

## INUSUAL PRESENTACION DE UN QUISTE ODONTOGENICO RESIDUAL AGRESIVO EN MAXILAY PENFIGO MUCOSO EN EL MISMO PACIENTE. REPORTE DE CASO

Grover Cordero Peña

La Paz , Bolivia

# KIN INTERNATIONAL AWARDS

## 2<sup>ND</sup> INTERNATIONAL COMPETITION OF CLINICAL CASES IN PERIODONTOLOGY AND SURGERY

### Resumen

A very unique case is presented of a 58-year-old female patient with a history of Chagas disease with risky habits of chewing tobacco with coca leaves and a chronic smoker, who attended a private practice of oral and maxillofacial surgery where she was diagnosed and treated for an aggressive residual odontogenic cyst in the upper jaw and pemphigoid of the oral mucosa. After 6 months of control with a cone beam tomography, there is no evidence of recurrence of the bone lesion and there is evidence of adequate healing of the surgical wound after the use of 0.20% chlorhexidine digluconate gel with 1% hyaluronic acid although there was suffering in the healing of the flap, regarding the treatment of mucosal lesions due to pemphigus, they were initially treated with topical corticosteroids and are currently being treated with systemic corticosteroids, achieving partial remission of the lesions

# KIN INTERNATIONAL AWARDS

2<sup>ND</sup> INTERNATIONAL COMPETITION OF CLINICAL CASES IN PERIODONTOLOGY AND SURGERY

## Introducción

El Quiste Residual corresponde al 10 % de los quistes Odontogénicos de origen inflamatorio. Se define como aquel quiste que permanece en el hueso de los maxilares posterior a la finalización de una exodoncia. Por lo general es asintomático, cuando alcanza tamaños grandes causa efectos de presión y si se infecta puede generar dolor. Radiológicamente se evidencia una imagen radiolúcida unilocular bien definida con bordes corticalizados radiopacos. Los quistes pueden degenerar con el tiempo y puede conducir a masas radiopacas (calcificación distrófica) dentro de la cavidad quística. El tratamiento debe ser quirúrgico mediante la enucleación y curetaje.

Penfigoide de las mucosas Orales, es una enfermedad crónica autoinmune que afecta a las mucosas orales, oculares, nasofaríngeas, laríngeas y pueden ocasionar lesiones genitales y cutáneas. Se manifiestan como lesiones ampollares subepiteliales, microscópicamente caracterizada por el depósito lineal de inmunoglobulinas (principalmente IgG o C3) a lo largo de la membrana basal epitelial. La cavidad oral ha sido descrita como el único sitio de afectación o como primera manifestación la enfermedad. No existe una terapia estándar de oro para el tratamiento, en caso de presentación de enfermedad leve se puede tratar con corticoesteroides tópicos o intralesionales. Para casos graves se pueden administrar medicamentos inmunosupresores sistémicos como corticoesteroides, ciclofosfamida, azatioprina sódica, mitomicina, interferón alfa-2b,12 y metotrexato, entre otras. La respuesta a estos tratamientos es variable, además, muchos de ellos están asociados con efectos tóxicos.

La enfermedad de Chagas ocasionada por el protozoo Trypanosoma cruzi se puede transmitir de diferentes maneras; por un insecto vector, de madre a hijos, por transfusiones sanguíneas o por ingesta de alimentos contaminados. Bolivia con Argentina y Paraguay es uno de los países con mayor número de casos adquiridos por transmisión vectorial en el mundo, es mas poco frecuente la presencia de esta enfermedad en Europa, Estados Unidos, Oceanía y Asia. La enfermedad tiene una fase aguda y otra crónica, siendo una de las principales manifestaciones clínicas la cardiopatía chagastica caracterizada por tener trastornos del ritmo, zonas de fibrosis y dilataciones cardíacas. Las pruebas de diagnóstico en la fase aguda son:

# KIN INTERNATIONAL AWARDS

## 2<sup>ND</sup> INTERNATIONAL COMPETITION OF CLINICAL CASES IN PERIODONTOLOGY AND SURGERY

sangre periférica, análisis de fluidos como líquido cefalorraquídeo, en la fase crónica el diagnóstico debe ser mediante una prueba de serología en la detección de anticuerpos IgG anti-T. cruzi y también mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). El tratamiento se realiza benznidazol y el nifurtimox, los cuales tienen un éxito de tratamiento variable según la etapa de enfermedad.

El ácido hialurónico combinado con el digluconato de clorhexidina de forma tópica ha sido reconocido recientemente como un tratamiento adyuvante para la enfermedad inflamatoria crónica, además de su uso para mejorar la cicatrización después de cirugías bucales menores

# KIN INTERNATIONAL AWARDS

2<sup>ND</sup> INTERNATIONAL COMPETITION OF CLINICAL CASES IN PERIODONTOLOGY AND SURGERY

## Anamnesis

Paciente femenina de 58 años de edad, afrodescendiente, proveniente de Chulumani provincia de La Paz - Bolivia, con antecedentes de enfermedad de Chagas no controlada, cardiomegalia secundaria, bradicardia sinusal, anemia leve. Hábitos nocivos de masticar tabaco y hoja de coca, además refiere fumar una cajetilla de cigarros semanal desde hace más de 20 años. La paciente acude a la consulta refiriendo un aumento de volumen en el sector anterosuperior del maxilar superior y requiere tratamiento. Al examen extraoral se evidencia una tumoración de 2 x 1.5 x 0,5 cm aproximadamente a nivel de labio superior condicionando la elevación del ala de la nariz izquierda, de consistencia blanda, levemente dolorosa a la palpación. A la evaluación intraoral se evidencia apertura bucal conservada, mucosas orales hidratadas, se evidencia un tumor de 2 x 2 x 0.5 cm a nivel del sector anterosuperior que condiciona la desaparición del fondo del vestíbulo y que se extiende hacia palatino, de consistencia blanda, con zonas crepitantes, de bordes definidos, encía que recubre de coloración normal, a nivel central se evidencia una fistula no activa, además múltiples lesiones cariosas y presencia de cálculo dental. A nivel de bordes laterales de lengua se evidencia múltiples maculas blanquecinas de bordes irregulares que no se desprenden al raspado, también se evidencian múltiples maculas de coloración negruzca localizadas en piso de boca y carrillo bilateral.

# KIN INTERNATIONAL AWARDS

2<sup>ND</sup> INTERNATIONAL COMPETITION OF CLINICAL CASES IN PERIODONTOLOGY AND SURGERY



Figura 1: Fotografía Intraoral Inicial en Maxila

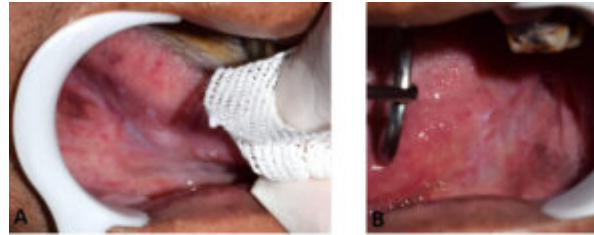


Figura 2: A) Borde lateral de lengua derecho, B) Borde lateral de lengua izquierdo



Figura 3: Corte axial , corte coronal y corte sagital de tomografía de haz cónico inicial.

# KIN INTERNATIONAL AWARDS

2<sup>ND</sup> INTERNATIONAL COMPETITION OF CLINICAL CASES IN PERIODONTOLOGY AND SURGERY

## Plan de tratamiento

Con el diagnóstico presuntivo de: quiste residual, carcinoma epidermoide en bordes laterales de lengua y melanosis oral, se realizó un manejo interdisciplinario con cardiología y medicina interna, para posteriormente realizar la enucleación más curetaje de lesión en maxilla y toma de biopsias incisionales en bordes laterales de lengua bajo anestesia general.

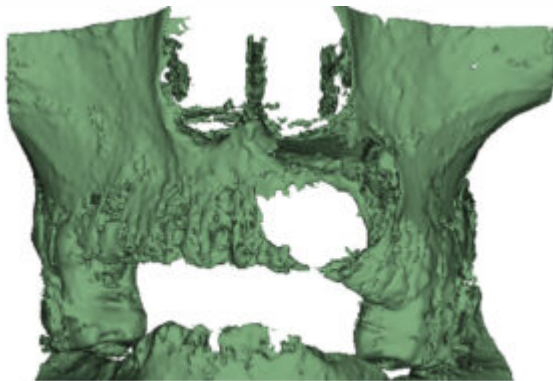


Figura 4: Reconstrucción Volumétrica 3D inicial.

## Realización del tratamiento

Día previo a la cirugía el servicio de periodoncia le realizó tartrectomía e inició colutorios de digluconato clorhexidina 0.12% cada 8 horas. Primer tiempo quirúrgico, bajo anestesia general en quirófano se realizó la infiltración de lidocaína 2% con epinefrina 1:100000, incisión tipo Newman en maxilar superior, decolado mucoperiostico, se disecciono el nervio nasopalatino para tener un mejor acceso, se encontró punto de clivaje y se realizó la enucleación y curetaje propiamente dicho respetando el seno maxilar izquierdo y la mucosa nasal, posteriormente se efectuó hemostasia y sutura con hilo Vicryl 4/0. Segundo tiempo quirúrgico se realizaron incisiones tipo losange en ambos bordes laterales de lengua de las zonas más representativas tomando tejido afectado y tejido sano, posteriormente se realizó hemostasia y sutura con hilo Vicryl 3/0. Se enviaron ambas muestras para su respectivo análisis histopatológico. La paciente fue dada de alta con amoxicilina de 875mg + ácido Clavulanico 175 mg 1 tableta cd/12 horas por 7 días, etoricoxib de 120 mg 1tab cd/24 horas por 3 días, colutorios de digluconato de clorhexidina 0.12% cd/8 horas por 14 días y aplicación de gel de digluconato de clorhexidina al 0.20% con ácido hialuronico 1% en herida operatoria cada 8 horas por 14 días.

# KIN INTERNATIONAL AWARDS

2<sup>ND</sup> INTERNATIONAL COMPETITION OF CLINICAL CASES IN PERIODONTOLOGY AND SURGERY

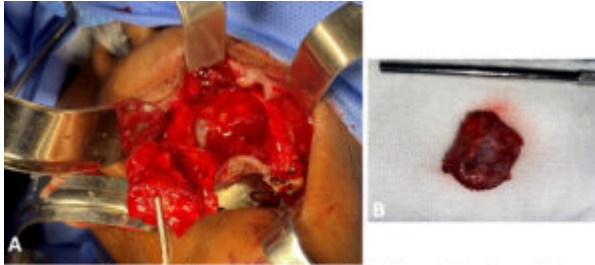


Figura 5: A) Imagen intraoperatoria de lecho quirúrgico, B) Aspecto macroscópico de pieza quirúrgica

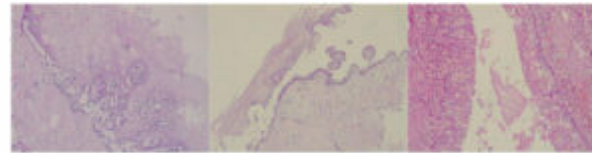


Figura 6: Cortes Histopatológicos de muestras de maxila y bordes laterales de lengua.

# KIN INTERNATIONAL AWARDS

2<sup>ND</sup> INTERNATIONAL COMPETITION OF CLINICAL CASES IN PERIODONTOLOGY AND SURGERY

## Seguimiento

A los 7 días de posoperatorio se evidencio un área de sufrimiento de coloración violácea oscura en la parte central vestibular del colgajo, en su periferia presentaba bordes con áreas eritematosas con signos de vascularización, posteriormente a los 14 días se evidencio una regeneración parcial de la herida operatoria sin áreas de necrosis, a los 21 días se evidencio una cicatrización total con una adecuada forma y tonicidad de la encía y mucosa circundante. En la tomografía de haz cónico control de 6 meses posoperatorio no se evidencia datos de recidiva de la lesión intraósea.

Al análisis histopatológico de las muestras correspondientes a bordes laterales de lengua derecha e izquierda : los cortes histológicos revelaron fragmentos de mucosa revestido por epitelio pavimentoso estratificado con áreas paraqueratinizadas e hiperparaqueratinizadas que exhiben suprabasalmente la presencia de fendas o la formación de microvesículas/ampollas separadas de la capa espinosa, se observan áreas focales totalmente descamadas solo dejando la capa basal el cual tiene un aspecto de túmulos, la presencia de células acantolíticas (forma redonda) pueden observarse en estos espacios o fendas intraepiteliales, subepiteliamente se observa discreto inflamatorio de naturaleza crónica . Se llegó al diagnóstico de pénfigo vulgar sin embargo se requirió el examen de inmunofluorescencia (IgM - IgG) para su confirmación.

En cuanto al Frasco 3 correspondiente a la muestra de maxila: los cortes histológicos revelaron fragmentos de cápsula quística compuesta por tejido conjuntivo denso fibroso permeado por un intenso infiltrado inflamatorio crónico y agudo difuso. Esta cápsula esta revestida por un epitelio estratificado no queratinizado con acantosis y exocitosis. En otros cortes se observa focalmente la presencia de bacterias compatibles con actinomyces spp. Fragmentos de tejido óseo maduro viable y no viable de tipo trabecular y áreas de hemorragia completan el cuadro histopatológico. Se llegó al diagnóstico definitivo realizando la correlación clínico patológica de un quiste radicular con datos de infección bacteriana por Actinomyces.

Con respecto a las lesiones en borde lateral de lengua, piso de boca y carrillo bilateral, se trataron con una pasta tópica en base a propionato de clobetasol 0.05% más ácido retinoico 0.1% y gel orabase 15 gr, esta se aplicó cada 8 horas por 45 días, posteriormente a la mejoría de las lesiones se aplicó cada 24 horas por 45 días más. Al cabo de 6 meses de control se

# KIN INTERNATIONAL AWARDS

## 2<sup>ND</sup> INTERNATIONAL COMPETITION OF CLINICAL CASES IN PERIODONTOLOGY AND SURGERY

evidencia remisión parcial de las lesiones. Actualmente está medicada únicamente con prednisona de 20 mg 1cd/24 horas, posteriormente se disminuirá la dosis a 5 mg cd/24 horas hasta la remisión total de las lesiones, en cuanto a la melanosia oral se realizará control estricto clínico fotográfico preservando que no aumenten el número de lesiones y también que el color negrozco no se intensifique. Se encuentra en tratamiento de la enfermedad de chagas con el servicio de medicina interna y cardiología. Con respecto a las lesiones cariosas se encuentra en tratamiento odontológico integral.



Figura 8: Imagen posoperatoria a 21 días.



Figura 9: Control de lesiones a 45 días de terapia con corticosteroide tópico A)Borde lateral de lengua derecho B)Borde lateral de lengua izquierdo.

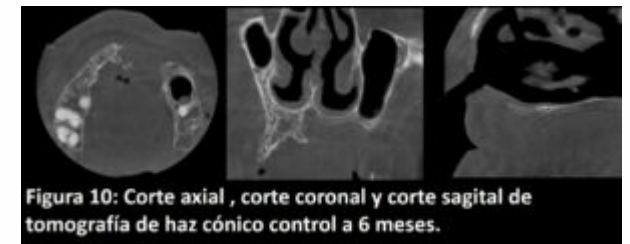


Figura 10: Corte axial , corte coronal y corte sagital de tomografía de haz cónico control a 6 meses.

# KIN INTERNATIONAL AWARDS

2<sup>ND</sup> INTERNATIONAL COMPETITION OF CLINICAL CASES IN PERIODONTOLOGY AND SURGERY

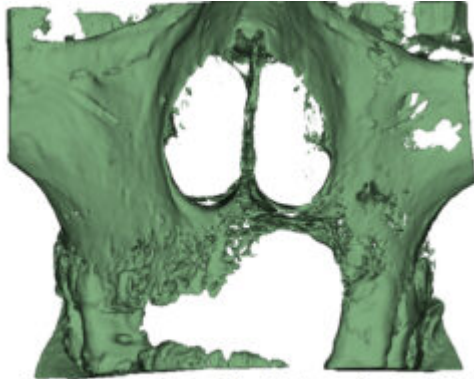


Figura 11: Reconstrucción Volumétrica 3D final.

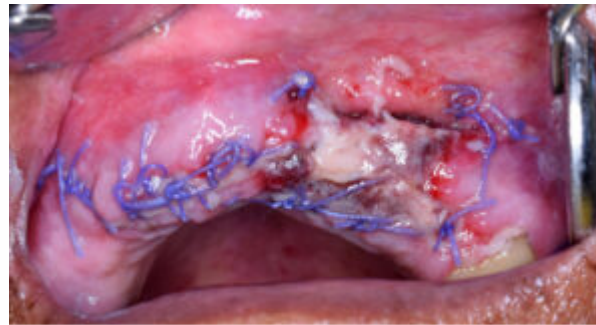


Figura 7: Imagen Posoperatoria a 7 días.

# KIN INTERNATIONAL AWARDS

2<sup>ND</sup> INTERNATIONAL COMPETITION OF CLINICAL CASES IN PERIODONTOLOGY AND SURGERY

## Discusión

Es importante efectivizar el diagnóstico diferencial del quiste residual con otras patologías como queratoquiste odontogénico, quiste nasopalatino, quiste de Gorlin o lesiones tumorales de origen odontogénico. También se ha reportado que el quiste residual con poca frecuencia se puede transformar en un carcinoma de células escamosas, es por ello la importancia de realizar una enucleación total de la lesión para evitar recidivas.

Estos quistes también pueden causar pérdida ósea significativa. reabsorción y desplazamiento de áreas vitales como el canal alveolar inferior, antro maxilar y la cavidad nasal como se muestra en el presente caso clínico. Los probables factores para que haya existido un sufrimiento del colgajo fueron: el pobre o nulo soporte óseo remanente posterior a la enucleación y la infección ya descrita por *Actinomyces*. Los factores que contribuyeron a la adecuada cicatrización de la herida fueron: la preservación del periostio , la irrigación colateral proveniente de las arterias palatinas mayores y de las arterias coronarias y por ultimo el uso tópico gel de digluconato de clorhexidina al 0.2% más el ácido hialurónico al 1% con sus características de 1) efecto antiséptico sobre los tejidos dañados impidiendo así el crecimiento del biofilm oral y 2) regularización del proceso inflamatorio 3) fácil aplicación debido a la alta viscosidad , todas estas condiciones son ventajosas para una adecuada y acelerada cicatrización de la herida quirúrgica.

Probablemente la enfermedad de Chagas al no estar está bajo tratamiento médico pudo generar un estado de inmunosupresión y reactivar la enfermedad autoinmune de pénfigo de las mucosas orales. Teniendo en cuenta los hábitos de riesgo que practica la paciente como masticar tabaco con la hoja de coca y ser fumadora crónica, no se descarta la posible malignización de las lesiones orales, por lo que requiere un control estricto de las mismas.

# KIN INTERNATIONAL AWARDS

2<sup>ND</sup> INTERNATIONAL COMPETITION OF CLINICAL CASES IN PERIODONTOLOGY AND SURGERY

## Conclusión

El tratamiento de enucleación con curetaje es el más recomendable para el tratamiento de quistes residuales ya que disminuyen las probabilidades de recidiva. El uso tópico de gel de digluconato de clorhexidina al 0.2 % con ácido hialurónico al % contribuye a la reparación de heridas quirúrgicas con pobre remanente óseo.

# KIN INTERNATIONAL AWARDS

2<sup>ND</sup> INTERNATIONAL COMPETITION OF CLINICAL CASES IN PERIODONTOLOGY AND SURGERY

## Otra documentación relevante

Agradecimiento a la Dra. Alison Calle Mansmith especialista en Radiología Bucal y Maxilofacial y al Dr. Roberto García Rejas especialista en Patología Bucal y Maxilofacial, por su colaboración en el caso clínico.  
El autor no presenta ningún conflicto de interés.

# KIN INTERNATIONAL AWARDS

2<sup>ND</sup> INTERNATIONAL COMPETITION OF CLINICAL CASES IN PERIODONTOLOGY AND SURGERY

## Referencias

1. Casale M, Moffa A, Vella P, Sabatino L, Capuano F, Salvinelli B, et al. Hyaluronic acid: Perspectives in dentistry. A systematic review. *Int J Immunopathol Pharmacol*. 2016;29(4):572–82.
2. Molina I, Salvador F, Sánchez-Montalvá A Actualización en enfermedad de Chagas. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 2016;34(2):132–8.
3. Rajendra Santosh AB. Odontogenic Cysts. *Dent Clin North Am*. 2020;64(1):105–19.