

## Quiste periodontal lateral: Estudio retrospectivo de 11 casos

María Florencia Formoso Senande <sup>1</sup>, Rui Figueiredo <sup>2</sup>, Leonardo Berini Aytés <sup>3</sup>, Cosme Gay Escoda <sup>4</sup>

(1) Odontólogo. Residente del Master de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona

(2) Odontólogo. Profesor Asociado de Cirugía Bucal. Profesor del Master de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona

(3) Doctor en Medicina. Estomatólogo. Especialista en Cirugía Maxilofacial. Profesor Titular de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial. Profesor del Master de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona

(4) Doctor en Medicina. Estomatólogo. Especialista en Cirugía Maxilofacial. Catedrático de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial. Director del Master de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona. Jefe del Servicio de Cirugía Bucal, Implantología Bucofacial y Cirugía Maxilofacial del Centro Médico Teknon. Barcelona

### Correspondencia:

Prof. Cosme Gay Escoda

Centro Médico Teknon

C/ Vilana 12

08022 – Barcelona (Spain)

E-mail: [cgay@ub.edu](mailto:cgay@ub.edu)

Recibido: 20/04/2007

Aceptado: 29/03/2008

Formoso-Senande MF, Figueiredo R, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Quiste periodontal lateral: Estudio retrospectivo de 11 casos. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008 May 1;13 Supl 3:188-92. © Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1698-4447

Indexed in:  
-Index Medicus / MEDLINE / PubMed  
-EMBASE, Excerpta Medica  
-SCOPUS  
-Índice Médico Español  
-IBECs

Originally cited as: Formoso-Senande MF, Figueiredo R, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Lateral periodontal cysts: A retrospective study of 11 cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008 May 1;13(5):E313-7.  
Full article in ENGLISH:  
URL: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v13i5/medoralv13i5p313.pdf>

### Abstract

**Objective:** To describe the clinical, radiological and histopathological features of lateral periodontal cysts among patients diagnosed in different centers (Vall d'Hebron General Hospital, Granollers General Hospital, the Teknon Medical Center, and the Master of Oral Surgery and Implantology of the University of Barcelona Dental School; Barcelona, Spain).

**Study design:** A retrospective observational study was made of 11 lateral periodontal cysts, all of which were diagnosed following a thorough clinical examination, radiological study and posterior histological study.

**Results:** The mean patient age was 37 years, and males predominated over females. The mean lesion size was 1.25 cm. A single relapse was recorded 7 years after removal of the initial lesion. All the cysts were surgically removed.

**Discussion and conclusions:** Lateral periodontal cysts are very infrequent, and are characterized by the preserved vitality of the adjacent teeth. Identification of the lesion is initially based on the clinical findings, though histological study is required to confirm the diagnosis.

The treatment of choice is the surgical removal, though occasional relapses have been documented.

**Key words:** Lateral periodontal cyst, developmental odontogenic cyst, preserved tooth vitality, epithelial plaques.

### Resumen

**Objetivo:** Describir las características clínicas, radiológicas y anatomopatológicas del quiste periodontal lateral, en pacientes diagnosticados en varios centros sanitarios (Hospital General Vall d'Hebron, Hospital General de Granollers, Centro Médico Teknon y Master de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial de la Universidad de Barcelona).

**Diseño del estudio:** Estudio retrospectivo observacional de 11 casos de quistes periodontal lateral. Esta entidad fue diagnosticada en todos los casos, tras un examen clínico exhaustivo, una exploración radiológica y el posterior estudio histológico.

**Resultados:** La edad media fue de 37 años y el sexo masculino fue predominante. El tamaño medio de las lesiones fue de 1.25 cm. Se registró un único caso de recidiva a los 7 años de la exéresis de la lesión inicial. Todos los pacientes fueron tratados quirúrgicamente mediante la exéresis del quiste.

**Discusión y Conclusiones:** El quiste periodontal lateral es una lesión muy poco frecuente, que cursa con vitalidad positiva de los dientes adyacentes. El diagnóstico inicial de esta entidad está basado en los hallazgos clínicos, sin embargo el diagnóstico de certeza lo dará el estudio anatomopatológico.

El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica aunque se ha descrito algún caso de recidiva.

**Palabras clave:** Quiste periodontal lateral, quiste odontogénico del desarrollo, vitalidad dentaria positiva, placas epiteliales.

## Introducción

Desde la última clasificación de la OMS de los quistes de los maxilares, descrita por Kramer y cols. en 1992 se establece al quiste periodontal lateral (QPL) como una entidad independiente (1).

El QPL se define como un quiste del desarrollo, no queratinizado y no inflamatorio que se localiza adyacente o lateral a la raíz de un diente vital (1).

La clínica de esta lesión suele ser anodina, estableciéndose el diagnóstico, mediante una exploración radiológica rutinaria. En la radiografía se aprecia una imagen radiotransparente de tamaño menor a 1 cm en la mayoría de los casos (2-8). Representan del 0.8 (2) al 1.5 (3) % del total de los quistes de los maxilares.

Histológicamente esta lesión quística se caracteriza por la presencia de restos epiteliales procedentes de la lámina dental denominados restos de Serres y por la visualización de placas epiteliales constituidas por células claras (ricas en glucógeno) y fusiformes. Este tipo de quistes están delimitados por un epitelio cúbico o escamoso no queratinizado, formado por 1 a 5 capas de células en empalizada (1,9,10).

Dentro del QPL existe una variante poliquística que se denomina quiste Botrioide, descrita por primera vez en 1973 por Weathers y Waldron (11) y que se caracteriza por la formación de una imagen multilocular y con un poder de recidiva elevado (1,9,12,13).

El rango de edad es bastante amplio y hay una clara predilección por los pacientes del sexo masculino en la 5ª o 6ª décadas de la vida (3,5,7).

Se considera fundamental efectuar el diagnóstico diferencial de esta lesión de origen epitelial con los quistes más frecuentes tanto de origen epitelial (folicular o primordial), como de origen inflamatorio (radicular y residual) (1,8,9,14-17).

El objetivo de este estudio fue a partir de los casos tratados en nuestro servicio, describir las características clínicas, radiológicas y anatomopatológicas del QPL, así como su tratamiento y las recidivas observadas.

## Pacientes y Método

Se realizó un estudio retrospectivo observacional de 11 casos diagnosticados de QPL y visitados entre los años

1970-2004 en el Hospital General Vall d'Hebron (1976-1988), el Hospital General de Granollers (1976-1988), el Centro Médico Teknon (1995-2005) y en el Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial de la Universidad de Barcelona (1997-2005). Todos los casos se identificaron a partir de los diagnósticos histopatológicos del total de biopsias realizadas. Los criterios histológicos que permitieron establecer el diagnóstico de QPL fueron la presencia de restos de Serres, un epitelio no queratinizado escamoso o cúbico de 1-3 capas celulares y placas epiteliales compuestas por células fusiformes y claras.

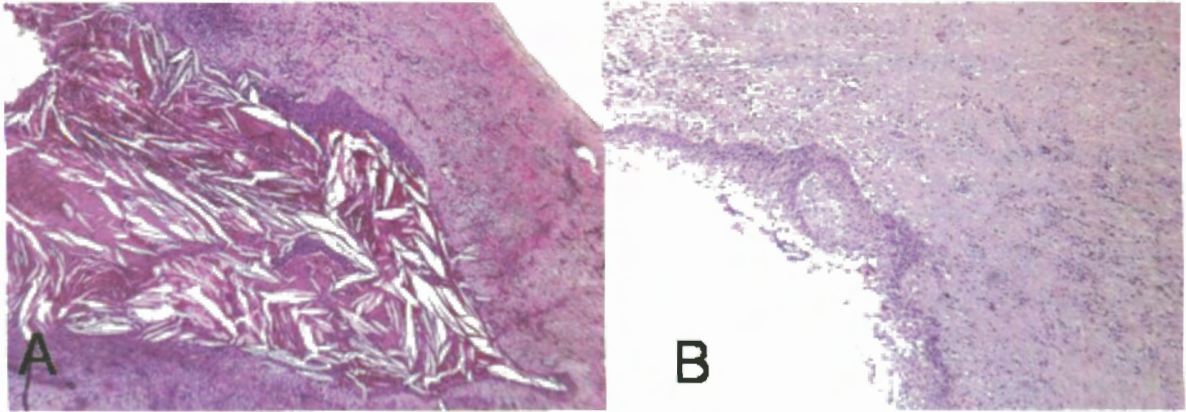
Los siguientes datos fueron registrados por un solo observador: edad, sexo, tamaño de la lesión, variante, localización, tratamiento realizado, características anatomopatológicas, tiempo de seguimiento y aparición de recidivas.

Se procesaron los datos con el Statistical Package for Social Sciences versión 12.0 (SPSS; SPSS Inc.; Chicago, EE.UU. Licencia de la Universidad de Barcelona).

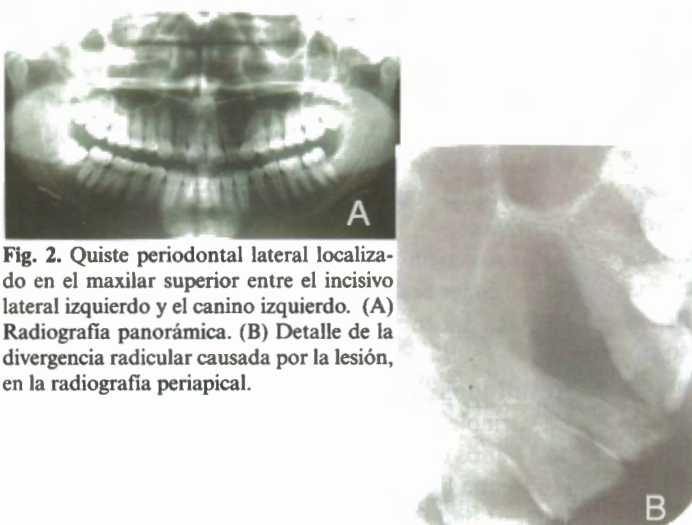
## Resultados

La variable edad (desviación normal) presentó una media de 37 años con un rango comprendido entre 18 y 71 años. Hubo una ligera predilección por el sexo masculino (6:5) y esta entidad fue siempre diagnosticada mediante una exploración radiológica de rutina indicada por otro motivo. La imagen en la ortopantomografía era radiotransparente, redondeada u ovalada, localizada mayoritariamente a nivel premolar mandibular o en la región anterior del maxilar superior (figuras 2 y 3). En 8 casos se observó una imagen en forma de pera invertida (maxilar superior) y en 3 casos un aspecto redondeado u ovalado (mandíbula). En el maxilar superior las 8 lesiones se encontraban en la zona anterior entre el incisivo lateral y el canino (figura 4); en cambio, en la mandíbula 2 casos se localizaron en la zona canina-premolar (figura 5) y un paciente presentó una lesión en la zona posterior, a nivel del segundo molar. El tamaño de las lesiones oscilaba entre 0.4 y 2.5 cm. de diámetro con una media de 1.25 cm, se observaron lesiones de mayor tamaño a nivel del maxilar superior.

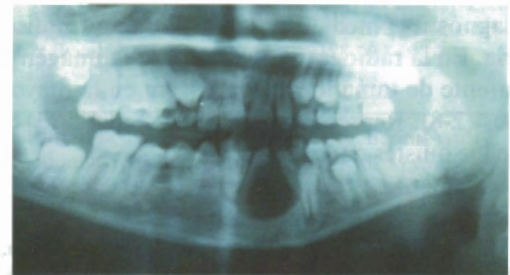
El tratamiento fue quirúrgico en todos los casos, mediante la exéresis y posterior análisis histológico de la lesión. No se efectuó el tratamiento endodóncico ni la cirugía peria-



**Fig. 1.** (A) Quiste periodontal lateral. Visión histológica del caso #7. (B) Sección histológica de la lesión enucleada tras la recidiva, 7 años tras haberse extirpado el quiste inicial.



**Fig. 2.** Quiste periodontal lateral localizado en el maxilar superior entre el incisivo lateral izquierdo y el canino izquierdo. (A) Radiografía panorámica. (B) Detalle de la divergencia radicular causada por la lesión, en la radiografía periapical.



**Fig. 3.** Gran quiste periodontal lateral localizado en la mandíbula entre el incisivo central izquierdo y el lateral.



**Fig. 4.** Visión intraoperatoria tras la extirpación quirúrgica de un quiste periodontal lateral en el maxilar superior.



**Fig. 5.** Visión intraoperatoria tras la extirpación quirúrgica de un quiste periodontal lateral localizado entre el canino inferior izquierdo y el primer premolar.

pical de los dientes involucrados ya que presentaban, en todos los casos, una vitalidad positiva.

Se registró un único caso de recidiva a nivel del 2.2 y 2.3. Se trató de una paciente de 35 años, que tras 7 años de la exéresis quirúrgica de la lesión, volvió presentar una imagen idéntica en la misma zona. En este caso se efectuó la reintervención quirúrgica de la lesión con el posterior estudio histológico para confirmar el diagnóstico inicial de QPL. (figura 1A)

## Discusión

La mayoría de autores refieren una baja incidencia del QPL, constituyendo hasta un 1.5% del total de los quistes de los maxilares (3), razón por la cual existen pocas series de casos publicados de este tipo de quiste.

El QPL generalmente se detecta en pacientes en la 5ª o 6ª décadas de la vida aunque existan casos descritos con edades comprendidas entre los 14 y los 85 años (2,3,5,7). Nuestra muestra, demostró también un predominio de pacientes diagnosticados entre los 40 y los 60 años de edad. Otro aspecto epidemiológico importante referido por Rasmusson y cols., es que esta entidad es mucho más frecuente en el sexo masculino, con una proporción hombre/mujer de 22/10 (7). En el presente estudio, hubo preferencia por el sexo masculino pero de una forma menos evidente (6/5).

En cuanto a la localización, predomina en la mandíbula sobre todo a nivel premolar, seguido por la zona entre el incisivo lateral y el canino superiores (3,5,7,9). Sin embargo, en nuestra serie, se observó un predilección por el maxilar superior (8/3).

Esta última variante del maxilar superior en la clasificación de la OMS de 1978, se la denominaba quiste globulomaxilar (18), pasando posteriormente a considerarse como una subdivisión del QPL en la clasificación de 1992 (1).

Existen varias teorías que intentan explicar la etiopatogenia del QPL. Actualmente, se considera que esta entidad es originada por la presencia de restos epiteliales odontogénicos (Restos de Serres) (1), aunque existe una gran controversia en cuanto a la posible implicación del epitelio reducido del esmalte, de los restos de la lámina dental y de los restos de Malassez (2-9).

El diagnóstico de esta lesión es casual ya que los pacientes no suelen presentar clínica (2-8). En la ortopantomografía, generalmente se observa una imagen radiotransparente, bien delimitada, en forma ovalada o de lagrima y situada entre las raíces de dientes vitales (3,7). En nuestra serie todos los pacientes estaban asintomáticos, excepto en el caso que recidivó en el que la paciente refirió dolor leve a la palpación en la zona afectada.

El diagnóstico diferencial del QPL (1,9,15,18) debe establecerse con el resto de los quistes odontogénicos. Dentro de los quistes del desarrollo deben considerarse el folicular, el primordial y el gingival del adulto y entre los inflamatorios los quistes radicular y residual.

Así, en el caso del quiste folicular o dentígero, éste se presenta siempre asociado a un diente incluido sobre todo al tercer molar inferior mientras que el quiste primordial se localiza en la mayoría de los casos a nivel de la rama ascendente mandibular.

El quiste gingival del adulto comparte la misma histogénesis, localización y clínica que el QPL, pero en este caso los restos del epitelio odontogénico aparecen a nivel de los tejidos blandos y no en el hueso como en el caso del QPL, razón por la cual, la exploración radiológica es anodina (8).

En la mayoría de los casos el diagnóstico diferencial debe establecerse con el quiste radicular, por su elevada frecuencia. Se trata de una entidad que cursa con la necrosis del diente implicado y por tanto al efectuar las pruebas de vitalidad éstas son negativas. Es importante destacar que como el QPL es un quiste del desarrollo, está conservada la vitalidad de los dientes relacionados con esta lesión y por tanto no debe efectuarse el tratamiento de conductos, como ocurre en el caso del quiste radicular (16).

El tratamiento de elección para todos los autores (2,9) es el quirúrgico y consiste en la enucleación del quiste. En nuestra serie todos los casos se trataron de esta forma y se estableció el diagnóstico de la lesión mediante el estudio anatomopatológico, ya que, ésta es la única forma de descartar con seguridad algún tipo de patología maligna.

En nuestra serie recogimos un único caso de recidiva a los 7 años desde la enucleación, lo que coincide con los resultados publicados por otros autores (5,7). Se ha descrito como posible causa que favorezca la recidiva, la presencia de queratina en su epitelio (queratoquiste), o pertenecer a la variante multilocular. Aún así se considera que la causa principal de la recidiva es el fracaso en la exéresis completa de la lesión (12). Dado que en nuestro caso, la muestra inicial no presentaba queratina, creemos que se trató de una exéresis incompleta del epitelio quístico. (figura 1B)

Es fundamental realizar el estudio histológico para corroborar el diagnóstico. Se han descrito casos de lesiones con diagnóstico clínico de quistes del desarrollo que tras el informe anatomopatológico se verificó que eran lesiones malignas.

Un ejemplo de ello es el caso publicado por Svirsky y cols. que en principio era compatible con un quiste periodontal lateral (denominado globulomaxilar según la clasificación de la OMS de 1978). Pero que, tras la biopsia, se diagnosticó de un carcinoma metastático (19). Esto demuestra la suma importancia del análisis histológico.

Como conclusión podemos destacar que el QPL se localiza preferentemente a nivel premolar en la mandíbula y entre el incisivo lateral y el canino en el maxilar superior. Una de las características clínicas más importantes en el diagnóstico diferencial es la vitalidad positiva de los dientes adyacentes a la lesión. El tratamiento de elección es la enucleación quirúrgica y el posterior estudio anatomopatológico para confirmar el diagnóstico de la lesión, siendo rara la aparición de recidivas.

## Bibliografía

1. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. WHO Histological Typing of Odontogenic Tumours. 2nd ed. Geneva: Springer-Verlag; 1992. p. 34-118.
2. Altini M, Shear M. The lateral periodontal cyst: an update. *J Oral Pathol Med.* 1992 Jul;21(6):245-50.
3. Kerezoudis NP, Donta-Bakoyianni C, Siskos G. The lateral periodontal cyst: aetiology, clinical significance and diagnosis. *Endod Dent Traumatol.* 2000 Aug;16(4):144-50.
4. Angelopoulou E, Angelopoulos AP. Lateral periodontal cyst. Review of the literature and report of a case. *J Periodontol.* 1990 Feb;61(2):126-31.
5. Carter LC, Carney YL, Perez-Pudlewski D. Lateral periodontal cyst. Multifactorial analysis of a previously unreported series. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1996 Feb;81(2):210-6.
6. Lindh C, Larsson A. Unusual jaw-bone cysts. *J Oral Maxillofac Surg.* 1990 Mar;48(3):258-63.
7. Rasmusson LG, Magnusson BC, Borrmann H. The lateral periodontal cyst. A histopathological and radiographic study of 32 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1991 Feb;29(1):54-7.
8. Tolson GE, Czusak CA, Billman MA, Lewis DM. Report of a lateral periodontal cyst and gingival cyst occurring in the same patient. *J Periodontol.* 1996 May;67(5):541-4.
9. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. *Patología Oral y Maxilofacial contemporánea.* 2nd Ed. Madrid: Elsevier-Mosby; 2005. p. 45-87.
10. Mendes RA, Van der Waal I. An unusual clinicoradiographic presentation of a lateral periodontal cyst--report of two cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2006 Mar 1;11(2):E185-7.
11. Weathers DR, Waldron CA. Unusual multilocular cysts of the jaws (botryoid odontogenic cysts). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1973 Aug;36(2):235-41.
12. Gurol M, Burkes EJ Jr, Jacoway J. Botryoid odontogenic cyst: analysis of 33 cases. *J Periodontol.* 1995 Dec;66(12):1069-73.
13. Uçok O, Yaman Z, Günhan O, Uçok C, Dogan N, Baykul T. Botryoid odontogenic cyst: report of a case with extensive epithelial proliferation. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2005 Sep;34(6):693-5.
14. Gay-Escoda C. Quistes de la región oral y maxilofacial. *Tiempos médicos* 1989 Sep;398:42-56.
15. Shear M. Developmental odontogenic cysts. An update. *J Oral Pathol Med.* 1994 Jan;23(1):1-11.
16. Brescó-Salinas M, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Análisis retrospectivo de 132 casos de quistes radiculares: Clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución. *Arch Odontostomatol* 1998 Oct;14(10): 575-83.
17. Main DM. Epithelial jaw cysts: 10 years of the WHO classification. *J Oral Pathol.* 1985 Jan;14(1):1-7.
18. Wysocki GP. The differential diagnosis of globulomaxillary radiolucencies. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1981 Mar;51(3):281-6.
19. Svirsky JA, Epstein RA, Dent CD, Avillion G. Small cell carcinoma of the lung metastatic to the wall of a radicular cyst. *J Endod.* 1994 Oct;20(10):512-4.