



Dr. Luis Fernán Zerpa Alvarado

CD. Estomatología C.O.P. 19497

- Egresado de la Maestría en Estomatología UNMSM
- Diplomatura en Ortodoncia
- Postgrado en Tomografía Dentomaxilofacial UPCH
- Miembro Activo de la "Academia Internacional de Implantología y Periodoncia"
- Odontólogo Responsable de EMETAC División Tomografía Dental - Sede Clínica San Borja

QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO MANDIBULAR

Palabras Claves: Quiste Óseo Aneurismático, Quiste mandibular, Cirugía Oral, Tomografía Computarizada
Key words: Aneurysmal bone cyst, Cyst of the mandible, Oral Surgery, Computed Tomography

RESUMEN

El quiste óseo aneurismático es una lesión ósea infrecuente que raramente se localiza a nivel del esqueleto craneofacial. Del conjunto de lesiones quísticas de los maxilares, constituye una variedad poco frecuente, que presenta sin embargo características diferenciales respecto a otro tipo de patologías óseas. Presentamos un caso tomográfico de un varón latino de 17 años que presentaba dicha lesión a nivel del ángulo mandibular izquierdo que provocó gran destrucción ósea y reabsorción radicular de los dientes vecinos. Revisamos la literatura centrándonos en el diagnóstico diferencial.

SUMMARY

The aneurysmatic osseus cyst is a very infrequent bone lesion which in some occasions can be found at the craniofacial skeleton. On the other side it is at the same time very interesting in terms of its differential diagnose with other types of maxillary bone lesions. We present the tomographic case of a latin male in a 17-year-old with an aneurysmatic cyst located at the left angle of the mandible, caused extensive destruction of bone and root reabsorption of the associated teeth. We have focused on the differential diagnose and review of the literature concerning the case.

INTRODUCCIÓN

El quiste óseo aneurismático (QOA) se encuentra clasificada dentro de las lesiones relacionadas con los huesos (pseudoquistes), más específicamente como una lesión de células gigantes según la clasificación de quistes y tumores de la OMS del 2005.

El QOA es una lesión benigna intraósea compuesta de espacios cavernosos rellenos de sangre, de tamaños variables, sin recubrimiento endotelial, asociados con tejido conectivo fibroso conteniendo células gigantes multinucleadas y tejido osteoide. La cavidad ósea está llena de un tejido pardo-rojizo similar al tejido hepático.

Se presenta de preferencia en la metáfisis de los huesos largos, mayormente en la columna cervical, clavícula, costillas, huesos de manos y pies. Es una lesión con abundantes espacios llenos de sangre separados por tejidos parecidos al del granuloma central de células gigantes.

ETIOPATOGENIA

Se ha publicado muchos casos en el área médica, pero hasta hoy la naturaleza de la lesión todavía está sujeta a controversias. Todas las teorías confluyen en una alteración local persistente en la hemodinámica, que conduce al aumento de la presión venosa y el subsiguiente desarrollo de un lecho vascular ingurgitado en el área ósea afectada.

Se asume que el quiste óseo aneurismático, el quiste óseo simple y el granuloma central de células gigantes de los maxilares tienen una etiología disvascular común y que los factores locales del ambiente dentro del hueso diferencian la patogénesis.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El QOA por lo general se presenta en ado-

lescentes y adultos jóvenes de menos de 30 años, principalmente en la segunda década de vida y en personas con antecedentes de traumatismo craneofacial. Las lesiones se pueden ubicar en ambos maxilares, presentan predilección para desarrollarse en la mandíbula, más específicamente en la parte posterior del cuerpo mandibular, incluyendo la rama ascendente y rara vez el cóndilo. Tienen una duración aproximada de uno a seis meses. Su frecuencia es sumamente rara.

Clínicamente el lado maxilar afectado aumenta de tamaño y muestra una discreta inflamación inicial que va en progreso durante el transcurso de la enfermedad. La tumoración es sensible al tacto, ocasionando dolor frente al estímulo. A la exploración es notable encontrar no solo asimetría facial sino también nódulos linfáticos cervicales indurados.

RADIODIAGNÓSTICO

Generalmente el cuadro imagenológico es distintivo. El hueso afectado está expandido, como una imagen quística de aspecto de "burbujas de jabón" y tiene una forma excéntrica de globo. Las tablas óseas corticales pueden estar adelgazadas o destruidas y manifestarse como una reacción perióstica.

En una ortopantomografía la lesión se presenta como un radiotransparencia multilocular o unilocular algunas veces, con una trabeculación interna apenas perceptible dando el aspecto de pompas de jabón. Los bordes son lisos, definidos y generalmente conservan la cortical periférica.

Los efectos se pueden analizar con un estudio de Tomografía Espiral Multicorte (TEM) Dentomaxilar, más específicamente en una Reconstrucción Multiplanar (MPR) y Representación Volumétrica (VR) con los cuales se puede apreciar a los dientes adyacentes desplazados, algunas veces con sus raíces reabsorbidas, expansión vestibular y lingual de las corticales que suele ser notable y se describe como reventada. En raras ocasiones se visualiza perforación cortical. (Foto 1 y 2).

TRATAMIENTO

Por las manifestaciones clínicas e imagenológicas (especialmente por la extensión) que simulan una lesión maligna, se debe realizar resecciones quirúrgicas amplias con reconstrucciones somáticas mandibulares.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón joven de 17 años de edad que presentaba una tumefacción por encima del ángulo mandibular izquierdo de tres meses de evolución, con dolor local y con signos inflamatorios. A la exploración se apreciaba una tumoración en la región posterior del cuerpo, ángulo y parte de la rama ascendente mandibular, que producía abombamiento en el fondo del vestíbulo lingual y bucal. La tumoración era dolorosa a la presión. La piel y mucosa próximas a la tumoración presentaban condiciones normales. Se apreciaron tres adenopatías cervicales de 1.5 cm aproximadamente de diámetro, duras y fácilmente desplazables.

El estudio tomográfico mostró una lesión hipodensa compatible con imagen quística, osteolítica, multilocular, que abarca el cuerpo mandibular izquierdo y la rama, de distal de la raíz del canino inferior izquierdo hasta la rama ascendente, sin afectar el cóndilo, la escotadura, ni la apófisis coronoides. Hay desplazamiento del canal mandibular hacia el borde basal (Foto 3) rama ascendente, sin afectar el cóndilo, la escotadura, ni la apófisis coronoides. Hay desplazamiento del canal mandibular hacia el borde basal. (Foto 3)

La lesión ha trasladado y reabsorbido levemente las raíces de las piezas molares inferiores del lado izquierdo. Los ejes dentarios están inclinados hacia lingual. (Foto 4)

Se aprecia una notable expansión vestibular y lingual de las corticales, adelgazamiento y perforación de las corticales en algunos segmentos de la lesión.



(Foto 1). Corte axial donde se observa la extensión de la lesión quística, el adelgazamiento de las corticales y la perforación de las mismas en algunos sectores.



(Foto 2). Corte coronal donde se confirma el adelgazamiento y perforación de la cortical.



(Foto 3). Corte panorámico donde se observa la extensión de la lesión quística multilocular que abarca el cuerpo y parte de la rama mandibular izquierda sin comprometer cóndilo, escotadura, ni apófisis coronoides. Se aprecia desplazamiento del canal mandibular hacia basal y dientes supernumerarios en desarrollo (parapremolares)



(Foto 4). Cortes transaxiales de 2 mm. de grosor, donde se confirma la reabsorción radicular leve de las piezas dentarias adyacentes a la lesión y la inclinación hacia lingual de las mismas.

(Foto 5 y 6) Se visualiza dientes supernumerarios eumórficos en pleno proceso de desarrollo, compatibles con parapremolares en maxilar inferior. Se recomendó exéresis de los mismos.

DISCUSIÓN

El quiste óseo aneurismático (QOA) es un pseudoquiste debido a que no tiene recubrimiento epitelial. Aunque han sido propuestas varias teorías etiopatogénicas, la causa de estas lesiones no está aclarada. Puede ser producido por varios mecanismos. Entre las posibilidades se encuentran anomalías arteriovenosas, traumas o degeneraciones en neoplasias preexistentes.

Son infrecuentes en los huesos faciales, en la mayoría de los casos se localizan en la región molar de la mandíbula llegando a afectar el ángulo y la rama ascendente.

La tumefacción es indolora al inicio y dolorosa a la presión. Se manifiesta siempre con una asimetría facial.

Habitualmente se presentan como una lesión radiotransparente bien circunscrita con marcada expansión ósea. Se han descrito desplazamientos de los dientes erupcionados, piezas dentarias incluidas o supernumerarios sin erupcionar. Excepcionalmente se han referido reabsorciones radiculares tal y como sucedió en el presente caso.

El diagnóstico basado únicamente en su imagen radiográfica no puede establecerse, ya que hay otras entidades con apariencia radiológica similar, como ameloblastomas, mixomas, granulomas centrales de células.

AGRADECIMIENTOS

A los Doctores Manuel Arredondo Cuba y Marcial Román Quispe, por la confianza depositada al remitir el caso clínico compartido en este artículo. Así como a los tecnólogos médicos de EMETAC División Tomografía Dental, Sede Clínica San Borja por el esmero y apoyo para la realización del presente estudio.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

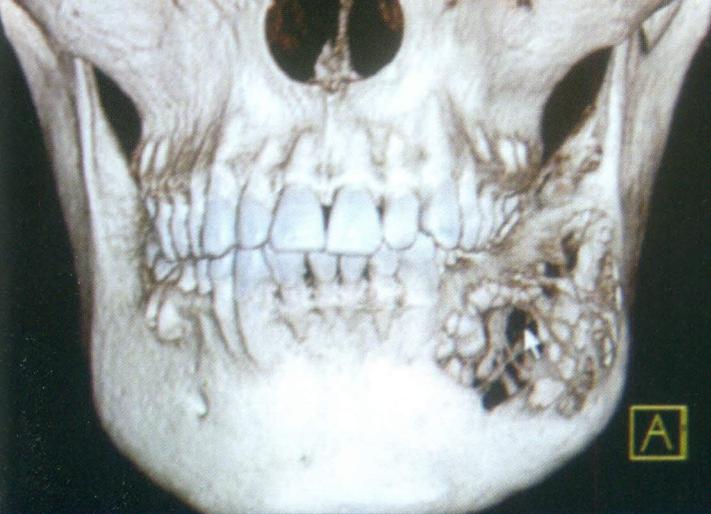
1. Asaumi J, Konouchi H, Hisatomi M, Matsuzaki H, Shigeharo H, Yasutoshi H, et al. MR features of aneurysmal bone cyst of the mandible and characteristics distinguishing it from other lesions. *Europ J Radiol* 2003;45:106-12.
2. Bonet J, Penarrocha M, Minguez JM, Vera-Sempere F. Giant aneurysmal bone cyst of the mandible. *Med Oral* 1997;2:242-7.
3. Gadre KS, Zubairy RA. Aneurysmal bone cyst of the mandibular condyle: Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 2000;58:439-41.



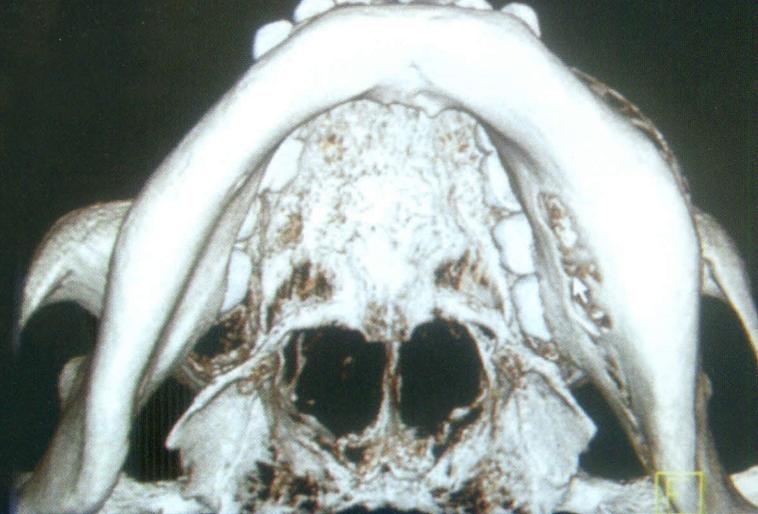
**Suscríbese a
la Revista
de Actualización
Odontológica basada
en la experiencia
nacional.**



**Teléfono: 345 - 0112
E-mail: marketing@mod.pe**



(Foto 5). Reconstrucción en 3D o en Volume Rendering (VR). Destáquese la asimetría, el aspecto de burbujas de jabón y la perforación de corticales.



(Foto 6). Representación Volumétrica o Volume Rendering (VR). Nótese la expansión de las corticales y la inclinación hacia lingual de los molares inferiores de lado izquierdo.

4. Hernandez GA, Castro A, Castro G, et al: Aneurysmal bone cyst versus hemangioma of the mandible: Report of long term follow up of a self limiting case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993;76:790.

5. Jebblaoui Y, Ben Neji N, Haddad S, Zribi A, Néji R, Boussafa H, Sahtout S, Hchicha S. Mandibular aneurysmal bone cyst mimicking a malignant tumor. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2007 Jun;108(3):238-247.
 6. Karabouta I, Tsodoulos S, Trigonidis G. Extensive aneurysmal bone cyst of the mandible: Surgical resection and immediate reconstruction. *Oral Surg* 1991; 71: 148-150.

6. Kadiri F, Janah A, Chekkouri A, Benche-kroun Y. Le kyste anévrysmal osseux de la mandible. A propos d'un cas et revue de la littérature. *Rev Stomatol Chir maxillofac* 1995; 96: 356-359.

7. Motamedi MH, Khodayari A. Aneurysmal bone cyst mimicking a malignancy. *J Oral Maxillofac Surg* 1993; 51: 691-695.

8. Motamedi MHK, Yazdi E. Aneurysmal bone cysts of the jaws: Analysis of 11 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1994;52:471-5.

9. Motamedi MHK, Stavropoulos MF. Large radiolucent lesion of the mandibular condyle. *J Oral Maxillofac Surg*

1997;55:1300-4.

10. Motamedi MH, Aneurysmal bone cysts of the jaws: Clinicopathological features, radiographic evaluation and treatment analysis of 17 cases. *J Craniomaxillofac Surg* 1998;26:56-62.

11. Regezi – Sciuba "Patología Bucal" 2ª Edición - Interamericana, 1995.

12. Sapp-Eversole-Wysocki "Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea" 2da Edición - Harcourt Mosby; 2001.

13. Shafer, William G. "Tratado de patología bucal" 4ta Edición – Interamericana, 1986.

14. Svenson B, Isacson G. Benign osteoblastoma associated with an aneurysmal bone cyst of the mandibular ramus and condyle. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993;76:433-5.

15. Whaites E. "Fundamentos de radiología dental" 4ta Edición – Elsevier Masson, 2008.

Dr. Luis Fernán Zerpa Alvarado

Dirección de correspondencia: Lzerpa@emetac.com