

# Quiste periodontal lateral: presentación de tres casos clínicos

## Periodontal lateral cyst: presentation of three clinical cases

### Autores

---

#### Myriam Pérez Caffarena

*Profesora de la Cátedra de Patología y Semiología  
Buco Maxilofacial, Facultad de Odontología,  
Universidad Católica del Uruguay.*

#### Laura Cosetti Olivera

*Asistente de la Cátedra de Patología y Semiología  
Buco Maxilofacial, Facultad de Odontología,  
Universidad Católica del Uruguay.*

#### José P. Crestanello Nese

*Asistente de la Cátedra de Patología y Semiología  
Buco Maxilofacial, Facultad de Odontología,  
Universidad Católica del Uruguay.*

#### Soledad García Corti

*Ayudante de la Cátedra de Semiología y Patología  
Buco Maxilofacial, Facultad de Odontología,  
Universidad Católica del Uruguay.*

*Especialista en Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial,  
Escuela Dental, Universidad de Chile.*

---

Entregado para revisión: 25 de julio de 2010  
Aceptado para publicación: 23 de agosto de 2010

### Resumen

Se presentan tres casos de quiste periodontal lateral, diagnosticados en los últimos años en la Cátedra de Patología y Semiología de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica del Uruguay y se realiza una revisión de la bibliografía acerca de estas lesiones.

El quiste periodontal lateral es un quiste odontogénico del desarrollo, fue incluido en la clasificación de quistes de los maxilares de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1992, descrito por Kramer. Es una entidad poco frecuente, no obstante debe plantearse el diagnóstico diferencial con otras de similares características clínico-radiográficas, cuya etiología y evolución son diferentes. Por este motivo, es necesario el diagnóstico histológico. La microscopía muestra un epitelio fino no queratinizado con células que contienen glucógeno, formando placas. Su tratamiento es la enucleación total y control a distancia por presentar, aunque menor, la posibilidad de recidivar.

**Palabras claves:** quiste periodontal lateral; quiste odontogénico del desarrollo.

### Abstract

Three cases of lateral periodontal cyst that were diagnosed in the last years in the Pathology and Semiology Chair of the Dentistry Faculty - UCU are presented and a bibliographic research of this lesions is made.

The lateral periodontal cyst is a developmental odontogenic cyst that was included in 1992 in the World Health Organization (WHO) classifications of cysts of the jaws described by Kramer. Is an uncommon entity notwithstanding the differential diagnosis has to be establish with other entities with similar clinical-radiographic characteristics but with different aetiology and evolution. For this reason the histological diagnosis is necessary. The microscopy shows a thin non-keratinized epithelium with clear glycogen-containing cells that form plaques. The treatment is the total enucleation and distance control for present although minor the possibility of relapse.

**Key words:** lateral periodontal cyst; developmental odontogenic cyst.

*Un quiste es una cavidad patológica neoformada, con una estructura particular: está constituida por una pared de tejido epitelial respaldada por tejido conjuntivo. Tiene contenido líquido, semisólido.*

*Dadas sus características, un quiste intraóseo verdadero se encontrará solamente en los maxilares, ya que estos son los únicos huesos de la economía que contienen epitelio.*

*El epitelio de los maxilares proviene de: restos de las uniones de los mamelones embrionarios, restos de la lámina dental, restos de la vaina de Hertwig (restos de Malassez) ó del epitelio reducido del esmalte (Amaral-Mendes et al, 2006; Núñez-Urrutia et al, 2010).*

*Estos epitelios tienen capacidad de proliferar. Los que provienen de la vaina de Hertwig lo hacen solamente estimulados por un proceso inflamatorio.*

*Según la OMS los quistes maxilares pueden ser odontogénicos (del desarrollo o inflamatorios) y no odontogénicos (todos del desarrollo) (WHO, 2007).*

## QUISTE PERIODONTAL LATERAL

El Quiste Periodontal Lateral (QPL) es odontogénico, del desarrollo. Es una lesión del adulto, poco frecuente, de mayor incidencia entre la quinta y sexta décadas, con predilección por el sexo masculino (Regezi et al, 2000; Mosqueda-Taylor et al, 2002; Formoso-Senade et al 2008; Núñez-Urrutia et al 2010).

Los sitios de preferencia son región premolar y canina mandibular y área de incisivos maxilares. Existe una variante multilocular llamada botrioide, con mayor agresividad local y posibilidad de recurrencia, debido a su característica poliquistica (Bagán et al, 1995; Chi et al, 2007; Méndez et al, 2007; Formoso-Senade et al, 2008).

Se considera que el QPL es la expresión intraósea del quiste gingival del adulto, dado que su histogénesis es la misma y su distribución en los maxilares es similar (Bagán et al, 1995; Neville et al, 2002).

### Características clínico-radiográficas

Asintomático, suele producir un pequeño aumento de volumen, con ligera deformación de tabla ósea. En ocasiones se exterioriza, apreciándose una coloración rojo violácea en la mucosa de cubierta y renitencia. En muchas oportunidades estas

manifestaciones son poco evidentes, siendo su diagnóstico un hallazgo radiográfico (Amaral-Mendes et al, 2006).

En la imagen radiográfica se observa una lesión radiolúcida, homogénea, circunscripta, muchas veces corticalizada, adyacente a las raíces de piezas dentarias vitales erupcionadas. Su forma es redondeada u oval y no excede uno o dos centímetros en su eje mayor. Puede ubicarse entre las raíces dentarias, produciendo su divergencia o superponerse a ellas, generalmente a nivel del tercio medio (Formoso-Senade et al, 2008).

### Histopatología

El estudio microscópico muestra una lesión no inflamada, siendo característica la pared epitelial constituida por una fina capa, no queratinizada, de aproximadamente 4 a 5 hileras de células, recordando al epitelio reducido del órgano del esmalte.

Es característica la presencia de engrosamientos en la pared epitelial en forma de placas, compuestos por células claras cargadas de glucógeno, las que además se pueden observar intercaladas en el resto de la membrana epitelial (Formoso-Senade et al, 2008).

La pared conectiva está formada por colágeno maduro, la unión epitelio-conectiva es laxa (Saygun et al, 2001; Soares de Lima et al, 2005). En algunos casos es posible observar un infiltrado inflamatorio crónico, hecho que no es común en esta identidad, que es definida como lesión no inflamatoria. La inflamación es secundaria a algún proceso extra quiste (Valério et al, 2009).

### Diagnóstico diferencial

Debe ser realizado con otras lesiones quísticas: queratoquiste odontogénico, quiste gingival del adulto, radicular, paradental inflamatorio (Amaral-Mendes et al, 2006). También con tumores odontogénicos, (Regezi et al, 2000; Nogueira Martins et al, 2008).

### Tratamiento

El tratamiento siempre es quirúrgico, con conservación de la pieza dental. Es necesario realizar la enucleación completa de la membrana. Se debe realizar seguimiento durante un tiempo de por lo menos dos años, porque aunque muy pocas, se han informado recidivas (Soares de Lima et al, 2005; Valério et al, 2009).

## CASOS CLINICOS

### Caso 1

Paciente de sexo masculino, 57 años, raza blanca.

Consulta por un aumento de volumen que apareció hace un año y medio, en la encía vestibular del área canina inferior izquierda. (Figura 1) Es asintomático y no ha cambiado su tamaño hasta el momento actual. No recibió tratamiento.



Figura 1.

El examen radiográfico muestra zona radiolúcida ovalada entre las raíces de las piezas 3.3 y 3.4, homogénea, corticalizada, con divergencia de las raíces de las piezas involucradas. Las mismas son vitales. (Figura 2)



Figura 2.

En los antecedentes del paciente se destaca infarto agudo de miocardio y angioplastia hace cinco años y diabetes tipo II, está medicado con Diaformina® y Bufferin®.

Se realiza excéresis bióptica de la lesión.

La microscopía muestra fina membrana epitelial no queratinizada, de lábil unión con el tejido conjuntivo y en algunas zonas de ese epitelio se ven placas. Entre las células epiteliales se observan células de citoplasma claro, son células cargadas de glucógeno. (Figuras 3a y 3b).

En suma: *Quiste Periodontal Lateral*.

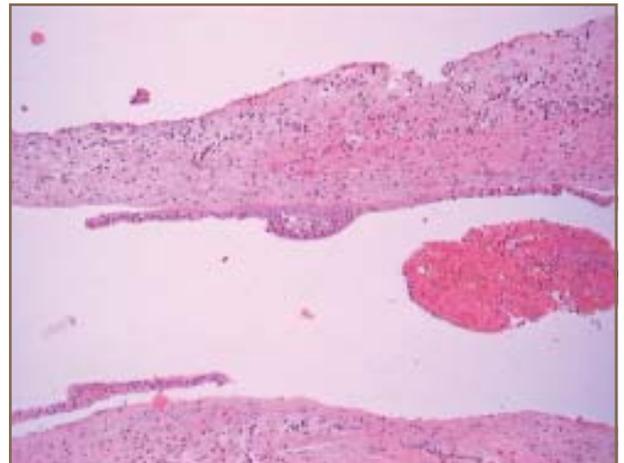


Figura 3a.

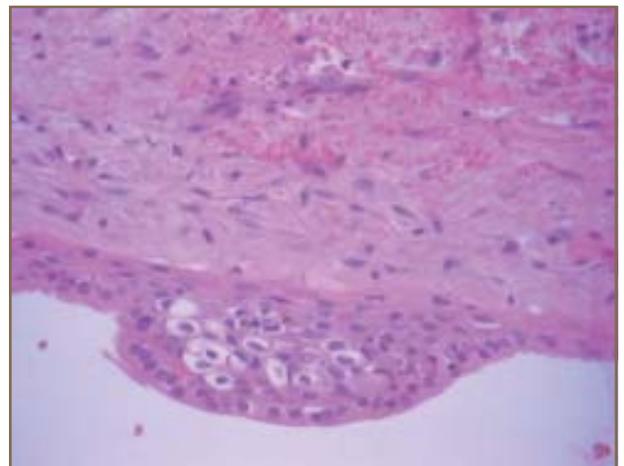


Figura 3b.

### Caso 2

Paciente de sexo masculino, 39 años, raza blanca.

Derivado por su odontólogo por un aumento de volumen asintomático en la encía vestibular de piezas 1.3 y 1.4, con ligera coloración violácea. (Figura 4)

El examen radiográfico muestra un área radiolúcida redondeada, corticalizada, superpuesta al tercio medio de las raíces dentarias de las piezas mencionadas. Ambas son vitales. (Figura 5)



Figura 4.



Figura 5.

Se realiza la excéresis bióptica de la lesión. (Figuras 6a, 6b y 7)

La microscopía muestra una membrana epitelial fina, no queratinizada, con leve unión epitelio - conjuntiva, dicha membrana en muchas zonas está desprendida del tejido conjuntivo y muestra engrosamientos en forma de placa con algunas células claras. (Figura 8)

En suma: *Quiste Periodontal Lateral*.



Figura 6a.

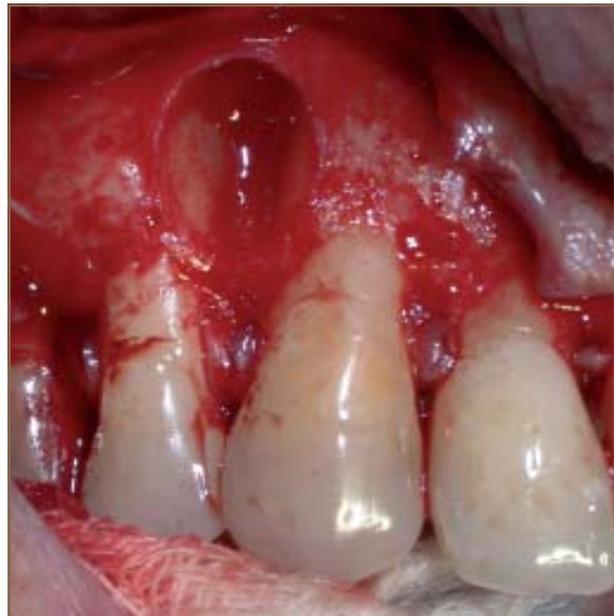


Figura 6b.



Figura 7.

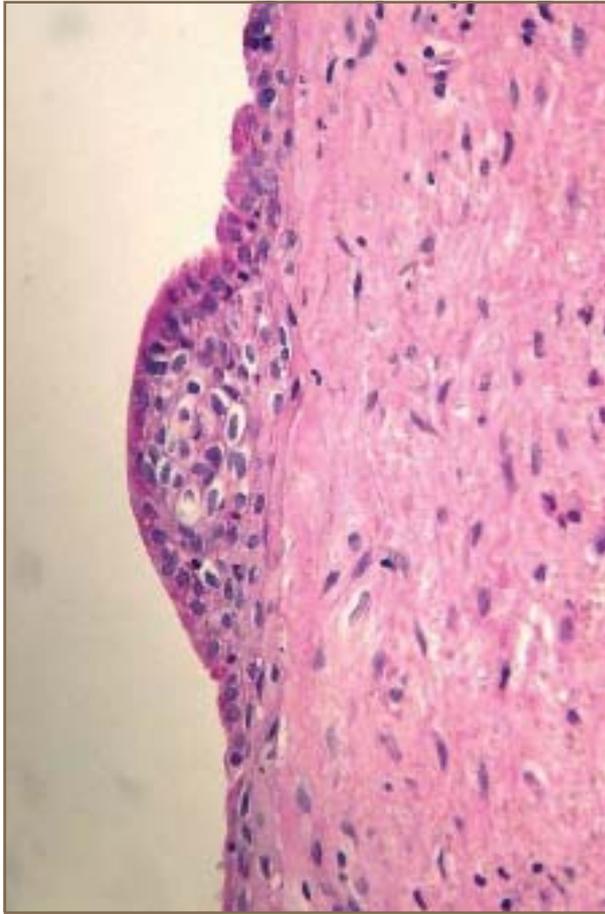


Figura 8.

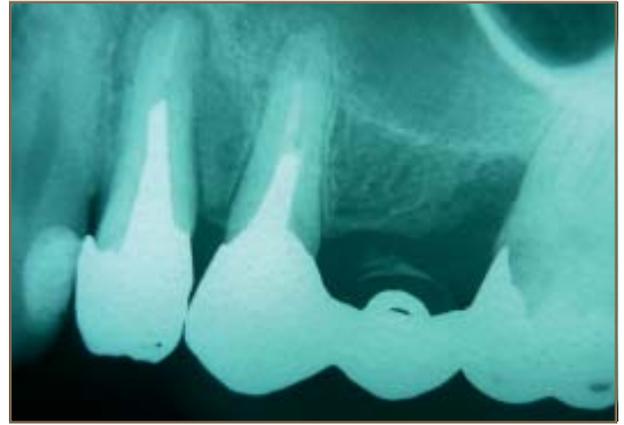


Figura 9.

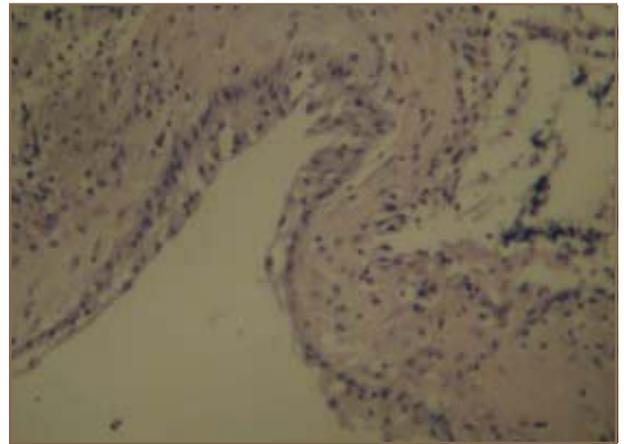


Figura 10.

### Caso 3

Paciente de sexo femenino, 49 años, raza blanca.

Derivada por su odontóloga por aumento de volumen en la encía vestibular superior izquierda a nivel de las piezas 2.4 y 2.5.

Hace cinco años apareció una tumefacción en la encía vestibular correspondiente al área de premolares superiores izquierdos, los cuales presentaban un tratamiento endodóntico realizado hace aproximadamente veintiocho años. Según relato de la paciente, hace aproximadamente dos años existieron en dicha zona varios episodios asintomáticos, con salida de líquido y disminución del volumen de la lesión.

El examen radiográfico muestra un área radiolúcida homogénea, redondeada, entre las raíces de las piezas 2.4 y 2.5. No se observan lesiones periapicales en las piezas tratadas. (Figura 9)

El examen microscópico muestra epitelio no queratinizado, engrosado en zonas formando placas, recubriendo un tejido conjuntivo con infiltrado inflamatorio crónico, muy vascularizado. (Figura 10)

En suma: *Quiste Periodontal Lateral*.

### DISCUSIÓN

Se presentan tres casos de quiste periodontal lateral diagnosticados en los últimos años en la Cátedra. Sus características generales coinciden con las informadas por otros autores (Bagán et al, 1995; Neville et al 2002).

Respecto a la relación hombre-mujer, dos ocurrieron en hombres y uno en una mujer, mostrando predominio por el sexo masculino, como describe Mosqueda (Mosqueda-Taylor et al, 2002). Los tres se presentaron dentro del rango de edad y topografía informados en la serie publicada por Formoso-Senade (Formoso-Senade et al, 2008).

Los hallazgos histopatológicos característicos que orientan el diagnóstico de estos quistes son: engrosamientos del epitelio en forma de placas y la presencia de células claras ricas en glucógeno (Amaral-Mendes et al, 2006). Estos hallazgos estaban presentes en los tres casos estudiados. Los dos primeros no presentaron dificultades diagnósticas. El tercero estaba relacionado con dos piezas dentarias que tenían tratamiento endodóntico y presentó además una historia de sufrimiento local con salida de líquido y disminución de volumen. No obstante, su epitelio correspondía al del QPL.

El diagnóstico diferencial del QPL se debe realizar con el queratoquiste odontogénico, que puede tener una ubicación similar y es altamente recidivante, la microscopía muestra la diferencia. También con el quiste gingival del adulto, lesión extraósea con igual microscopía pero con algunas diferencias clínicas y de distribución por sexo (Regezi et al, 2000; Soares de Lima et al, 2005). En nuestros casos las lesiones estaban totalmente rodeadas por una muy fina capa de tejido óseo, lo que permitía el diagnóstico diferencial con el quiste gingival del adulto. El QPL es un quiste del desarrollo, no inflamatorio, mientras que el quiste radicular es una lesión siempre asociada a una pieza dentaria no vital. En dos de los casos presentados las piezas relacionadas con los quistes eran vitales y en el último el estudio microscópico fue decisivo.

## Se reafirma la importancia del diagnóstico clínico- histopatológico.

## CONCLUSIONES

Aunque el QPL es una lesión relativamente poco frecuente, en tres años se han diagnosticado tres casos en nuestra Cátedra. En uno de los casos se planteó el diagnóstico de un quiste inflamatorio, por el relato de

episodios inflamatorios y la relación con piezas no vitales que tenían tratamiento endodóntico. No obstante, en el abordaje quirúrgico se pudo determinar que no había una correspondencia entre la lesión y las raíces dentarias de las piezas involucradas. La microscopía mostró las características de un QPL, con infiltrado inflamatorio crónico escaso y pocas alteraciones de la pared.

Se reafirma la importancia del diagnóstico clínico-histopatológico, para evitar un posible tratamiento incorrecto, que en muchos casos fracasaría.

## REFERENCIAS

- Amaral-Mendes R, van der Waal I** (2006). An unusual clinicoradiographic presentation of a lateral periodontal cyst - report of two cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 11:E185-7.
- Bagán JV, Cevallos A, Aguirre JM, Peñarrocha M** (1995). *Medicina Oral*. Barcelona : Masson.
- Chi AC, Neville BW, Klingler BJ** (2007). A multilocular radiolucency. Botryoid odontogenic cyst. *J Am Dent Assoc*. Aug;138(8):1102-3.
- Formoso-Senade MF, Figueiredo R, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C** (2008). Lateral periodontal cysts: A retrospective study of 11 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. May 1;13(5):E313-7.
- Méndez P, Junquera L, Gallego L, Baladrón J** (2007). Botryoid odontogenic cyst: clinical and pathological analysis in relation to recurrence. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal [revista online]* [citada 2010 julio 13] 12(8): e594-98. Disponible en: [http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv12\\_i8\\_p594.pdf](http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv12_i8_p594.pdf)
- Mosqueda-Taylor A, Irigoyen-Camacho ME, Diaz-Franco MA, Torres-Tejero MA** (2002). Odontogenic cysts. Analysis of 856 cases. *Med Oral*. Mar-Apr;7(2):89-96.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE** (2002). *Oral and Maxillofacial Pathology*. 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders. p. 602-604.
- Nogueira Martins ME, Barros NF, Oliveira TF, Castanon MCMN, Vilella EM, Miranda Chaves MGA** (2008). Cisto periodontal lateral: relato de caso clínico. *Odonto [revista online]* [citada 2010 julio 15] 16 (32):116-123. Disponible en: <http://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/01/article/viewArticle/562>
- Núñez-Urrutia S, Figueiredo R, Gay-Escoda C** (2010). Retrospective clinicopathological study of 418 odontogenic cysts. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal [revista online]* [citada 2010 julio 15] 15(5): e767-73. Disponible en: [http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv15\\_i5\\_p767.pdf](http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv15_i5_p767.pdf)
- Regezi JA, Sciubba JJ** (2000). *Patología Bucal: Correlaciones clinicopatológicas*. 3ª ed. McGraw-Hill Interamericana. p. 301-304.
- Saygun I, Özdemir A, Safali M** (2001). Lateral Periodontal Cyst. *Turk J Med Sci*. 31:375-378.
- Soares de Lima AA, Naval Machado MA, Correa Braga AM, de Souza MH** (2005). Lateral periodontal cyst: aetiology, diagnosis and clinical significance. A review and report of case. *Rev Clin Pesq Odontol. [revista online]* [citada 2010 julio 15] 1(4): 55-59. Disponible en: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RCPO?dd1=4>
- Valério GMD, Cury PR** (2009). Diagnosis and treatment of lateral periodontal cyst: Report of three clinical cases. *Rev Odonto Ciênc* 24(2):213-217.
- World Health Organization**. International Classification of Diseases. ICD version 2007. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [sitio web] [citado 2010 junio 5] Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

**Dra. Myriam Pérez Caffarena**

*Javier Barrios Amorin 1578, CP 11200  
Montevideo, Uruguay  
mc.myriam@gmail.com*