



QUISTE DE CÓNDILO MANDIBULAR

Javier Moljo ⁽¹⁾, Hernán Fortuny ⁽²⁾, José L. Lima ⁽²⁾

⁽¹⁾ Médico odontólogo

⁽²⁾ Odontólogo

Sanatorio Parque - Bv. Oroño 860, (2000) Rosario, Argentina.

Correspondencia a: josellr@outlook.com

Fecha de publicación: 27/02/2025

Citación sugerida: Moljo J y col. Quiste de cóndilo mandibular. Anuario (Fund. Dr. J. R. Villavicencio) 2025;32. Disponible en: <https://villavicencio.org.ar/anuario/32/quiste-de-condilo.pdf>. ARK: <https://id.caicyt.gov.ar/ark://awrcs6xsr>.

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>), esto permite que Ud. lo use, lo distribuya y lo adapte, sin propósitos comerciales, siempre que se cite correctamente el trabajo original. Si crea un nuevo material con él, debe distribuirlo con la misma licencia.

Resumen

Los quistes son lesiones frecuentes y clínicamente importantes porque a menudo son destructivos. Producen signos y síntomas significativos, especialmente cuando se hacen grandes, exacerbán o se infectan.

La mayoría de los quistes de la región oral son quistes verdaderos, dado que poseen revestimiento epitelial. Sin embargo, una corta lista de lesiones adicionales reciben el nombre de quistes aunque carecen de revestimiento epitelial, entre ellos el quiste óseo simple de cóndilo mandibular. Este último fue descripto por primera vez por Lucas en 1929, siendo la misma una patología de poca frecuencia en huesos maxilares.

A continuación en el presente artículo se desarrollará un caso clínico tratado por el servicio de cirugía buco maxilofacial del Sanatorio Parque de la Ciudad de Rosario, Santa Fe.

Palabras clave: Quiste, cóndilo mandibular, pseudocquiste.

MANDIBULAR CONDYLE CYST

Abstract

Cysts are common and clinically important lesions because they are often destructive. They produce significant signs and symptoms, especially when they become large, exacerbated, or infected.

Most cysts in the oral region are true cysts, since they have an epithelial lining. However, a short list of additional lesions may be referred to as cysts even though they lack an epithelial lining, including the simple bone cyst of the mandibular condyle. The latter was first described by Lucas in 1929, being a rare pathology in maxillary bones.

In the following article, a clinical case treated by the oral maxillofacial surgery service at Sanatorio Parque in the City of Rosario, Santa Fe will be presented.

Keywords: Cyst, mandibular condyle, pseudocyst.

Introducción

Los quistes son lesiones frecuentes y clínicamente importantes porque a menudo son destructivos. Producen signos y síntomas significativos, especialmente cuando se hacen grandes, exacerbán o se infectan.¹

La mayoría de los quistes de la región oral son quistes verdaderos, dado que poseen revestimiento epitelial. Sin embargo, una corta lista de lesiones adicionales reciben el nombre de quistes aunque carecen de revestimiento epitelial, entre ellos el quiste óseo simple de



cóndilo mandibular. La prevalencia de los quistes odontogénicos varía según distribución geográfica, género y edad, entre otros. Estudios internacionales han reportado una prevalencia general dentro de las lesiones del territorio maxilofacial de un 10,4 %.²

El quiste óseo simple (QOS) es una entidad descrita por primera vez por Lucas en 1929. En 1946, Rushton describió las paredes internas del quiste que consistían en tejido óseo sin contenido patológico o químico. Los QOS representan el 1 % de los quistes maxilares. La ubicación más común es en los huesos largos 90 %, y solo un 10 % ocurre en los huesos maxilares.³ Los hombres se ven más frecuentemente afectados en variantes extraorales. La ubicación maxilomandibular se distribuye equitativamente entre ambos sexos y afecta más comúnmente a pacientes en las primeras dos décadas de vida (75 %).^{4,5} Estos suelen ser asintomáticos, siendo su diagnóstico generalmente como un hallazgo radiográfico. Algunos casos se detectan por su crecimiento lento y expansivo, por parestesia o por dolor.⁶ Radiográficamente se observa una radiolucidez festoneada uni o multilocular con márgenes corticalizados y a veces se pueden encontrar imágenes con forma de septum óseos intralesionales. Histopatológicamente es una cavidad revestida por una delgada capa de tejido conectivo sin epitelio, el fluido intraquístico puede estar presente dependiendo del tiempo de evolución del mismo.^{3,4}

Objetivos

El objetivo del siguiente trabajo es desarrollar la técnica quirúrgica de dicha patología de escasa frecuencia en el área maxilofacial.

Presentación del caso:

Una paciente de sexo femenino de 74 años de edad acudió a nuestra consulta para una evaluación por mialgia y artralgia en zona preauricular y geniana derecha, sin antecedentes de trauma. En la exploración física se observó una dificultad a la apertura máxima (trismus leve) y con una dinámica mandibular de rango normal, pero la paciente manifestaba dolor en apertura bucal y en reposo con historial de automedicación con analgésicos. También refería dolor a la palpación de la zona maseterina y preauricular homolateral (Figura 1).

Al examen tomográfico se observó lesión radiolúcida multilocular que comprometía cuello y cóndilo propiamente dicho, con una cavidad central principal y lesiones osteolíticas asociadas. Previo a la intervención por quistectomía, se realizó punción aspirativa con aguja fina, con resultado de material mucoide denso, con es-

paciadas células de rasgos histiocíticos, sin otros signos de especificidad.

Luego de los resultados obtenidos y con la sintomatología incesante de la paciente, se procedió a realizar tratamiento de enucleación para biopsia bajo anestesia general. Dicho procedimiento se realizó con abordaje preauricular derecho, disección por planos. Al llegar al plano óseo se observó cóndilo mandibular con perforación de cortical ósea en su cara lateral, observándose tejido de consistencia blanda y friable en su interior. A continuación se realizó legrado de la lesión hasta conseguir una superficie ósea limpia y libre de lesión, enucleando todo el contenido y enviado para estudio anatomopatológico (biopsia). Una vez extirpada la lesión, se procede al cierre por planos (Figura 2).

La paciente post quirúrgico sin complicaciones estéticas ni funcionales, conservando motilidad facial.

El resultado de la biopsia arrojó a la microscopía: espículas de tejido de remodelación ósea rodeado por células fibrilares, pared de tejido fibroso maduro y aisladas glándulas acinas serosas salivales. Láminas de tejido conjuntivo maduro y depósitos de fibrina. Sin presencia de tejido epitelial. Concluyendo en lesión compatible con quiste simple de cóndilo mandibular (Figura 3).

Discusión:

Se cree que los QOS son parte de un espectro de lesiones quísticas que comprenden también el quiste óseo aneurismático y los granulomas de células gigantes. Múltiples teorías se han propuesto para justificar la patogénesis de los QOS, sin embargo esta no está completamente dilucidada. Dentro de las diferentes propuestas se mencionan la isquemia postobstrucción de un vaso linfático o sanguíneo, la degeneración quística de un tumor previo, la alteración en la remodelación ósea y el metabolismo alterado del calcio. El enfoque comúnmente citado es la teoría traumática-hemorrágica que involucra un evento que precipita una hemorragia medular. Un fracaso en la organización del hematoma, el reemplazo de tejido y la degeneración resultarían en la cavitación. Aunque este es el argumento más discutido, se puede observar una ausencia de historia de trauma en muchos pacientes como en este caso.³

Cuando las lesiones se presentan con sintomatología, el dolor es el principal síntoma asociado en el 10% -30% de los pacientes. Otros síntomas menos frecuentes incluyen sensibilidad dental, parestesia, fistulas, retraso en la erupción de los dientes permanentes, desplazamiento del canal dentario inferior y fractura patológica de la mandíbula. A menudo se observa la expansión de



Figura 1: Corte tomográfico sagital de cóndilo mandibular derecho

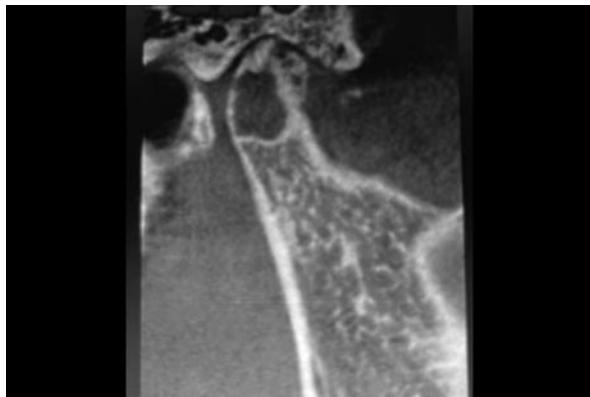


Figura 2: Intraoperatorio. Abordaje y exposición de lesión



Figura 3: Post quirúrgico inmediato



Se observa la preservación de motilidad de músculos inervados por el nervio facial.

la cortical ósea mandibular, siendo la tabla bucal la más habitual, lo que produce inflamación intraoral y extraoral y rara vez causa deformidad de la cara.⁷

Algunos autores proponen el relleno de la cavidad quística con bioinjertos. En nuestro caso, decidimos enuclear la patología y no agregar materiales de injerto, sino que el organismo resuelva por los mecanismos biológicos ya conocidos, obteniendo de igual manera una regeneración de la cavidad ósea.

Conclusiones:

Podemos decir que la patología inflamatoria crónica benigna es frecuente en la cavidad bucal, no así los quis-

tes óseos simples a nivel de cóndilo mandibular, es por ello que, es de gran importancia el relevamiento a nivel radiográfico de las estructuras estomatognáticas para poder identificar las mismas de forma temprana. Con respecto al caso clínico presentado, se han logrado buenos resultados tanto clínicos como imageneológicos en los controles a distancia. Sin alteraciones estéticas ni funcionales que condicionen el bienestar a la paciente.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.


Bibliografía:

1. Sapp JP, L R Eversole. *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. 2a ed. Países Bajos: Elsevier; 2004.
2. Peter FI, López GP, Sotomayor CC, y col. Prevalencia de quistes odontogénicos, Hospital Regional Valdivia entre los años 1990 y 2010. *Av Odontoestomatol* 2012;28:303-309. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852012000600005&lng=es&nrm=iso
3. Cifuentes J, Barrera A, Jerez D, y col. Quiste óseo simple de cóndilo mandibular. *Rev Esp Cirug Oral y Maxillofac*. 2015;37:32-37.
4. Magliocca K, Edwards S, Helman J. Traumatic bone cyst of the condylar region: report of 2 cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007;65:1247-50. Disponible en Magliocca KR, Edwards SP, Helman JI. Traumatic bone cyst of the condylar region: report of 2 cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007 Jun;65(6):1247-50. doi: 10.1016/j.joms.2005.08.026. PMID: 17517316.
5. Harnet J, Lombardi T, Klewansky P, et al. Solitary bone cyst of the jaws: a review of the etiopathogenic hypotheses. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008;66:2345-8. Disponible en Harnet JC, Lombardi T, Klewansky P, Rieger J, Tempe MH, Clavert JM. Solitary bone cyst of the jaws: a review of the etiopathogenic hypotheses. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008 Nov;66(11):2345-8. doi: 10.1016/j.joms.2007.08.035. PMID: 18940504.
6. Kretzschmar DP, Postma GN, Inman JL. Intraoral endoscopic enucleation of a central mandibular condylar lesion. *J Oral Maxillofac Surg*. 2005;63:865-9. Disponible en Kretzschmar DP, Postma GN, Inman JL. Intraoral endoscopic enucleation of a central mandibular condylar lesion. *J Oral Maxillofac Surg*. 2005 Jun;63(6):865-9. doi: 10.1016/j.joms.2005.02.026. PMID: 15944990.
7. Ramirez D, Laporte P, Lazo S, y col. Quiste óseo simple mandibular, revisión bibliográfica de la literatura y presentación de una serie de casos. *AppliSciDent*. 2023;5:1-8. Disponible en: <https://revistas.uv.cl/index.php/asid/article/view/3875>