

DOI: [10.52428/20756208.v20i48.1318](https://doi.org/10.52428/20756208.v20i48.1318)

Quiste paradental inflamatorio asociado al tercer molar horizontal: reporte de caso

Inflammatory paradental cyst associated with a horizontally impacted third molar: case report

 Christian Rubén Cusi Fernández¹  Carlos Augusto de Jesus Oliveira Gonçalves²

 Katherine Julissa Palma Valladares³

RESUMEN:

El quiste paradental inflamatorio (QPI) es una lesión odontogénica poco frecuente que suele estar asociada a terceros molares mandibulares parcialmente erupcionados o impactados. Radiográficamente, se presenta como una imagen radiolúcida bien delimitada, y clínicamente puede confundirse con un quiste dentígero. Este artículo presenta el caso de una paciente de 18 años con un tercer molar inferior en posición horizontal, sintomática, con diagnóstico histopatológico confirmado de QPI. Se discuten las características clínicas, radiográficas e histológicas, así como la importancia del diagnóstico diferencial precoz para un manejo adecuado.

Palabras clave: Cirugía bucal; diente impactado; diagnóstico diferencial; quistes odontogénicos; tercer molar.

ABSTRACT:

Inflammatory paradental cyst (IPC) is a rare odontogenic lesion usually associated with partially erupted or impacted mandibular third molars. Radiographically, it presents as a well-circumscribed radiolucent image and can be clinically confused with a dentigerous cyst. This article presents the case of an 18-year-old patient with a symptomatic, horizontally positioned mandibular third molar, with a histopathologically confirmed diagnosis of IPC. The clinical, radiographic, and histological features are discussed, as well as the importance of early differential diagnosis for appropriate management.

Keywords: Differential diagnosis; impacted tooth; odontogenic cysts; oral surgery; third molar.

Filiación y grado académico

¹Cirujano dentista. Trabajo independiente. La Paz, Bolivia.

cusifernandezchristian@gmail.com

²Cirujano buco-maxilo-facial. Trabajo independiente. Belem-Pará, Brasil.

carlosgoncalvescd@gmail.com

³MSc. En Odontología con énfasis en patología bucal. Trabajo independiente. Belem-Pará, Brasil. kpalma20@gmail.com

www.kpalma20.com

Fuentes de financiamiento

La investigación fue realizada con recursos propios.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés y se responsabilizan de contenido vertido

Recibido: 04/05/2025

Revisado: 26/05/2025

Aceptado: 29/05/2025

Publicado: 27/06/2025

Citar como

Cusi Fernandez, C. R., Oliveira Gonçalves, C. A. de J., & Palma Valladares, K. J. Un Quiste paradental inflamatorio asociado al tercer molar horizontal: reporte de caso. *Revista De Investigación E Información En Salud*, 20(48), 191–198. <https://doi.org/10.52428/20756208.v20i48.1318>

Correspondencia

Christian Rubén Cusi Fernández

cusifernandezchristian@gmail.com

Telf. y celular: +591 76728012

INTRODUCCIÓN

El quiste paradental inflamatorio (QPI) es una lesión odontogénica rara, con una prevalencia estimada entre el 1% y el 5%. Generalmente, está asociado a procesos inflamatorios alrededor de dientes parcialmente erupcionados o impactados, siendo más comúnmente observado en la región del tercer molar mandibular ⁽¹⁾. Los QPI son más frecuentes en adultos jóvenes, especialmente entre los 20 y 30 años, aunque casos también han sido reportados en pacientes pediátricos ⁽¹³⁾. A pesar de ello, su ocurrencia es menos común en comparación con otros quistes odontogénicos, como los quistes dentígeros y radiculares ⁽²⁾.

El QPI está frecuentemente relacionado con la pericoronaritis crónica. Radiográficamente, estas lesiones suelen manifestarse como áreas radiolúcidas bien delimitadas, superpuestas a la superficie vestibular de la raíz, de forma redondeada, unilocular y bien definida, generalmente localizada en la región distal o distovestibular de los terceros molares, con un diámetro medio entre 10 y 15 mm ^{(4) (5) (6)}. Sin embargo, la lámina dura alrededor de las raíces permanece intacta, sin signos de ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal ⁽³⁾.

Los criterios diagnósticos sugeridos por Philipsen et al. Incluyen la asociación frecuente del QPI con la erupción del tercer molar mandibular, generalmente localizado en la región vestibular y/o distal de la raíz, y no en la corona ⁽⁴⁾. Además, para su diagnóstico, el diente involucrado debe estar parcial o totalmente erupcionado. Los dientes completamente incluidos o impactados con una lesión quística pericoronaria son descartados. Asimismo, si la prueba de vitalidad pulpar indica una pulpa no vital, se debe considerar el diagnóstico diferencial con un quiste radicular lateral, en lugar de un QPI.

El origen del revestimiento epitelial del QPI aún es incierto y sigue siendo motivo de discusión en la literatura. La asociación con molares mandibulares parece ser una característica clínica bien establecida. En relación con el tercer molar mandibular, la extracción del diente asociada a la enucleación del quiste es el tratamiento de elección. A pesar de que su patogénesis no está completamente dilucidada, se cree que los procesos inflamatorios, como la periodontitis o la pericoronaritis, desempeñan un papel importante en su desarrollo ^{(4) (5)}.

La verdadera incidencia del QPI puede estar subestimada, ya que sus características clínicas poco específicas pueden llevar a diagnósticos incorrectos. Hasta el momento, muchos clínicos aún no reconocen esta condición de forma adecuada ^{(2) (6)}.

Este trabajo tiene como objetivo reportar un caso de quiste paradental inflamatorio (QPI) asociado al tercer molar mandibular, enfatizando la importancia del diagnóstico diferencial y del manejo clínico adecuado de esta rara lesión.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino, de 18 años, acudió a la consulta odontológica con queja de dolor en la región inferior derecha, en el área posterior. En el examen clínico intraoral, se observó un tercer molar mandibular (48) parcialmente erupcionado, localizado en la región retromolar y asociado a la corona del diente. No se identificaron alteraciones extraorales significativas. La historia médica, quirúrgica y odontológica de la paciente no presentó hallazgos relevantes. Los tejidos blandos pericoronarios se encontraban inflamados, con sangrado al sondaje, la prueba de vitalidad pulpar fue positiva (Tabla 1).

Tabla 1. Línea de tiempo del caso clínico

Data	Evento Clínico
	Paciente de 18 años acude a la consulta odontológica con queja de dolor en la región inferior derecha.
Día 1	El examen clínico revela el tercer molar inferior derecho (48) parcialmente erupcionado, asociado a la corona dental y con tejidos pericoronarios inflamados. La radiografía muestra una imagen radiolúcida bien delimitada alrededor de la raíz distal del segundo molar inferior (47), con el diente 48 incluido en posición horizontal. Hipótesis diagnóstica: quiste dentígero.
Día 2	Procedimiento quirúrgico realizado. Se realiza biopsia excisional y el material es enviado para análisis histopatológico.
7 días	Recuperación postoperatoria inicial satisfactoria.
15 días	El análisis histopatológico confirma el diagnóstico de quiste paradental inflamatorio (QPI).
6 meses	La paciente permanece asintomática, sin signos de recidiva ni complicaciones postoperatorias.

El examen radiológico reveló una imagen radiolúcida bien circunscrita alrededor de la raíz distal del segundo molar inferior (47), asociada al diente incluido en posición horizontal. Figura 1. Con base en los hallazgos clínicos y radiográficos, se estableció la hipótesis diagnóstica de quiste dentígero asociado al diente 48.

Se realizó la extracción del diente 48 bajo anestesia local, utilizando articaina con epinefrina al 4%. También se prescribieron antibióticos y analgésico,

antiinflamatorio. Además, se llevó a cabo una biopsia excisional, y el material fue enviado al laboratorio de anatomía patológica e inmunohistoquímica de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Pará para su análisis. Fue enviada una única muestra compuesta por múltiples fragmentos de tejido blando fijados en formol para su examen. Presentaba forma irregular, superficie irregular, consistencia elástica y coloración parda. El conjunto de los fragmentos medía aproximadamente 15 x 10 x 5 mm.



Figura 1: Radiografía panorámica evidenciando un área radiolúcida bien delimitada envolviendo a corona de diente (48), que se encontraba en posición horizontal, en íntima relación con la raíz del diente (47).

El diagnóstico histopatológico fue de quiste paradental inflamatorio, descrito como un fragmento de cápsula quística compuesta por tejido conectivo denso con un infiltrado inflamatorio mixto intenso, compuesto principalmente por linfocitos, plasmocitos y neutrófilos. El revestimiento capsular consistía en epitelio escamoso estratificado con exocitosis. También se observó extravasación de hematíes y presencia de trabéculas óseas.

Correlacionando los hallazgos clínicos y radiológicos, la histopatología fue sugestiva de quiste paradental inflamatorio (QPI). Finalmente, la paciente vuelve a consulta y se observa cicatrización posoperatoria satisfactoria, y la paciente permaneció asintomática durante el seguimiento de 6 meses, al momento no se pudo hacer la radiografía de control por falta económica de la paciente y posteriormente se perdió comunicación con la paciente (Figura 2).

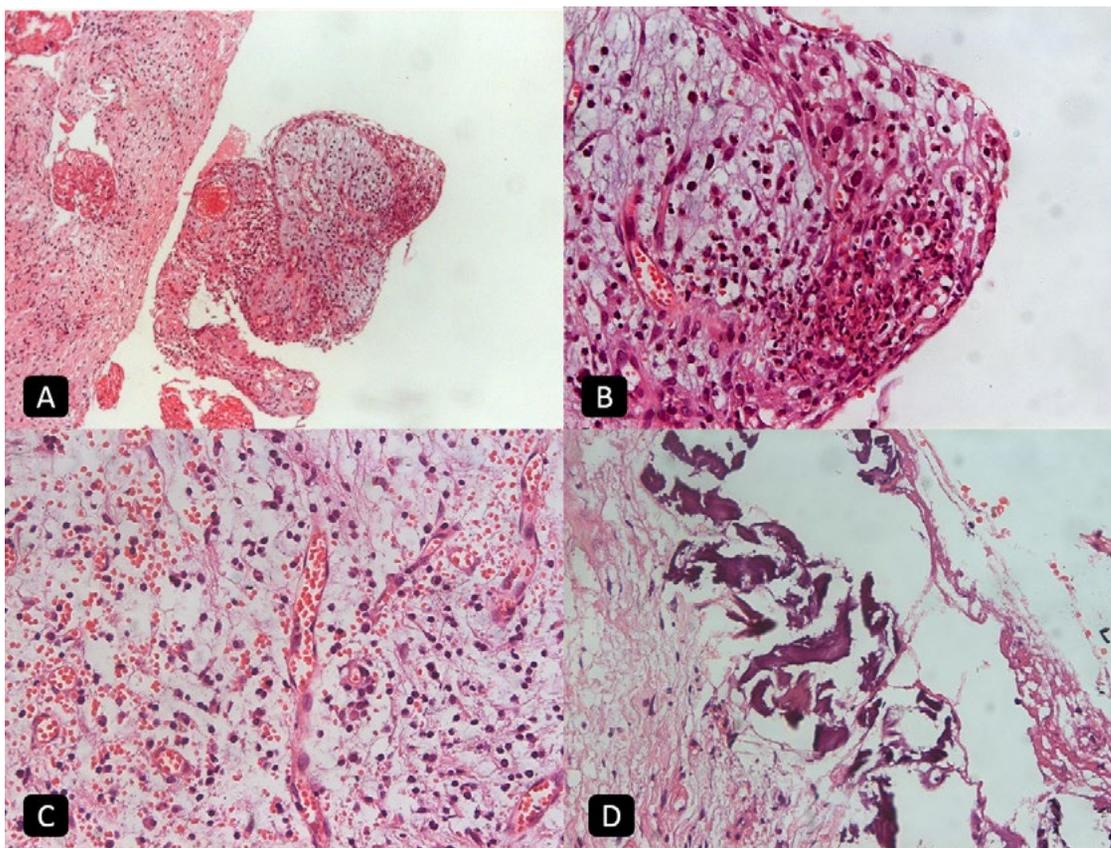


Figura 2. Imágenes microscópicas teñidas con hematoxilina y eosina (H&E), correspondientes a un quiste paradental inflamatorio: (A): Vista a bajo aumento (4×, escala: 500 μm), donde se observa la organización general del tejido. (B): Vista a mayor aumento (40×, escala: 50 μm); obsérvese el infiltrado inflamatorio invadiendo el epitelio (exocitosis). (C): Se observa un infiltrado inflamatorio compuesto predominantemente por linfocitos, plasmocitos y neutrófilos, además de extravasación de hematíes. Vista a 40× (escala: 50 μm). (D): Se evidencian trabéculas óseas circundando la cápsula. Vista a 40× (escala: 50 μm).

DISCUSIÓN

El QPI también es denominado quiste colateral inflamatorio o quiste bucal mandibular infectado. Generalmente, está asociado a un diente vital, y su etiología es ampliamente debatida. Algunas posibles explicaciones para su origen incluyen el epitelio sulcular o la proliferación de los restos epiteliales de Malassez⁽⁷⁾. Según Ackermann, la formación del quiste ocurriría como resultado de una expansión unilateral del folículo dentario, secundaria a la destrucción periodontal⁽⁷⁾ (8). También puede formarse debido a la destrucción periodontal y la expansión unilateral del folículo dental.

El revestimiento epitelial del QPI puede estar adherido a la unión amelo-cementaria, imitando un quiste dentígero, y también puede continuar con el epitelio oral. Además, los quistes paradentales a veces se denominan quistes de bolsa de erupción, donde la oclusión de la abertura de la bolsa por acumulación de detritos lleva a la inflamación⁽⁶⁾.

Los QPI se desarrollan debido a inflamación alrededor de un diente parcialmente erupcionado o impactado, con mayor frecuencia el tercer molar mandibular, donde el propio diente permanece vital. La inflamación afecta principalmente los tejidos periodontales alrededor del diente, y no

la pulpa ⁽⁹⁾ ⁽¹⁰⁾. Se ha sugerido que el impacto de restos alimenticios puede contribuir al desarrollo del quiste paradental, especialmente en terceros molares inferiores impactados ⁽¹²⁾. En los casos de dientes en posición horizontal, la retención de restos alimenticios y la inflamación pericoronaria crónica pueden llevar al cierre de la bolsa gingival, favoreciendo la acumulación de fluido y la expansión quística. Esto podría reforzar la relación entre la angulación del tercer molar inferior y la génesis del quiste paradental inflamatorio.

Aunque los datos epidemiológicos indican que el quiste paradental asociado al tercer molar suele ocurrir en pacientes de mayor edad que aquellos con quistes en primeros o segundos molares inferiores ⁽⁴⁾, el presente caso describe a una paciente de sexo femenino, de 18 años, lo que demuestra que esta lesión también puede manifestarse en individuos más jóvenes.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término quiste paradental designa un quiste que se forma cerca del margen cervical de la cara lateral de la raíz, como consecuencia de un proceso inflamatorio dentro del saco periodontal ⁽²⁾. En los hallazgos radiográficos, se planteó la hipótesis diagnóstica de quiste dentígero debido a la radiolucidez alrededor de la corona, pero el análisis histopatológico confirmó el diagnóstico de QPI. Lesiones más agresivas, como el ameloblastoma, pueden presentarse como una radiolucidez única asociada a un diente, pero pueden descartarse con base en sus características histopatológicas clásicas ⁽⁴⁾ ⁽¹⁰⁾ ⁽¹⁴⁾.

Los quistes periodontales laterales pueden imitar al QPI, pero se distinguen mediante análisis histopatológico ⁽¹¹⁾. El análisis microscópico es útil para diferenciar el quiste paradental del quiste dentígero ⁽¹³⁾. Las características histológicas descritas en la literatura especializada coinciden con los hallazgos del presente caso ⁽¹⁵⁾. El tratamiento recomendado para el QPI normalmente incluye la enucleación quirúrgica del quiste, frecuentemente acompañada de la extracción del diente asociado, si es necesario ⁽⁶⁾.

Este caso demuestra la importancia del diagnóstico y tratamiento inmediato para evitar infecciones secundarias, pérdida ósea y daño a los dientes adyacentes o a estructuras vitales. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Ackermann et al., quienes observaron que el tratamiento precoz del quiste paradental reduce significativamente el riesgo de complicaciones posoperatorias graves ⁽⁸⁾. Asimismo, Rajendran et al. Destacan que la falta de un abordaje temprano puede llevar a una destrucción ósea extensa, especialmente en molares inferiores impactados ⁽⁹⁾. El quiste paradental inflamatorio es una entidad clínica que, a pesar de su baja prevalencia, debe ser considerada dentro del diagnóstico diferencial de lesiones radiolúcidas asociadas a terceros molares. La combinación de evaluación clínica, radiográfica e histopatológica es fundamental para evitar diagnósticos erróneos y asegurar un tratamiento adecuado. El presente caso resalta la importancia del abordaje precoz y multidisciplinario en el manejo de estas lesiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gayathri M, Don KR. Prevalência de cistos odontogênicos - Um estudo clínico-patológico retrospectivo. *Res J Sci Technol* [Internet]. 2017 [consultado el 28 de agosto de 2024];9(2):259-266. Disponible en: <https://www.i-scholar.in/index.php/Rjst/article/view/153740>
2. Li P, Zhao Y, You Y, Lin L, Yu D, Zhao W. Current Perspectives on Paradental Cyst: A Literature Review. *Dent J (Basel)* [Internet]. 2023 dec [consultado el 28 de agosto de 2024];11(12):281. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/dj11120281>
3. Chrcanovic BR, Reis BMMV, Freire-Maia B. Paradental (mandibular inflammatory buccal) cyst. *Head Neck Pathol* [Internet]. 2011 Jun [consultado el 28 de agosto de 2024];5(2):159-164. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12105-010-0233-z>
4. Philipsen HP, Reichart PA, Ogawa I, Suei Y, Takata T. The inflammatory paradental cyst: a critical review of 342 cases from a literature survey, including 17 new cases from the author's files. *J Oral Pathol Med* [Internet]. 2004 Mar [consultado el 28 de agosto de 2024];33(3):147-155. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.2004.00204.x>
5. Castro AL, Bernabé DG, Ranieri AAP, Crivelini MM. Cisto paradental – uma atualização e relato de caso. *RFO UPF* [Internet]. 2008 [consultado el 28 de agosto de 2024];13(2):61-65. Disponible en: <https://doi.org/10.5335/rfo.v13i2.621>
6. Begum NF, Ramalingam K, Ramani P, Murugan PS. Inflammatory Paradental Cyst: A Case Report. *Cureus* [Internet]. 2024 Oct [consultado el 28 de agosto de 2024];16(10):e71405. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.71405>
7. Main DMG. The enlargement of epithelial jaw cysts. *Odontol Revy.* 1970;21(1):29-49.
8. Ackermann G, Cohen MA, Altini M. The paradental cyst: a clinicopathologic study of 50 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* [Internet]. 1987 Sep [consultado el 28 de agosto de 2024];64(3):308-312. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(87\)90010-7](https://doi.org/10.1016/0030-4220(87)90010-7)
9. Rajendran R, Pillai H, Al Fouzan K, Sukumaran A. Paradental cyst (inflammatory collateral cyst): A true clinicopathologic entity. *Oral Maxillofac Pathol J.* 2015;6(2):621-624.
10. Borrás-Ferreres J, Sánchez-Torres A, Gay-Escoda C. Malignant changes developing from odontogenic cysts: A systematic review. *J Clin Exp Dent* [Internet]. 2016 May [consultado el 28 de agosto de 2024];8(5):e622-e628. Disponible en: <https://doi.org/10.4317/jced.53256>
11. de Carvalho LF, Lima CF, Cabral LA, Brandão AA, Almeida JD. Lateral periodontal cyst: a case report and literature review. *J Oral Maxillofac Res* [Internet]. 2010 Dec [consultado el 28 de agosto de 2024];1(4):e5. Disponible en: <https://doi.org/10.5037/jomr.2010.1405>
12. Colgan CM, Henry J, Napier SS, Cowan CG. Paradental cysts: a role for food impaction in the pathogenesis? A review of cases from Northern Ireland. *Br J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2002 apr [consultado el 28 de agosto de 2024];40(2):163-168. Disponible en: <https://doi.org/10.1054/bjom.2001.0750>
13. Ramachandra SS, Nayak DG, Nayak UA, Rao A. Inflammatory paradental cyst in a child: a rare entity. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2011;29(4):333-336.

14. Leite AF, Vasconcelos TV, Freitas DQ, Figueiredo PT, Haiter-Neto F. Imaging diagnosis of paradental cyst: case report and literature review. *Imaging Sci Dent* [Internet]. 2015 jun [consultado el 28 de agosto de 2024];45(2):121-125. Disponible en: <https://doi.org/10.5624/isd.2015.45.2.121>
15. Shear M, Speight P. *Cysts of the oral and maxillofacial regions*. 4th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2007. p. 100-105.