

J.M. Sanchis Bielsa¹
M. Peñarrocha Díago²
J. Guarinos Carbó³
M.J. Roca Estellés⁴
C. Gay Escoda⁵

- 1 Profesor Asociado Cirugía Bucal.
Unidad Médico Quirúrgica
2 Profesor Titular de Medicina Bucal.
Director del Máster de Cirugía e
Implantología Bucal.
3 Profesor del Master de Cirugía e
Implantología Bucal
Facultad de Medicina y Odontología.
Universidad de Valencia
4 Médico especialista en
Anatomía Patológica

- 5 Catedrático de Patología Quirúrgica
Bucal y Maxilofacial. Director del Máster
de Cirugía e Implantología Bucal.
Facultad de Odontología
Universidad de Barcelona.

Correspondencia:

Dr. Miguel Peñarrocha Diago
Cirugía Bucal. Facultad de Odontología.
C/ Gascó Oliag 1
Valencia 46010

Quistes paradentales: Estudio clínico-patológico de 17 casos asociados a terceros molares mandibulares

RESUMEN

Estudiamos 17 quistes paradentales asociados a terceros molares mandibulares impactados, revisando sus aspectos clínico-patológicos más importantes. Once pacientes fueron mujeres y 6 hombres, con una edad media de 23,6 años. El tamaño de los quistes osciló entre los 4 y los 15 mm y se presentaron unidos a la corona de los molares a nivel de la unión amelocementaria, especialmente a su porción distal (73,3% de los casos). Su histología, similar a otros quistes odontogénicos inflamatorios, mostró un epitelio escamoso estratificado, marcadamente hiperplásico, asociado a un infiltrado inflamatorio crónico.

PALABRAS CLAVE

Quiste paradental; Tercer molar impactado.

ABSTRACT

We present a study of the clinical, radiographic and histopathological characteristics of 17 paradental cysts associated with impacted third mandibular molars. The cyst occurred in 11 female and 6 male patients. The ages of the patients ranged from 16 to 33 years, the average being 23,6 years. The size of the cyst ranged from 4 mm to 15 mm; most appeared to be attached to the tooth at the enamel cementum junction, in a position predominantly distal to the involved tooth (73,3% of the cases). Histologically all cysts were lined by a hyperplastic nonkeratinized stratified squamous epithelium. The connective tissue wall was infiltrated by chronic inflammatory cells.

KEY WORDS

Paradental cyst; Impacted third molar.

INTRODUCCIÓN

Craig en 1976⁽¹⁾ fue el primero en acuñar el término de quistes paradentales para las lesiones que Main⁽²⁾ en 1970 había descrito como quistes inflamatorios colaterales. Craig⁽¹⁾ describió las características histológicas típicas de estos quistes inflamatorios que aparecían por distal o por vestibular de los terceros molares impactados que habían sufrido repetidos episodios de pericoronaritis. En los últimos años se han publicado diversas series de quistes paradentales asociados a terceros molares⁽³⁻⁶⁾, así como asociados a primeros molares mandibulares en jóvenes⁽⁷⁻¹²⁾.

Los quistes paradentales son de tipo inflamatorio, su etiología es infecciosa, se asocian a dientes vitales y existen dos variedades: el quiste paradental asociado al primer o segundo molar en niños, y el asociado a terceros molares impactados, más típicos de adultos jóvenes⁽¹³⁾. Los objetivos de este trabajo fueron examinar las características clínicas, radiográficas e histológicas de una serie de 17 quistes paradentales asociados a terceros molares mandibulares incluidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Un total de 260 pacientes fueron sometidos a extracción de terceros molares mandibulares impactados, desde Septiembre de 1996 a Julio del 97, en la clínica de Cirugía Bucal de la Facultad de Medicina y Odontología de Valencia; encontramos 46 lesiones radiolúcidas asociadas a los cordales que presentaron, además, un tejido blando en relación a la corona del diente. Las muestras obtenidas fueron fijadas en solución de formol y procesadas mediante la fijación en parafina, siendo teñidas las diversas secciones de 4 µ con Hematoxilina-eosina para su estudio anatomopatológico; encontramos 25 capuchones fibrosos, 4 quistes foliculares y 17 quistes paradentales. Los criterios de inclusión de los quistes paradentales fueron la presencia de un epitelio escamoso estratificado y de un infiltrado inflamatorio.

En los 17 pacientes con quistes paradentales se reco-

Tabla 1 Resultados clínicos

		Nº casos	%
Sexo	V	6	35,29%
	M	11	64,31%
Sintomatología	No	8	47,10%
	Sí	9	52,90%
Inclusión	Superficial	11	64,70%
	Media	3	17,65%
	Profunda	3	17,65%
Posición	Vertical	5	29,45%
	Mesial	5	29,45%
	Distal	7	41,10%
Area radiolúcida	Distal	13	76,47%
	Mesial	3	17,65%
	Peridentaria	1	5,88%

gieron datos respecto a la edad del paciente, el sexo y los antecedentes clínicos de dolor o pericoronaritis. Todos los quistes paradentales estuvieron relacionados con terceros molares mandibulares, parcial o totalmente incluidos. En la radiografía panorámica en relación al molar asociado al quiste se estimó su grado de profundidad en: superficial (cuando la corona del cordal estaba a la altura de la del segundo molar), medio (cuando estaba a nivel de la unión amelocementaria del segundo molar), y profundo (cuando la corona del cordal estaba situada a la altura de las raíces del segundo molar). La inclinación (vertical, distal o mesial); la relación del quiste con el cordal (mesial, distal o pericoronario), y la comunicación o no entre el tercer molar y la cavidad oral. Anotamos el diámetro mínimo del área radiotransparente y si estaba por mesial, distal o peridentaria al cordal.

RESULTADOS

Once casos se dieron en mujeres y 6 en hombres, se presentaron entre los 16 y los 33 años, con una edad media de 23,6 años (Tabla 1). Con respecto a la sintomatología previa a la extracción quirúrgica de los molares, en 9 casos (53%) hubo antecedentes de dolor, pericoronaritis o infección local, y en 8 (47%) no hubo



Figura 1. Radiografía panorámica extraoral en la que se aprecia una imagen radiolúcida, redondeada, bien delimitada, por distal del tercer molar que se corresponde con un quiste paradental.



Figura 2. Imagen clínica de un quiste paradental, adherido al tercer molar, en el momento de su extracción quirúrgica.

ninguna sintomatología previa y la indicación quirúrgica de extracción fue por motivos profilácticos, ortodóncicos o protésicos. En el 59% de los casos existía una comunicación entre el cordal y la cavidad oral. En cuanto a la disposición de los molares en la arcada, la inclinación a distal se dió en 7 casos (41%) y el 65% tenían un grado de profundidad superficial.

El aspecto radiográfico de los quistes fue similar en todos los casos, presentándose como lesiones radiotransparentes, bien delimitadas, asociadas a la porción distal de los molares (Fig. 1) en todos los casos menos en 3 en los que la imagen apareció por mesial del molar. No obstante, en el momento de la extirpación quirúrgica, se constató que a pesar de no existir evidencia radiológica muchas de las lesiones quísticas -6, también se extendían hacia la zona vestibular. Todos los casos recogidos mostraron su adherencia, en el momento de la intervención quirúrgica, al ligamento peridontal del tercer molar y fueron extirpados en su totalidad. El tamaño radiográfico de las lesiones en la mayoría de los casos (82%) fue menor de 5 mm; en 2 casos (12%) presentaron un tamaño entre 5 y 10 mm, y en sólo un caso (6%) fue mayor de 1 cm (Fig. 2).

Histológicamente, los quistes estuvieron formados por un epitelio escamoso estratificado no queratinizado en todos los casos, con presencia casi constante del fenómeno de «arcading», e hiperplásico en 12 de

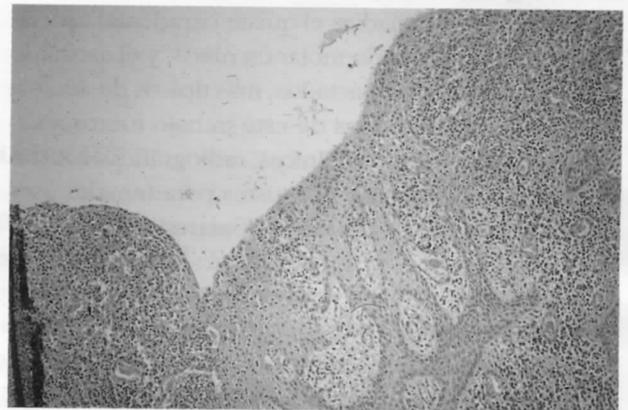


Figura 3. Histopatología típica de un quiste paradental: Epitelio plano poliestratificado, hiperplásico, con abundante infiltrado inflamatorio y presencia de «arcading». HE. x 20.

ellos (70%) (Fig. 3). Destacó la presencia en dos casos de áreas de metaplasia a epitelio cuboidal atrófico. En la pared fibrosa, se apreció de modo constante la presencia de un infiltrado inflamatorio crónico formado básicamente por linfocitos y células plasmáticas, así como focos de un infiltrado agudo en el 76% de los casos (Tabla 2).

DISCUSIÓN

Los quistes paradentales se originan a partir de res-

Tabla 2 Hallazgos histopatológicos

	Nº casos	%
Epitelio		
Escamoso estratificado no queratinizado	17	100%
Edema intraepitelial	14	82%
Presencia de «arcading»	12	70%
Hiperplásico	12	70%
Áreas de metaplasia (epitelio cuboidal atrófico)	2	11%
Pared fibrosa		
Células inflamatorias crónicas	17	100%
Células inflamatorias agudas	13	76%
Calcificaciones distróficas	8	47%
Reacción macrofágica espumosa (histocitos espumosos)	4	23%
Depósitos de hemosiderina	4	23%
Restos epiteliales odontogénicos	3	17%
Cristales de colesterol	2	11%

tos epiteliales de Malassez, presentes en el ligamento periodontal de los molares. Es por eso que inicialmente se pensó que eran quistes periodontales (de origen embriogénico) que sufrían inflamación, denominándose por algunos autores quistes inflamatorios colaterales⁽²⁾, o más tarde quistes inflamatorios laterales periodontales⁽¹⁴⁾. Una de las características fundamentales de estos quistes es que se originan a partir del ligamento periodontal de los molares, extendiéndose, mayoritariamente por distal de los mismos, hacia la rama ascendente mandibular. Esto se debe al encajonamiento que someten al tercer molar, la línea oblicua interna, de gran dureza, en la que se inserta el músculo milohioideo; la cortical vestibular, fuertemente engrosada; y por mesial la cara distal del segundo molar. No es de extrañar que estas lesiones aparezcan como faldones o capuchones unidos a los molares a partir de la línea amelocementaria y como hemos referido, sobre todo, por distal de los mismos. Este dato permite diferenciarlos de otras lesiones, como los quistes foliculares que aparecen característicamente rodeando la corona de los molares.

Los quistes paradentales representan del 0,4%⁽¹⁵⁾ al 3%⁽⁵⁾ de los quistes odontogénicos, cifra que puede variar en función de la minuciosidad con la que se

estudien todos los tejidos blandos asociados a los cordales incluidos extraídos quirúrgicamente. Magnusson y cols.⁽⁶⁾ establecieron una incidencia del 0,9% entre los 2700 quistes de los maxilares que recogieron en nueve años, expresando su convencimiento de que esta cifra debería ser mayor, puesto que muchos casos pasan sin ser diagnosticados. Otro dato que puede variar su incidencia se debe a la dificultad para diferenciar un folículo dental normal o elongado, que presentan un epitelio de similares características⁽¹⁶⁾, si bien el diagnóstico diferencial es especialmente difícil con los quistes foliculares incipientes⁽¹⁷⁾.

Todos los casos presentados corresponden a terceros molares mandibulares, siendo la localización más frecuente de estos quistes. Con menos frecuencia se han descrito asociados a primeros molares inferiores en niños, de forma unilateral^(7,9,12) o bilateral^(8,11), o bien afectando a segundos molares mandibulares⁽¹⁰⁾. Más raramente, tal y como presentaron Vedtofe y cols.⁽³⁾, pueden aparecer en la región maxilar superior.

Algunos autores encontraron antecedentes de infección en el 100% de los quistes paradentales, mientras que otros sólo en el 73% de los casos^(1,4,5,18). Nosotros encontramos antecedentes infecciosos previos en el 52% de los casos, y el 60% presentaron comunicación entre la cavidad oral y el molar incluido o semiincluido. Posiblemente la incidencia de pericoronaritis de repetición sea proporcional al tiempo de evolución e influya en el tamaño de las lesiones quísticas. En este sentido, el 53% de nuestros casos presentaron un tamaño inferior a 5 mm, tratándose por lo tanto de lesiones muy incipientes.

El aspecto radiográfico de las lesiones quísticas fue similar al descrito por otros autores^(1,3,5,18-20), destacando la presencia de un área radiolúcida pericoronaria, por distal del molar en la mayoría de los casos (76%). Encontramos un caso que simulaba una lesión periapical, tal y como describió Vedtofe⁽²¹⁾, y tres similares a los descritos por Ackermann y cols.⁽⁵⁾ con afectación por mesial del cordal.

El estudio histopatológico de los quistes mostró la naturaleza inflamatoria de los mismos. En un reciente trabajo de Cardona y cols.⁽²⁰⁾ se confirma la hipó-

698 tesis inflamatoria, hallándose una relación entre el espesor del infiltrado y la sintomatología. Es constante la presencia de un epitelio escamoso pluriestratificado, no queratinizado, con cierto grado de edematización que alcanza al 82% de los casos. Este epitelio se caracteriza por la presencia constante de un infiltrado inflamatorio. También es característica la presencia de lo que algunos autores denominan «arcading»⁽⁵⁾ y que son prolongaciones digitiformes, formando puentes o arcadas en el seno de un epitelio marcadamente hiperplásico. Es de destacar la existencia en dos casos de áreas de metaplasia epitelial cuboidea atrófica en el seno del epitelio. Con respecto a la pared fibrosa de los quistes encontramos la presencia de un infiltrado inflamatorio crónico en todos los casos, dato este cons-

tante en los casos aportados en la literatura^(3-5,22) e importante para el diagnóstico diferencial puesto que es inexistente o mínimo en quistes peridontales laterales^(23,24) o foliculares⁽²⁵⁾. La existencia de calcificaciones distróficas de la pared del quiste, depósitos de hemosiderina, cristales de colesterol, histiocitos espumosos o restos epiteliales aislados (Restos de Malassez) son típicos de cualquier quiste odontogénico de origen inflamatorio.

De acuerdo con lo expresado por Magnuson y cols.⁽⁶⁾, la presencia de quistes paradentales asociados a terceros mandibulares impactados puede ser alta, siempre que exista un estímulo infeccioso (clínico o subclínico) que actúe de forma repetitiva induciendo el crecimiento del tejido epitelial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Craig GT. The paradental cyst: A specific inflammatory odontogenic cyst. *Br Dent J* 1976;**141**:9-14.
2. Main DGM. Epithelial jaw cyst: a clinicopathological reappraisal. *Br J Oral Surg* 1970;**8**:114-25.
3. Vedtofte P, Praetorius F. The inflammatory paradental cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989;**68**:182-8.
4. Fowler CB, Brannon RB. The paradental cyst: a clinicopathologic study of six cases and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1989;**47**:243-8.
5. Ackermann G, Cohen A, Altini M. The paradental cyst: a clinicopathologic study of 50 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987;**64**:308-12.
6. Magnusson B, Borman H. The paradental cyst: a clinicopathologic study of 26 cases. *Swed Dent J* 1995;**19**:1-7.
7. Trask GM, Sheller BL, Morton TH. Mandibular buccal infected cyst in six-year-old girl: report of a case. *J Dent Childr* 1985; 377-9.
8. Camarda AJ, Pham J, Forest D. Mandibular infected buccal cyst: report of two cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1989;**47**:528-34.
9. Wolf J, Hietanen J. The mandibular infected buccal cyst (paradental cyst). A radiographic and histological study. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1990;**28**:322-5.
10. Martínez R, Aguirre JM, Pindborg JJ. Paradental cyst of the second molar: report of a bilateral case. *J Oral Maxillofac Surg* 1995;**53**:1212-4.
11. Minguéz JM, Bonet J, Peñarrocha M, Vera F. Quistes paradentales mandibulares. A propósito de seis casos. *Rev Act Odontol Estomatol Esp* 1996;**45**:2:83-8.
12. El-Magboul K, Duggal MS, Pedlar J. Mandibular infected buccal cyst or a paradental cyst?: Report of a case. *Br Dent J* 1993;**175**:330-2.
13. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. *Histological typing of odontogenic tumors*. WHO. Second Edition 1992. Pag. 41-2.
14. Main DMG. Epithelial jaw cysts: 10 years of the WHO classification. *J Oral Pathol* 1985;**14**:1-7.
15. Daley TD, Wysocki GP, Pringle GA. Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a Canadian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;**77**:276-80.
16. Kim J, Ellis GL. Dental follicular tissue: misinterpretation as odontogenic tumors. *J Oral Maxillofac Surg* 1993;**51**:762-7.
17. Daley T, Wysocki GP. The small dentigerous cyst. A diagnostic dilemma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1995;**79**:77-81.
18. Ackermann GL, Altini M. Diagnosing the paradental cyst. *J Oral Maxillofac Surg* 1990;**48**:100.
19. Craig RM, Wescott WB, Correll RW. A well-defined coronal radiolucent area involving an impacted third molar. *JADA* 1984;**109**:612-3.
20. Cardona F, Bagán JV, Martorell MA, Brusola A, Lloria E. Estudio clínico-morfológico de los quistes paradentales. A propósito de 65 casos. *Med Oral* 1997;**2**:9-13.
21. Vedtofte P, Holmstrup P. Inflammatory paradental cyst in the globulomaxillary region. *J Oral Pathol Med* 1989;**18**:125-7.
22. Favre-Dauvergne E, Fleuridas G, Lockhart R et al. Le kyste paradentaire. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1996;**97**:7-11.
23. Wysocki GP, Brannon RB, Gardner DG et al. Histogenesis of the lateral periodontal cyst and the gingival cyst of the adult. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1980;**50**:327-34.
24. Fantasia JE. Lateral periodontal cyst. An analysis of forty-six cases. *Oral Surg* 1979;**48**:237-43.
25. Shear M. *Cysts of the oral regions*. Third Edition Oxford. Ed Wright 1992.

698 tesis inflamatoria, hallándose una relación entre el espesor del infiltrado y la sintomatología. Es constante la presencia de un epitelio escamoso pluriestratificado, no queratinizado, con cierto grado de edematización que alcanza al 82% de los casos. Este epitelio se caracteriza por la presencia constante de un infiltrado inflamatorio. También es característica la presencia de lo que algunos autores denominan «arcading»⁽⁵⁾ y que son prolongaciones digitiformes, formando puentes o arcadas en el seno de un epitelio marcadamente hiperplásico. Es de destacar la existencia en dos casos de áreas de metaplasia epitelial cuboidea atrófica en el seno del epitelio. Con respecto a la pared fibrosa de los quistes encontramos la presencia de un infiltrado inflamatorio crónico en todos los casos, dato este cons-

tante en los casos aportados en la literatura^(3-5,22) e importante para el diagnóstico diferencial puesto que es inexistente o mínimo en quistes peridontales laterales^(23,24) o foliculares⁽²⁵⁾. La existencia de calcificaciones distróficas de la pared del quiste, depósitos de hemosiderina, cristales de colesterol, histiocitos espumosos o restos epiteliales aislados (Restos de Malassez) son típicos de cualquier quiste odontogénico de origen inflamatorio.

De acuerdo con lo expresado por Magnuson y cols.⁽⁶⁾, la presencia de quistes paradentales asociados a terceros mandibulares impactados puede ser alta, siempre que exista un estímulo infeccioso (clínico o subclínico) que actúe de forma repetitiva induciendo el crecimiento del tejido epitelial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Craig GT. The paradental cyst: A specific inflammatory odontogenic cyst. *Br Dent J* 1976;**141**:9-14.
2. Main DGM. Epithelial jaw cyst: a clinicopathological reappraisal. *Br J Oral Surg* 1970;**8**:114-25.
3. Vedtofte P, Praetorius F. The inflammatory paradental cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989;**68**:182-8.
4. Fowler CB, Brannon RB. The paradental cyst: a clinicopathologic study of six cases and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1989;**47**:243-8.
5. Ackermann G, Cohen A, Altini M. The paradental cyst: a clinicopathologic study of 50 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987;**64**:308-12.
6. Magnusson B, Borman H. The paradental cyst: a clinicopathologic study of 26 cases. *Swed Dent J* 1995;**19**:1-7.
7. Trask GM, Sheller BL, Morton TH. Mandibular buccal infected cyst in six-year-old girl: report of a case. *J Dent Childr* 1985; 377-9.
8. Camarda AJ, Pham J, Forest D. Mandibular infected buccal cyst: report of two cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1989;**47**:528-34.
9. Wolf J, Hietanen J. The mandibular infected buccal cyst (paradental cyst). A radiographic and histological study. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1990;**28**:322-5.
10. Martínez R, Aguirre JM, Pindborg JJ. Paradental cyst of the second molar: report of a bilateral case. *J Oral Maxillofac Surg* 1995;**53**:1212-4.
11. Minguéz JM, Bonet J, Peñarrocha M, Vera F. Quistes paradentales mandibulares. A propósito de seis casos. *Rev Act Odontol Estomatol Esp* 1996;**45**:2:83-8.
12. El-Magboul K, Duggal MS, Pedlar J. Mandibular infected buccal cyst or a paradental cyst?: Report of a case. *Br Dent J* 1993;**175**:330-2.
13. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. *Histological typing of odontogenic tumors*. WHO. Second Edition 1992. Pag. 41-2.
14. Main DGM. Epithelial jaw cysts: 10 years of the WHO classification. *J Oral Pathol* 1985;**14**:1-7.
15. Daley TD, Wysocki GP, Pringle GA. Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a Canadian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;**77**:276-80.
16. Kim J, Ellis GL. Dental follicular tissue: misinterpretation as odontogenic tumors. *J Oral Maxillofac Surg* 1993;**51**:762-7.
17. Daley T, Wysocki GP. The small dentigerous cyst. A diagnostic dilemma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1995;**79**:77-81.
18. Ackermann GL, Altini M. Diagnosing the paradental cyst. *J Oral Maxillofac Surg* 1990;**48**:100.
19. Craig RM, Wescott WB, Correll RW. A well-defined coronal radiolucent area involving an impacted third molar. *JADA* 1984;**109**:612-3.
20. Cardona F, Bagán JV, Martorell MA, Brusola A, Lloria E. Estudio clínico-morfológico de los quistes paradentales. A propósito de 65 casos. *Med Oral* 1997;**2**:9-13.
21. Vedtofte P, Holmstrup P. Inflammatory paradental cyst in the globulomaxillary region. *J Oral Pathol Med* 1989;**18**:125-7.
22. Favre-Dauvergne E, Fleuridas G, Lockhart R et al. Le kyste paradentaire. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1996;**97**:7-11.
23. Wysocki GP, Brannon RB, Gardner DG et al. Histogenesis of the lateral periodontal cyst and the gingival cyst of the adult. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1980;**50**:327-34.
24. Fantasia JE. Lateral periodontal cyst. An analysis of forty-six cases. *Oral Surg* 1979;**48**:237-43.
25. Shear M. *Cysts of the oral regions*. Third Edition Oxford. Ed Wright 1992.