme la boca"
- No presenta enfermedades de base

Lugar:	Fecha 10/09/23
ODONTÓLOGO: <u>Sandra Mono Contarzo</u>	Nº de Matrícula
PACIENTE <u>Aldana Felene Kertes</u>	Nº AFIL
O. Social:	F. Nac. 06/11/1996 Tel. 3516562845
Edad: 27 Estado Civil <u>soltera</u> Nacionalidad <u>Argentina</u> Nº de Doc. <u>29.925.350</u> Cel.	
Domicilio (calle, núm., barrio, localidad): <u>Santa Rosa 301A - Barrio Parque Nive</u>	
Profesión/Actividad: <u>Ama de casa</u> Titular:	Lugar de trabajo:

Este cuestionario tiene el tenor de una "Declaración Jurada"

Padre con vida?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Otra enfermedad infecto-contagiosa?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
enfermedad que padece o padeció <u>de nacimiento</u>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Tuvo transfusiones?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Madre con vida?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fue operado alguna vez?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
enfermedad que padece o padeció	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	de qué?	.....
Hermanos?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cuando?	.....
sanos?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tiene algún problema respiratorio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Sufre de alguna enfermedad?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	cuál?	.....
de qué?	.....	Fuma?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Hace algún tratamiento médico?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Está embarazada?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
cuál?	.....	de cuántos meses?	.....
Qué medicamento/s consume habitualmente?	.....	Hay alguna otra enfermedad o recomendación de su médico que quiera dejar constancia?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
cuál?	.....	cuál?	.....
Que medicamentos ha consumido en los últimos 5 años?	.....	Realiza algún tipo de tratamiento homeopático, Acupuntura, otros?	.....
.....	.....	Médico clínico: .....	.....
Realiza algún deporte?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Clinica/Hospital en caso de hacer falta derivación: .....	.....
Nota algún malestar al realizarlo	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
Es alérgico a alguna droga?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
a la anestesia, a la penicilina, otros	.....	
Cuando le sacan una muela o se lastima cicatriza bien?	.....	
sangra mucho? <u>ACCIDENTES BIEN</u>	.....	
Tiene problema de colágeno (hiperlaxitud)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
Antecedentes de fiebre reumática?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
Se protege con alguna medicación?	.....	
Es diabético?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
está controlado? con qué?	.....	
Tiene algún problema cardíaco?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
cuál?	.....	
Toma seguido aspirina y/o anticoagulante?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
con qué frecuencia?	.....	
Tiene presión alta?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
Chagas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
está en tratamiento?	.....	
Tiene problemas renales?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
Úlcera Gástrica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
Tuvo hepatitis?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
de qué tipo? A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>		
Tiene algún problema hepático?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
cuál?	.....	
Tuvo convulsiones?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
Es epiléptico?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
medicación que toma	.....	
Ha tenido Sífilis o Gonorrea?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		

Historia Clínica Odontológica

Por qué asistió a la consulta?

Consultó antes con algún otro profesional? SI NO

Tomó algún medicamento? SI NO

Nombre de los medicamentos:

Desde cuando?

Obtuvo resultados SI NO

Ha tenido dolor? de qué tipo? Suave Moderado

Intenso Temporal Intermitente Continuo

Espontáneo Provocado Al frío Al calor

Localizado dónde? elemento 13

Irradiado hacia dónde?

Puede calmarlo con algo? NO

Sufrió algún golpe en los dientes? SI NO

cuándo?

cómo se produjo?

Se le fracturó algún diente? SI NO

cuál?

recibió algún tratamiento?

Tiene dificultad para hablar?

para masticar?

para abrir la boca?

para tragar los alimentos?

Ha observado algo anormal en los labios? SI NO
 lengua? paladar? piso de boca?
 carrillos? rebordes? trigono? retromolar?
 Qué tipo de lesiones presenta: SI NO
 Manchas? SI NO
 Abultamiento de los tejidos? SI NO
 Ulceraciones? SI NO
 Ampollas? SI NO
 Otros:
 Le sangran las encías? SI NO
 cuándo? *Al cepillarse*

Sale pus de algún lugar de su boca? SI NO
 de dónde?
 Tiene movilidad en sus dientes? SI NO
 al morder siente altos los dientes? SI NO
 Ha tenido la cara hinchada? SI NO
 Se puso hielo? calor? otros?
 Momentos de azúcar diario
 Índice de placa

Estado de la higiene bucal:
 Muy bueno Bueno Deficiente Malo

*Declaro que he contestado todas las preguntas con honestidad y según mi conocimiento.
 Asimismo, he sido informado que los datos suministrados quedan reservados en la presente
 Historia Clínica y amparados en secreto profesional.*

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Derecha								Izquierda							
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						

REFERENCIAS
 COLOR ROJO Prestaciones existentes
 COLOR AZUL Prestaciones requeridas
 X Diente ausente o a extraer
 PROTESIS FIJA
 PROTESIS REMOVIBLE
 CORONAS
 CANTIDAD DE DIENTES EXISTENTES

Estado bucal general: Presencia de sarro SI NO Enfermedad Periodontal SI NO

Fig. 4: Historia clínica

Se le realizan fotografías extra e intra orales, historia clínica y exploración bucal. Para complementar el estudio de la cavidad oral de la paciente se solicita la realización de una radiografía panorámica u ortopantomografía y cone beam.



Fig. 5: Fotografía de frente



Fig. 6: Fotografía de frente sonriendo



Fig. 7: Fotografía de perfil izquierdo



Fig. 8: Fotografía de perfil derecho

A la exploración clínica se observa -entre otras lesiones- la presencia de un resto radicular del elemento 34. La paciente refiere: “en este diente sentí dolor hace muchos años atrás y tomé antibióticos”. La misma menciona haber tomado amoxicilina 500mg que se auto medicó; luego de ese episodio no hubo remisión de síntomas ni aparición de otros que sean de significancia para la paciente.



A



B



C



D



E

Fig. 9: Fotografías intraorales. Perfil izquierdo (A). Perfil derecho (B). De frente (C). Maxilar superior (D). Maxilar inferior (E)

Tras el análisis de la radiografía podemos observar la presencia de una lesión en relación al ápice del elemento mencionado; es una lesión oval, bien delimitada, bordes radiopacos e internamente radiolúcido.



Fig. 10: Ortopantomografía

Como consecuencia, se le explica a la paciente los riesgos de no eliminar esa lesión y se decide solicitarle una cone beam para poder hacer un estudio más profundo (3D) y planificar la eliminación de la lesión conjuntamente al resto.

Finalmente, por cuestiones económicas, la paciente decide no realizarse la radiografía por lo cual se imposibilita la eliminación de la lesión; si bien la extirpación de la lesión es generalmente lo recomendado, es importante evaluar que tipo de quiste es, si su tamaño es grande o creciente, si causa sintomatología como dolor o inflamación, si afectan o no a estructuras cercanas, historial de infecciones orales, etc.

Para ello, se realizó una interconsulta con la Cátedra de Cirugía Bucomaxilofacial y se concluyó que por las características que posee la lesión, su ubicación, forma, tamaño, etc el diagnóstico presuntivo es **LESIÓN QUÍSTICA RADICULAR**, proveniente del resto del elemento

34, que debe ser retirada ya que es un quiste de un tamaño considerable que está afectando a las estructuras vecinas



Siguiendo el hilo del diagnóstico presuntivo y en relación a la única radiografía que se realizó la paciente, el tratamiento que se hubiera realizado es el *método radical* a la vez que se elimina la raíz del elemento problema, ya que la lesión se ve pequeña. Así mismo, es complejo determinar qué tipo de tratamiento se realizará definitivamente, ya que no podemos estudiar a la lesión en 3D; imagen que se obtendría con la realización de una radiografía Cone Beam.

6. CONCLUSIÓN:

Los quistes radiculares de origen inflamatorio son lesiones frecuentes en los maxilares, resultantes de procesos inflamatorios o infecciosos de la pulpa dental. Su formación se relaciona con la persistencia de restos epiteliales de Malassez tras la inflamación pulpar, lo que puede llevar a la creación de granulomas y, eventualmente, quistes. Estas lesiones se presentan de diversas maneras, siendo los quistes periapicales, laterales y residuales los más comunes, y su diagnóstico a menudo se realiza mediante estudios radiográficos.

Aunque generalmente son asintomáticos, pueden causar complicaciones significativas, como desplazamiento dental o infecciones, lo que subraya la importancia de su identificación y tratamiento. La elección del tratamiento depende del tamaño y la ubicación del quiste, pudiendo variar desde endodoncia y apicectomía hasta enucleación o descompresión.

Este trabajo resalta la relevancia de una evaluación clínica y radiográfica exhaustiva para el diagnóstico adecuado de estas lesiones, enfatizando que, aunque la mayoría son benignas, es crucial abordar cualquier quiste radicular para prevenir posibles complicaciones y asegurar la salud oral del paciente.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez García, L. O., Guiardinu Martínez, R., Arte Loriga, M., & Blanco Ruiz, A. O. (2006). Quistes de los maxilares: Revisión bibliográfica. *Revista Cubana de Estomatología*, 43(4). Recuperado el 24 de octubre de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000400006&lng=es&tlng=es
2. Vega Llauradó, A., Ayuso Montero, R., Teixidor Olmo, I., Salas Enric, J., Marí Roig, A., & López López, J. (2013). Opciones terapéuticas en quistes odontogénicos: Revisión. *Avances en Odontoestomatología*, 29(2), 81-93. Recuperado el 24 de octubre de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852013000200004&lng=es&tlng=es
3. Servicio de Odontología. (2021, 24 de mayo). Quistes maxilares y su solución. *Hospital Quirónsalud Alicante, Torrevieja, Murcia y Valencia*. Recuperado de <https://www.quironsalud.com/blogs/es/salud-comienza-boca/quistes-maxilares-solucion#:~:text=S%C3%ADntomas%20de%20los%20quistes%20en,los%20casos%20de%20quistes%20gigantes>
4. Carrió, N. (2024, 30 de enero). Detección y tratamiento de quistes maxilares. Recuperado de <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/deteccion-y-tratamiento-de-quistes-maxilares#:~:text=Se%20pueden%20detectar%20con%20an%C3%A1lisis.el%20volumen%20de%20la%20lesi%C3%B3n>
5. Donado Rodríguez, M., & Martínez González, J. M. (2014). *Cirugía bucal: Patología y técnica*. Elsevier Masson

ANEXO I

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA ODONTOLOGÍA

PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

TRABAJO INTEGRADOR: QUISTE RADICULAR

AUTOR: SANDRONE MARÍA CONSTANZA

REALIZADO BAJO LA TUTELA DEL PROFESOR/A: OD. MARÍA TERESA CHALUP

FIRMA DEL TUTOR/A:



FECHA: 6/11/2024

ANEXO II

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA ODONTOLOGÍA

PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

Yo SANDRONE MARÍA CONSTANZA, estudiante y autor del Trabajo Integrador titulado QUISTE RADICULAR DECLARO que el trabajo presentado es original y elaborado por mí.



Firma:
Córdoba, de 2024



ANEXO III

He comprendido todas las explicaciones que se me han facilitado en el lenguaje claro y sencillo, he podido realizar todas las observaciones y se me han aclarado todas las dudas; por lo que estoy completamente de acuerdo con el tratamiento que se me va a realizar.

El/la que suscribe FUENTES AYOANA DNI N° 39.935.350 con domicilio en calle Santa Teres 301A

otorgo mi consentimiento para realizar el tratamiento necesario para rehabilitar mi salud bucodental propuesta por el/la Dr/a MP Constanza Sanchez.

Fuentes Ayoana
Firma del paciente o tutor

Fuentes Ayoana
aclaración

39.935.350
DNI N°