



## Quiste odontogénico: no todo son flemones

María Aldana Villamañán<sup>a</sup>, Ignacio Aldana Villamañán<sup>b</sup>, Javier Aldana Gómez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>MIR-Pediatría. Hospital Universitario de Torrejón. Torrejón de Ardoz. Madrid. España

• <sup>b</sup>MIR-Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España

• <sup>c</sup>Pediatra. CS Segovia 1. Hospital Recoletas. Segovia. España.

Publicado en Internet:  
19-mayo-2023

Javier Aldana Gómez:  
jaldanag@hotmail.com

### Palabras clave:

- Flemón dentario
- Quiste odontogénico
- Quiste radicular

### Resumen

Los quistes odontogénicos aparecen en el maxilar o la mandíbula y se generan por la proliferación de restos epiteliales estimulados habitualmente por una periodontitis. Son infrecuentes en niños. No suelen dar síntomas y el diagnóstico es radiográfico casual. La evolución del quiste odontogénico o periapical suele ser lenta, pero tiende a destruir el hueso adyacente, por lo que requiere tratamiento. Describimos un caso clínico que tuvo una presentación no habitual.

## Odontogenic cyst: not all are phlegmons

### Key words:

- Dental phlegmon
- Odontogenic cyst
- Radicular cyst

### Abstract

Odontogenic cysts appear in the maxilla or mandible and are generated by the proliferation of epithelial remains stimulated by periodontitis. They are uncommon in children. They do not usually give symptoms and the diagnosis is casual radiographic. The evolution of the periapical cyst is usually slow, but tends to destroy the adjacent bone, so it usually requires endodontic treatment. We describe a clinical case that had an unusual presentation.

## INTRODUCCIÓN

Los quistes odontogénicos (QO) aparecen en el hueso maxilar o en la mandíbula y son infrecuentes en los niños<sup>1,2</sup>. Cuando la causa que motiva su aparición es un proceso inflamatorio que induce la proliferación de restos embrionarios epiteliales alrededor del ligamento periodontal se denominan quistes inflamatorios, como el quiste periapical o radicular, que se forma en el ápice de un diente que ha sufrido una periodontitis<sup>2,3</sup>; son los QO más frecuentes (52-68%)<sup>2,4</sup>. El QO se forma como una complicación de la infección y, al ser una lesión inflamatoria crónica, no ocasiona síntomas inicial-

mente, por lo que el diagnóstico suele ser casual<sup>1,2,5,6</sup>. La evolución del QO es lenta. Siempre requiere tratamiento<sup>1-3,5,7</sup>. El pronóstico del quiste periapical es excelente y la tasa de recurrencia es prácticamente inexistente<sup>2,3,5,7</sup>. Describimos un caso clínico de QO con presentación no habitual.

## CASO CLÍNICO

Se presenta un niño de 7 años que consulta por presentar inflamación repentina y dolorosa en la rama mandibular izquierda el día anterior (**Fig. 1**). Las características clínicas apoyan el diagnóstico

Cómo citar este artículo: Aldana Villamañán M, Aldana Villamañán I, Aldana Gómez J. Quiste odontogénico: no todo son flemones. Rev Pediatr Aten Primaria. 2023;25:175-7.

de flemón dentario y se trata con amoxicilina-clavulánico e ibuprofeno a las dosis habituales. A la semana presenta resolución del proceso. En la revisión odontopediátrica no se detectan caries ni otras patologías orales. Consulta de nuevo al mes por presentar recidiva de la inflamación en la misma zona (**Fig. 1**). Una nueva exploración odontológica tampoco detecta patología dental. Se realiza una ortopantomografía que es normal. Dada la recurrencia, se indica una ecografía que muestra una colección heterogénea en rama mandibular de 11 mm (**Fig. 2**) y el estudio se completa con una tomografía axial computarizada que muestra una lesión quística de 10 mm bien definida en la rama mandibular, que rompe la cortical externa (**Fig. 2**). Se diagnostica probable QO. Es intervenido quirúrgicamente y la biopsia confirma el diagnóstico de QO: quiste revestido por epitelio pavimentoso sin queratinización, que presenta en el corion subyacente un infiltrado inflamatorio crónico linfocitario, sin rasgos displásicos ni de malignidad; cultivos bacterianos y fúngicos negativos. Presenta buena evolución, sin complicaciones ni recidivas a los 9 meses de la intervención.

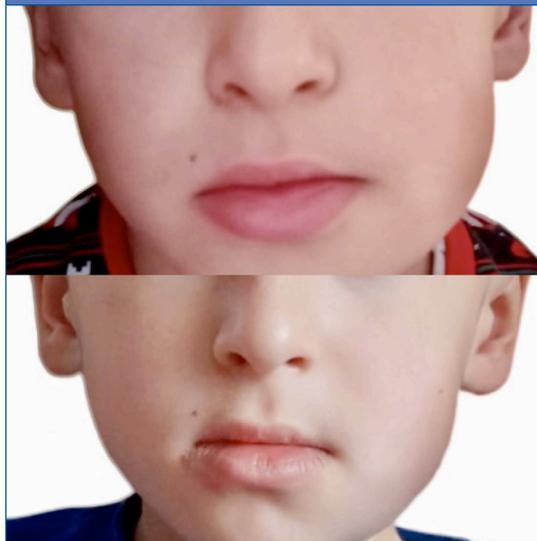
## DISCUSIÓN

La patología orofacial más frecuente en niños es de causa odontogénica, predominando las caries y sus complicaciones, como la periodontitis, el absceso periodontal<sup>8</sup> o los infrecuentes QO, que son más prevalentes en la tercera y cuarta décadas de la vida<sup>1,2,4,9,10</sup>.

La localización más frecuente de los QO es el maxilar anterior, aunque nuestro caso se presentó en el tercer molar mandibular, que es la segunda localización en frecuencia<sup>5,10</sup>. Están en relación generalmente con dientes permanentes, ocurriendo solo el 1% en dientes temporales<sup>4</sup>.

Los QO no suelen presentar ninguna clínica al ser lesiones inflamatorias crónicas. Cuando aumentan suficientemente de tamaño (a veces evoluciona durante años) pueden producir movilidad de un diente o sensibilidad en la zona<sup>1,2,5,6</sup>. Nuestro caso,

**Figura 1.** Quiste odontogénico. Inflamación rama mandibular izquierda inicial (arriba) y recidiva al mes (abajo)



sin embargo, presentó síntomas precoces, y debutó de forma similar a un flemón dentario con recidiva de forma temprana al mes.

El diagnóstico del quiste, antes de que aparezcan los síntomas, suele ser casual al realizar una radiografía de la zona por otro motivo<sup>1,2,5,6</sup>. En nuestro caso, se realizó una ortopantomografía al recidivar

**Figura 2.** Quiste odontogénico. Imagen ecográfica del quiste (arriba, marcas). Tomografía axial computarizada, rompiendo la cortical (abajo, flecha)



el flemón en la misma localización, tras haber desaparecido con el tratamiento habitual. La imagen más habitual es una lesión radioluciente redondeada u ovoidea bien definida<sup>1,2,6</sup>, que no presentó nuestro caso. Al no hallarse ninguna patología causal en la exploración odontopediátrica, se realizaron una ecografía y una tomografía axial computarizada para obtener el diagnóstico de presunción (Fig. 2).

La evolución del QO suele ser lenta<sup>1,2,3,5</sup>, pero nuestro caso presentó un comportamiento más agresivo, creciendo con rapidez y rompiendo la cortical ósea externa de forma prematura. La tendencia a destruir el hueso adyacente hace que los QO requieran tratamiento, generalmente endodóntico; en ocasiones, con extracción del diente afectado<sup>1-3,5,7</sup>. Nuestro caso mostró un comportamiento más agresivo y precisó cirugía, con escisión completa de la lesión por enucleación, conservando el diente.

Con el tratamiento adecuado, el pronóstico del quiste periapical es excelente y la tasa de recurrencia es prácticamente inexistente<sup>2,3,5,7</sup>. Nuestro caso permanece asintomático a los 9 meses de evolución.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bilodeau EA, Hunter KD. Odontogenic and developmental oral lesions in pediatric patients. *Head Neck Pathol.* 2021;15:71-84.
2. Arce K, Streff CS, Ettinger KS. Pediatric odontogenic cyst of the jaws. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am.* 2016;28:21-30.
3. Lin LM, Huang GT, Rosemberg PA. Proliferation of epithelial cell rest, formation of apical cysts, and regression of apical cysts after periapical wound healing. *J Endod.* 2007;33(8):908-16.
4. Shetty S, Angadi PV, Rekha K. Radicular cyst in deciduous maxillary molars: a rarity. *Head Neck Pathol.* 2010;4(1):27-30.
5. Nair PN. New perspectives on radicular cysts: do they heal? *Int Endod J.* 1998;31(3):155-60.
6. Ali K, Munir F, Rehman A, Abbas I, Ahmad N, Akthar MU. Clinico-radiographic study of odontogenic cysts

## CONCLUSIÓN

Ante un flemón dentario de comportamiento no habitual y con exploración odontopediátrica normal es necesario tener un alto índice de sospecha para diagnosticar un QO de forma precoz. El tratamiento evita complicaciones, como la destrucción del hueso adyacente.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo. Este estudio no ha recibido financiación.

## RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Todos los autores han contribuido de forma equivalente en la elaboración del manuscrito publicado. Los autores han remitido un formulario de consentimiento de los padres/tutores para publicar información de su hijo/a.

## ABREVIATURAS

**QO:** quiste odontogénico.

at a tertiary care centre. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2014;26(1):92-4.

7. Allon DM, Allon I, Anavi Y, Kaplan I, Chauschu G. Descompression as a treatment of odontogenic cystic lesions in children. *J Oral Maxillofac Surg.* 2015;73(4):649-54.
8. Larena Fernández I, Bartolomé Lanza ML, Atance Melendo E, Vara Callau M, Blasco Pérez-Aramendía MJ. Absceso submandibular producido por caries dental. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2016;18:e107-e110.
9. Johnson NR, Gannon OM, Savage NW, Batstone MD. Frequency of odontogenic cysts and tumors: a systematic review. *J Invest Clin Dent.* 2014;5(1):9-14.
10. Jones AV, Craig GT, Franklin CD. Range and demographics of odontogenic cyst diagnosed in a UK population over a 30-year period. *J Oral Pathol Med.* 2006;35:500-7.