

# Quiste paradental: reporte de dos casos

**Autores:** Fabián Ocampo Acosta

*Adscrito al laboratorio de patología bucal de la Facultad de Odontología Campus Tijuana, Universidad Autónoma de Baja California*

**Alejandro Seamanduras Pacheco**

*Adscrito al Servicio de Cirugía Maxilofacial de la Clínica 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Tijuana, Baja California*

**Francisco Javier Jiménez Enríquez**

*Profesor titular de tiempo completo en la Facultad de Odontología Campus Tijuana, Universidad Autónoma de Baja California*

## Resumen

El origen de los quistes paradentales está relacionado con procesos inflamatorios, principalmente pericoronitis asociada a terceros molares mandibulares impactados o semierupcionados. Se reportan las características clínicas, radiográficas e histopatológicas de dos casos de quistes paradentales.

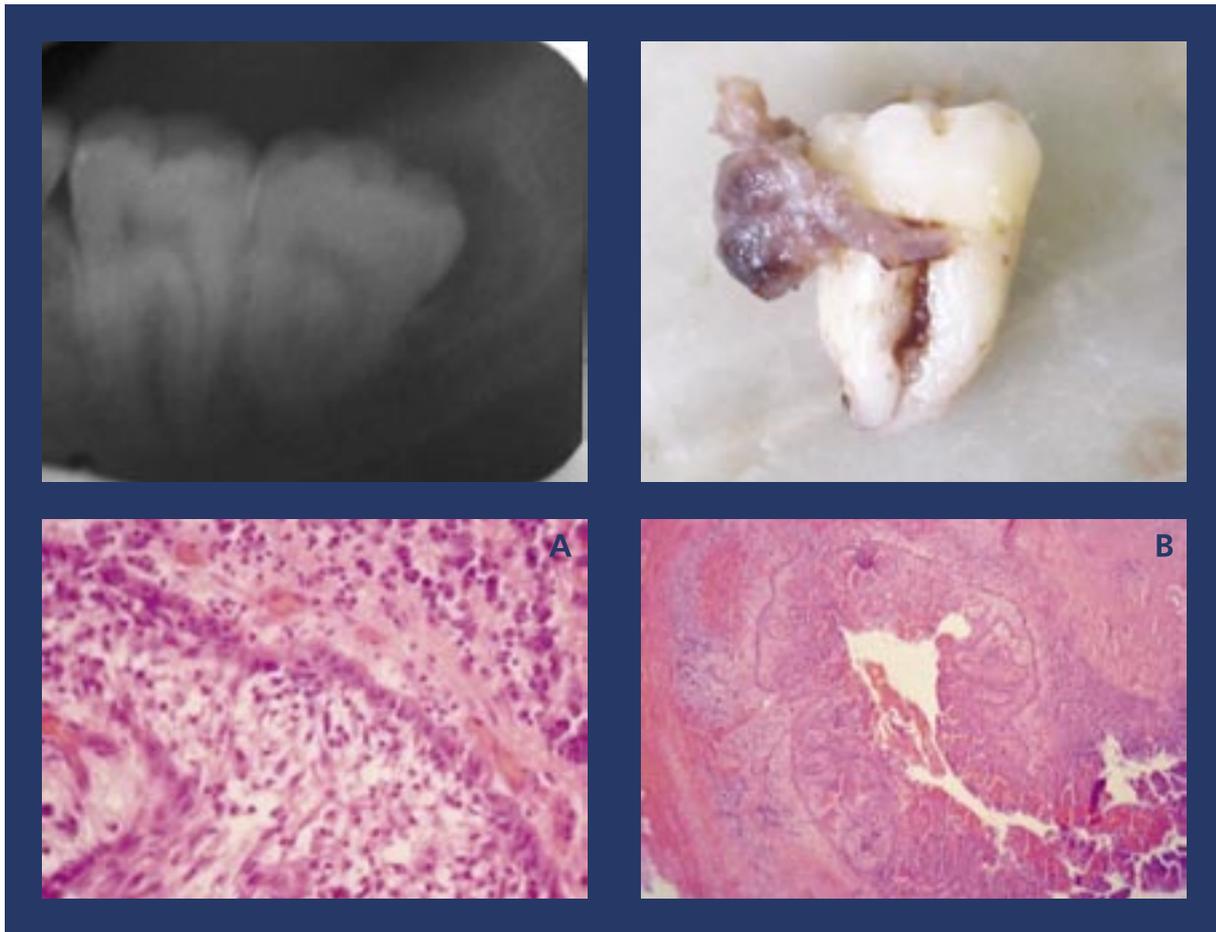
**Palabras clave:** quistes odontogénicos, paradental, dientes impactados.

## Introducción

La primera descripción clínica e histopatológica del quiste paradental fue realizada por Main,<sup>1</sup> en 1970, como quiste colateral inflamatorio. En 1976, Craig<sup>2</sup> sugirió la actual nomenclatura. Se cree que el epitelio reducido del esmalte y los restos epiteliales de Malassez tienen el potencial para proliferar como respuesta a estímulos inflamatorios, lo cual da origen a diversos quistes odontogénicos, tales como el quiste paradental.<sup>3</sup> De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como “un quiste que se desarrolla cerca del margen cervical de la porción lateral de una raíz como consecuencia de un proceso inflamato-

rio en una bolsa periodontal. Una forma distinta del quiste paradental aparece en la porción vestibular y distal de molares mandibulares erupcionados, más frecuentemente terceros molares, donde existe una historia previa de pericoronitis”.<sup>4</sup>

Por otra parte, la mayor característica clínica del quiste paradental es la presencia de procesos inflamatorios recurrentes, principalmente pericoronitis. Algunos casos son asintomáticos y diagnosticados incidentalmente de forma radiográfica. Comúnmente aparece en la porción vestibular o distovestibular de dientes vitales total o parcialmente erupcionados. La mayor parte de los casos reportados



**Foto 1.** (Caso 1) Área radiolúcida en la porción distal de la corona de tercer molar mandibular. A) aspecto macroscópico de quiste paradental, B) cavidad recubierta por epitelio escamoso estratificado no queratinizado con acantosis, edema intercelular

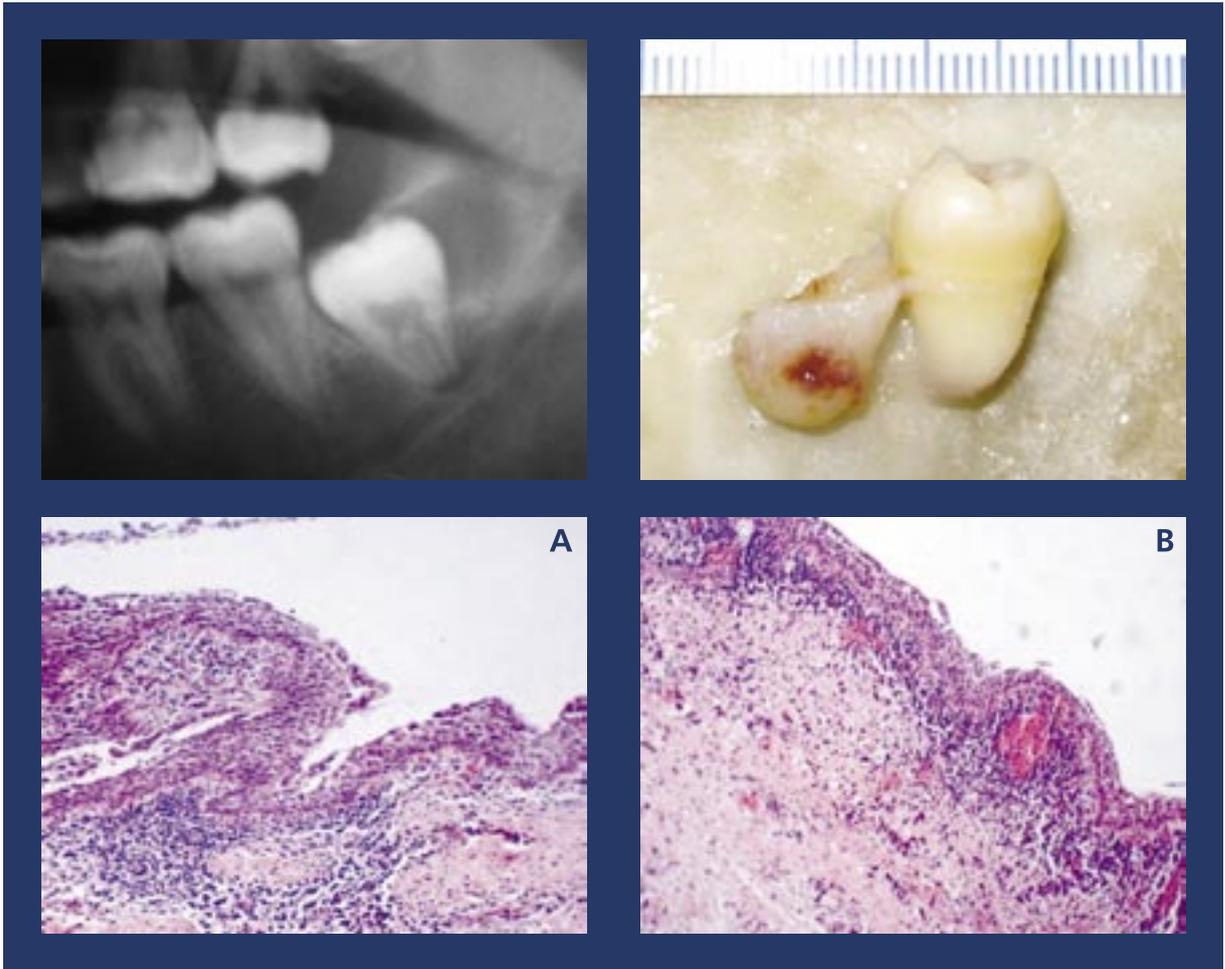
han descrito al quiste paradental asociado al tercer molar mandibular, aunque puede manifestarse en segundos y primeros molares.<sup>5</sup>

El quiste paradental representa aproximadamente de 3 a 5% de todos los quistes odontogénicos. Radiográficamente es una lesión unilocular radiolúcida bien definida, parecida a una lesión periapical e involucra una o ambas raíces del órgano dentario o una resorción ósea de forma semilunar en la porción distal.<sup>3-6</sup> El quiste paradental presenta una cápsula de tejido conjuntivo fibroso con infiltrado inflamatorio severo y se encuentra revestida por un epitelio escamoso estratificado no queratinizado con zonas de acantosis. Se pueden observar focos de hemosiderina y espacios de cristales de colesterol, hallazgos compatibles con quistes inflamatorios.<sup>2, 4-5</sup> A continuación

se describen dos casos de quiste paradental, sus aspectos clínicos, radiográficos e histopatológicos.

### Caso 1

Se presentó a la clínica de diagnóstico de la Facultad de Odontología Campus Tijuana un paciente masculino de 20 años de edad para extracción de terceros molares inferiores por tratamiento de ortodoncia. El tercer molar izquierdo estaba semierupcionado y con eritema alrededor de la porción coronal expuesta. Radiográficamente se observó la presencia de un área radiolúcida unilocular, bien delimitada, localizada en la porción distal de la corona de dicho órgano dentario con un diámetro de 5 mm. Se realizó la cirugía; al retirar el molar se apreció un tejido blando adherido a la unión amelocementaria y se remitió para su estudio histopatológico ▶



**Foto 2.** (Caso 2) Ortopantomografía con área radiolúcida unilocular bien delimitada en porción distal de la corona del tercer molar incluido, A) tejido blando adherido a la unión amelocementaria con diámetro superior al del caso 1, B) epitelio escamoso estratificado revistiendo una cavidad

gico con diagnóstico de quiste periodontal lateral vs. quiste dentígero vs. quiste paradental. Al microscopio se apreciaba una cavidad cubierta por un epitelio escamoso estratificado no queratinizado con marcada acantosis e infiltrado inflamatorio, con edema intercelular e infiltrado inflamatorio mixto severo y hemorragia reciente. El diagnóstico final fue quiste paradental. El posoperatorio cursó sin eventualidades y no se presentó recidiva a la fecha (Foto 1).

## Caso 2

Un paciente femenino de 37 años de edad acudió a una clínica privada para la extracción de terceros molares; cursaba con molestia durante la masticación. En la ortopantomografía se observó un área radiolúcida unilocular bien delimitada

en la porción distal del tercer molar inferior izquierdo de 1 cm de diámetro. Al llevar a cabo la cirugía, se detectó un tejido blando bien delimitado de color blanco unido al órgano dentario. Se remitió a estudio histopatológico, con diagnóstico de quiste dentígero vs. quiste paradental. Microscópicamente se puede ver una cavidad recubierta por epitelio escamoso estratificado no queratinizado con patrón arcoidal, edema intercelular e infiltrado inflamatorio. En el tejido conjuntivo subyacente existe inflamación crónica severa. El diagnóstico es quiste paradental. No existió recidiva (Foto 2).

## Discusión

El quiste paradental es un quiste odontogénico de origen inflamatorio y se considera uno de los menos frecuentes. ▶

Esto se puede deber a que en muchas ocasiones no se toma en cuenta como diagnóstico diferencial de lesiones radiolúcidas uniloculares en la porción vestibular o distal de molares inferiores retenidos, junto con el desconocimiento del clínico de esta entidad y a que se le suele otorgar un nombre distinto, como quiste dentígeno –algunas veces infectado– o quiste periodontal lateral. Otro aspecto por el cual puede tener una baja frecuencia es que en pocos casos se realiza el estudio histopatológico de los clínicamente llamados folículos dentales.<sup>6-7</sup>

En los dos casos reportados aquí se tomaron en cuenta los diagnósticos de quistes odontogénicos, particularmente de quiste paradental. Debido a los aspectos radiográficos y clínicos de los pacientes, se decidió efectuar el estudio histopatológico de cada uno de ellos, procedimiento que debería ser obligatorio en cualquier situación. El caso 2 cumple con todos los requisitos para diagnosticarse como quiste paradental; en el caso 1 el único aspecto distinto fue el hallazgo microscópico de un recubrimiento epitelial con acantosis (aumento en el número de células del estrato espinoso) y una cápsula gruesa de tejido conjuntivo. El tratamiento de elección es la remoción quirúrgica de la lesión junto con el órgano dentario afectado; la recurrencia es rara.<sup>5</sup>

La oms ha propuesto un término más preciso para esta entidad: quiste bucal mandibular infectado,<sup>4</sup> aunque no ha tomado el auge que se esperaba. La presencia de un quiste paradental debe ser considerada cuando procesos inflamatorios periodontales recurrentes estén asociados a molares inferiores total o parcialmente erupcionados. Se requiere la correlación clínico-patológica para obtener un diagnóstico final de quiste paradental, para lo cual se deben incorporar los aspectos clínicos, radiográficos, quirúrgicos e histopatológicos; resalta que este último pudiera incrementar la prevalencia de esta lesión cuando se realice de manera sistemática.<sup>3</sup> 

---

## Referencias bibliográficas

1. Main DMG. Epithelial jaw cyst: a clinicopathological re-appraisal. *Br J Oral Surg* 1970; 8:114-125.
2. Craig GT. The paradental cyst. A specific inflammatory odontogenic cyst. *Br Dent J* 1976; 141: 9-14.
3. Kanno CM, Gulinelli JL, Nagata MJH, Soubhia AMP, Crivelini MM. Paradental cyst: report of two cases. *J Periodontol* 2006; 77: 1602-1606.
4. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M et al. *Histological typing of odontogenic tumours*. WHO (International Histological Classification of Tumours), 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag, 1992.
5. 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* 2004; 33: 147-155.
6. Ackermann G, Cohen M, Altini M. The paradental cyst: A clinicopathologic study of 50 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 64: 308-312.
7. Lindh C, Larsson A. Unusual jaw-bone cysts. *J Oral Maxillofac Surg* 1990; 48: 258-263.

Estimado cirujano dentista, cualquier duda, comentario o sugerencia sobre esta publicación  
envíela al correo electrónico: [revodonto@salud.gob.mx](mailto:revodonto@salud.gob.mx)  
Visítenos en internet en: [www.imbiomed.com](http://www.imbiomed.com)