

Quiste periapical infectado por presencia de cuerpo extraño: reporte de caso

Infected periapical cyst by the presence of foreign body: Case report

COLCIENCIAS TIPO 5. REPORTE DE CASO

RECIBIDO: MARZO 1, 2016; ACEPTADO: MARZO 16, 2016

Edison Castro Velasco
ecastro@usc.edu.co

Universidad Santiago de Cali, Colombia

Resumen

Paciente con quiste periapical infectado formando un absceso periapical crónico, a pesar de drenaje, antibioticoterapia y endodoncia. Al momento de la enucleación del quiste, se encuentra cuerpo extraño correspondiente a un dren de látex en el fondo de la cavidad quística como causa de la infección persistente. Se extrajo el cuerpo extraño, se realizaron las apicectomías correspondientes y se colocó otro dren, fijado a la mucosa, por una semana. En los controles periódicos no se encontró recidiva del proceso supurativo.

Palabras Clave

Quiste periapical; absceso periapical; cuerpo extraño.

Abstract

Patient with periapical cyst, forming a chronic periapical abscess, perhaps the drainage, antibiotic therapy and endodontical treatment. At the moment of the cyst enucleation, it appears a latex drain as a foreign body in the deep of the cyst cavity as origin of the persistant infection. Foreign body was extracted, the corresponding apicoectomies were performed and another drain, fixed to the mucosa, was placed for one week. Periodic inspections show no recurrence of suppurative process.

Keywords

Periapical cyst; periapical abscess; foreign body.

I. INTRODUCCIÓN

El absceso periapical o dentoalveolar es una de las patologías más frecuentes en el campo odontológico. Con una prevalencia del 5% al 46%¹, su etiología involucra infecciones bacterianas de origen pulpar o periodontal, con evidencia radiográfica periapical.

El manejo inicial las lesiones periapicales es la endodoncia convencional². Sin embargo, del 10% al 15% de los casos puede presentar persistencia de los síntomas o recurrencia³. En algunos casos, la patología periapical progresa, a través de una proliferación de restos epiteliales mediada por inflamación, a quistes periapicales (radiculares); los quistes más frecuentes son los de los maxilares (52% a 68%)⁴.

Su tratamiento puede incluir alternativas no quirúrgicas, como la endodoncia convencional, y quirúrgicas, como la descompresión, marsupialización, enucleación y curetajes con osteotomía, entre otros^{5,6}. Adicionalmente, en algunas opciones quirúrgicas, es conveniente la adecuada exposición de la región apical de las raíces dentales involucradas con resección de 2 a 3mm y su subsiguiente selle apical³. Estas lesiones pueden presentar agudizaciones de tipo supurativo, transformándose en abscesos, cuyo tratamiento incluye el drenaje y la colocación de un sistema de evacuación del exudado purulento, conocido como dren.

El dren más utilizado es el dren de Penrose, pero también se hacen diseños en látex en forma de T o de espina de pescado. Este elemento se introduce dentro de la lesión, se fija a la mucosa y se mantiene por un período corto de tiempo, durante el cual se moviliza y se realizan irrigaciones a través de la herida quirúrgica, para remover bacterias, exudado purulento, coágulos y tejido necrótico⁷, facilitando la recuperación del paciente. La fijación del dren es fundamental para evitar su expulsión o introducción dentro de la lesión.

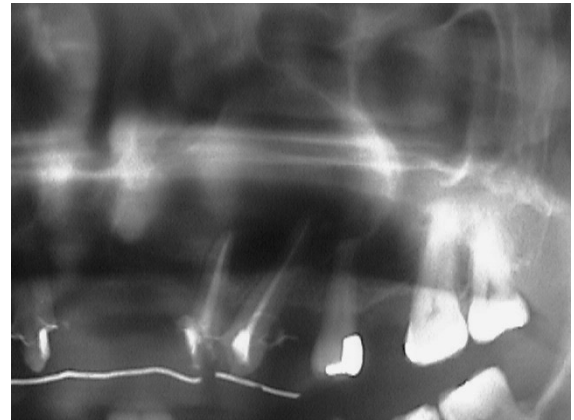
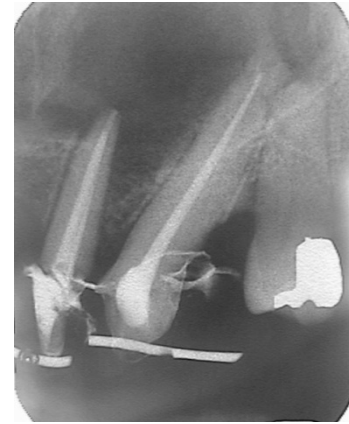
Este artículo presenta un caso en el que un dren se introdujo accidentalmente en una cavidad quística evitando la recuperación total del paciente.

II. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 47 años de edad, remitido al cirujano maxilofacial para manejo de absceso dentoalveolar persistente. No había respondido al retratamiento endodóntico ni al drenaje del exudado purulento ni al manejo con antibióticos.

Al examen clínico se presenta una fístula activa a nivel vestibular entre el lateral y el canino superior izquierdo. Radiográficamente se encuentran tratamientos endodónticos de buen aspecto en los dientes involucrados, con una lesión radiolúcida apical a ellos, extendida hacia el seno maxilar y la fosa nasal del mismo lado (Figura 1).

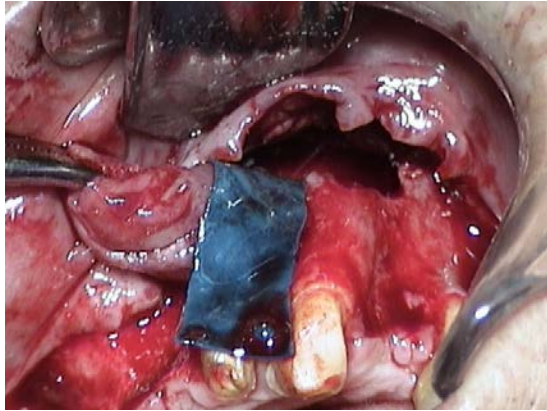
Figura 1. Radiografías que ilustra la lesión radiolúcida entre el lateral y el canino superiores derechos



La impresión diagnóstica clínica y radiográfica es de quiste periapical infectado, el cual se programa para enucleación bajo anestesia local, previo manejo con 300 mg de clindamicina cada ocho horas por vía oral y enjuagues con yodo povidona durante tres días pre quirúrgicos.

Los hallazgos quirúrgicos evidencian la presencia de un dren de látex con diseño en T, a partir de una tela de caucho para aislamiento. Este cuerpo extraño se encontró en el fondo de la cavidad quística, entre la cápsula y el hueso maxilar sano (Figuras 2 y 3).

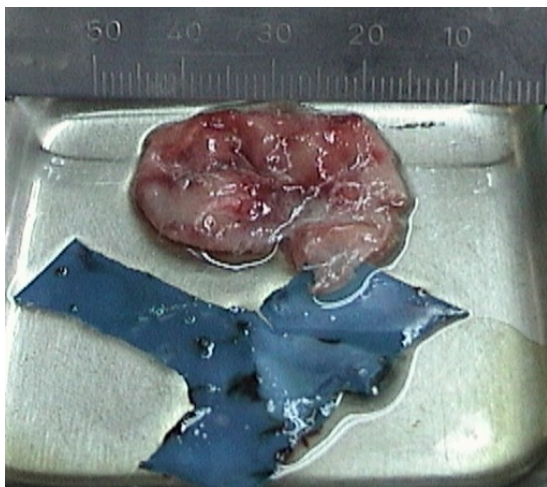
Figura 2. Exposición del dren como cuerpo extraño al realizar la enucleación de la cápsula quística



Se extrajo el dispositivo, se realizaron las apicectomías correspondientes y se colocó otro dren, fijado a la mucosa por una semana. Durante ese tiempo se movilizó y se irrigó con solución diluida de yodo povidona, una vez al día.

En los controles a los siete, quince, treinta y sesenta días no se encontró recidiva del proceso supurativo.

Figura 3 Cápsula quística y dren en T



III. DISCUSIÓN

Un dren o sistema de drenaje es cualquier dispositivo que facilita la salida de líquidos o exudados al exterior del cuerpo humano. Es ampliamente utilizado en el manejo de abscesos orofaciales y dentolaveolares. Debe permanecer el tiempo suficiente para garantizar la evacuación del exudado purulento, pero debe estar asegurado en la piel o en la mucosa oral mediante un punto de sutura para evitar su desplazamiento hacia el exterior o, en el peor de los casos, hacia el interior de la lesión, espacios profundos o aspiración⁸.

En un caso reportado por Ricucci et al, un quiste periapical infectado fue el responsable de la persistencia de síntomas después de un tratamiento endodóntico⁹. Esto demuestra que las lesiones quísticas odontogénicas pueden infectarse con microbiota del periapice, proveniente del conducto pulpar y/o del periodonto. Si esto progresa, el absceso puede formarse y el drenaje inmediato está indicado, así como el mantenimiento de su evacuación por medio de un dren. En este caso, el dren no se fijó y se introdujo en la lesión –sin comunicación con el exterior–, comportándose como un cuerpo extraño. Las bacterias pueden encontrar un reservorio para proliferar dentro del cuerpo, alrededor de elementos extraños sintéticos como lo es, en este caso, el dren de látex.

De acuerdo con Flynn y Shanti, el manejo de las infecciones tiene dos puntos estratégicos: el control de la causa y la terapia antibiótica¹⁰. La causa se controla mediante la eliminación de material purulento, tejido necrótico, vegetaciones y colonias bacterianas y cuerpos extraños¹⁰. En este caso se observa la importancia del manejo primario de la causa para el éxito del tratamiento de las infecciones, reafirmando el principio de: “la cirugía para la remoción de la causa y el drenaje, es primario; los antibióticos son complementarios”¹⁰.

IV. CONCLUSIONES

En las infecciones persistentes y recurrentes se debe establecer, lo más rápido posible, el origen o causa del proceso infeccioso para evitar retratamientos y uso prolongado de antibióticos. Se recomienda fijar siempre los sistemas de drenaje para evitar complicaciones de tipo infeccioso crónico y recurrente por desplazamiento al interior del cuerpo.

V. REFERENCIAS

- [1] Matthews DC, Sutherland S, Basrani B. Emergency Management of Acute Apical Abscesses in the Permanent Dentition: A Systematic Review of the Literature. *J Can Dent Assoc*, 2003; 69(10):660.
- [2] Mejia JL, Donado JE, Basrani B. Active Nonsurgical Decompression of Large Periapical Lesions — 3 Case Reports. *J Can Dent Assoc*, 2004; 70(10):691-694.
- [3] Lieblisch SE. Current concepts of periapical surgery. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am*, 2015; 27:383-392.
- [4] Arce K et al. Pediatric Odontogenic Cysts of the Jaws. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am*, 2016; 28:21-30.
- [5] Manwar UN et al. Management of infected radicular cyst by surgical approach. *International J Dent Clin*, 2011;3(4):75-77.

- [6] Pogrel MA, Jordan RCK. Marsupialization as a Definitive Treatment for the Odontogenic Keratocyst. *J Oral Maxillofac Surg*, 2004; 62:651-655.
- [7] Flynn TR. Principles of Management of Odontogenic Infections. En: Miloro M, Editor. *Peterson's Principles Of Oral And Maxillofacial Surgery*. 3a edición. Shelton, CT: PMPH; 2012.
- [8] Berini L, Garatea J, Gay C. Tratamiento quirúrgico de la infección odontogénica. En Gay C, Berini L. *Tratado de cirugía bucal*. Madrid, España: Océano/Ergon; 2003.
- [9] Ricucci D et al. Extraradicular Infection as the Cause of Persistent Symptoms. *J Endodontics*, 2015; 41:265-273.
- [10] Flynn TR, Shanti RM. Principles of antibiotic therapy for head, neck, and orofacial infections. En: Hupp JR, Ferneini EM. *Head, neck, and orofacial infections*. St. Louis, MO: Elsevier; 2016.

CURRÍCULO

Edison Castro Velasco. Odontólogo – Cirujano Maxilofacial egresado de la Pontificia Universidad Javeriana. Docente Coordinador de Cirugía Oral del Programa de Odontología de la Universidad Santiago de Cali. Miembro de la Asociación Colombiana de Cirugía Oral y Maxilofacial.