



ISSN: 1697-090X

Inicio Home

Indice del
volumen Volume
index

Comité Editorial
Editorial Board

Comité Científico
Scientific
Committee

Normas para los
autores
Instruction to
Authors

Derechos de autor
Copyright

Contacto/Contact:



QUISTES DE MAXILARES Y MANDÍBULA: ALGUNAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CORRELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO E HISTOPATOLÓGICO.

*Rafael Delgado Fernández, **Diana Rommy de Quesada Iraizoz,
***Leopoldo de Quedasa Suarez, **Leopoldo Antonio de Quesada Iraizoz.

*Anatomía Patológica, **Estomatología General, ***Cirugía General
Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez".
Ciudad de la Habana. Cuba.

[diana.dequesada @ yahoo.es](mailto:diana.dequesada@yahoo.es)

Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2008;3:31-39.

[Comentario del revisor Dr. Dr. Rodrigo Valdés Annunziata](#), Instituto de Anatomía Patológica Histonor. Antofagasta. Chile

[Comentario del revisor Dr. Javier Sánchez Manuel, PhD](#), Servicio de Cirugía General. Complejo Asistencial de Burgos. Burgos, España

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo en el Departamento de Patología Bucal de la Facultad de Estomatología de Ciudad de la Habana, desde el 2002 hasta el 2006; con el objetivo de identificar algunas características clínicas y la correlación entre el diagnóstico radiológico e histopatológico de los quistes del maxilar y de la mandíbula.

A partir de las 1324 biopsias estomatológicas realizadas en el periodo, fueron seleccionadas aleatoriamente 662, se procesaron algunas variables de interés y se calculó el coeficiente de correlación (Φ), también la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de la radiología para diagnosticar quistes.

Resultados: se encontró correlación de moderada a fuerte entre el diagnóstico radiológico e histopatológico de los quistes ($\Phi=0.70$); la sensibilidad del estudio radiológico fue de 82,2%, especificidad de 95.1%, con un valor predictivo positivo de 63.7% y negativo de 98.1%.

De los 62 casos de quistes 50 (82.64%) eran inflamatorios y de ellos el radicular apical tuvo el mayor registro con 35 casos; el sexo femenino fue el más afectado aunque no significativamente ($p>0.05$); se reportó mayor frecuencia entre la segunda y quinta década de la vida, siendo más notable en el grupo de 31-40 años (25.80%); en cuanto a la localización los maxilares abarcaron el 74.19% frente a los mandibulares ($p<0.05$).

Se concluye que la correlación identificada da la medida de una orientación diagnóstica clínica de los quistes de maxilar y mandíbula bastante adecuada por parte de los estomatólogos generales y especialistas en cirugía maxilofacial.

PALABRAS CLAVE: Quistes Odontogénicos, quistes no odontogénicos, inflamatorios, anatomía patológica, estudio radiológico, sensibilidad, especificidad.

SUMMARY:

A retrospective study was conducted in the Oral Pathology Departments of the Havana's Stomatology Faculty, since 2002 until 2006, for to identify some clinic characteristic and correlation between the radiological and histopathological diagnosis of the maxillary and mandibular cysts.

From 1324 stomatological biopsy realized on the analyzed period, a random sample of 662 was selected. Some important variable was processed, the nominal correlation coefficient (Φ) was calculated, and also the sensibility, especificity, the positive predictive value and the negative predictive value of the radiological study in the cysts diagnosis were calculated.

Results: a moderate to strong correlation was found between the radiological and histopathological diagnosis of the maxillary and mandibular cysts ($\Phi=0.70$); the sensibility of the radiological study was 82.2%, the especificity was 95.1%, the positive predictive value was 63.7%, and the negative predictive value was 98.1%.

Among 62 cases, 50 cases were accounted inflammatory and specifically the apical radicular cysts was the highest frequency with 35 cases; the female sex was affected more than the male but not significantly ($p>0.05$); in the same way the cysts were more common in ages among the second and the fifth decade of life, mainly affecting to 31-40 group (25.80%); the maxillary cysts (74.19%) were more frequency than the mandibular cysts ($p<0.05$)

Conclusions: the level of correlation identified express a clinical diagnostic orientation about the maxillary and mandibular cysts appropriate from general odontologists and maxillofacial surgical specialists.

KEY WORDS: Odontogenic cyst, non odontogenic cyst, Inflammatory cysts, pathology anatomy, radiological study, sensibility, especificity.

INTRODUCCIÓN

Los quistes representan sin duda un riesgo para la integridad del componente máxilo facial, ocasionando trastornos funcionales y estéticos de variable intensidad por lo que deben ser diagnosticados precozmente y tratados de forma adecuada.

El quiste se define como una bolsa conectivo-epitelial, tapizada en su interior por epitelio y recubierta en su cara externa por tejido conectivo, que encierra un contenido líquido o semilíquido, son asintomáticos y se descubren en estudios radiográficos de rutina¹⁻². No es raro que un quiste carezca por completo de síntomas y el paciente ignore su presencia hasta que su estomatólogo o médico lo diagnostica.

Existen múltiples clasificaciones de las lesiones quísticas bucales, dependiendo estas de su origen, etiología o localización. Sapp clasifica los quistes en odontogénicos y embrionarios o no odontogénicos. Los primeros derivan de las siguientes estructuras epiteliales: restos de Malassez, epitelio reducido del esmalte, restos de la lámina dental³.

Las lesiones quísticas por presentarse generalmente intraóseas y asintomáticas, se hace difícil el diagnóstico clínico, por lo que a veces no coincide con el diagnóstico histopatológico⁴. Aún bajo dicha consideración, no resulta apropiado obviar la anamnesis y la exploración clínica pues sin lugar a dudas son evaluaciones necesarias en un paciente con quiste, y solo completadas estas, las imágenes ofrecidas por la radiología y otras técnicas diagnósticas más sofisticadas contribuirán a establecer el diagnóstico. Dado que las lesiones que asientan en los maxilares y la mandíbula no poseen imágenes radiológicas patognomónicas, ni en todos los casos adoptan una imagen única, se requiere de un conocimiento exhaustivo de la anatomía de los tejidos blandos y duros de la zona estudiada.

Es evidente que una buena prueba diagnóstica es la que ofrece resultados positivos en enfermos y negativos en sanos. Por lo tanto, hay condiciones que deben ser exigidas para que ello se cumpla, entre estas la validez es esencial. La sensibilidad (S) y especificidad (E) son medidas afines. Se define como *sensibilidad*: la declaración cuantitativa de la frecuencia con que una pista (síntoma, signo, prueba diagnóstica anormal) está presente en los pacientes que padecen una afección; *especificidad*: es una declaración cuantitativa de la frecuencia en que la pista está ausente en las personas que no presentan la afección; *valor predictivo positivo* (VPP): probabilidad de que un individuo con una pista tenga la enfermedad; *valor predictivo negativo* (VPN): es la probabilidad de que un individuo sin la pista no tenga la enfermedad⁵⁻⁶.

La frecuencia y evolución de los quistes de los maxilares y la mandíbula en la práctica clínica, así como la potencialidad de algunas de ellas de provocar destrucción local del hueso, la formación de abscesos e incluso la degeneración hacia lesiones tumorales, justifica la necesidad de realizar la presente investigación. Se propone entonces como objetivo concreto identificar algunas características clínicas y la correlación entre el diagnóstico radiológico e histopatológico de los quistes del maxilar y de la mandíbula.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo acerca de los quistes que afectan los maxilares y la mandíbula, en el Departamento de

Patología Bucal de la Facultad de Estomatología de Ciudad de la Habana, durante los años desde 2002 hasta el 2006.

Universo y muestra: a partir de todas las biopsias estomatológicas (N=1324) realizadas en el periodo previsto, se seleccionó por muestreo aleatorio simple y sin exclusiones el 50% (n=662), independientemente de la impresión diagnóstica que justificara su solicitud y del resultado, cuyos informes fueron revisados.

Variables.

Para dar salida al objetivo concreto del estudio se trataron las siguientes variables:

- *Sociodemográficas*: sexo (masculino y femenino) y edad: se organizó en 6 clases (11-20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70).
- *Clasificación de los quistes de maxilar y mandíbula*: se utilizó la clasificación propuesta en el año 1998 por la Organización Mundial de la Salud⁷.
 1. Quistes epiteliales:
 - 1.1. Del desarrollo:
 - 1.1.1. Odontogénicos: Quiste gingival infantil, queratociste odontogénico (primordial), quiste dentífero (folicular), quiste de erupción, quiste periodontal lateral, quiste gingival del adulto, quiste odontogénico glandular.
 - 1.1.2. No odontogénicos: Quiste del conducto nasopalatino, quiste nasolabial (nasoalveolar), quiste mediano palatino alveolar y mandibular
 2. Inflamatorios
 - 2.1. Quiste radicular (apical, lateral o residual)
 - 2.2. Quiste paradental (colateral inflamatorio)
 - 2.3. Quistes no epiteliales: quiste óseo solitario y quiste óseo aneurismático
- *Clasificación de los quistes de acuerdo a la localización*: del maxilar y de la mandíbula.
- *Correlación entre el diagnóstico radiológico e histopatológico*: hubo correlación cuando el diagnóstico radiológico con el que fue referido el paciente se confirmó por medio del estudio histopatológico. Se consideraron hallazgo radiológico sugestivo de quistes, una imagen radiolúcida de forma redondeada u ovalada, de diversos tamaños, perfectamente delimitada por un borde hiperostótico.

Se llevó a cabo una revisión del registro de las 662 biopsias, enfocada hacia la búsqueda de informes de resultados en los que constara la solicitud de estudio histopatológico por hallazgos radiológicos sospechosos de quiste de maxilar o de mandíbula, de manera que todos los casos de presuntos quistes referidos para biopsia estaban respaldado por estudio radiológico. Para tal efecto se utilizó una planilla de recolección de datos en la que se plasmó la información relacionada con las variables de interés.

Se valoró la capacidad del estudio radiológico para diagnosticar correctamente la presencia de quistes, para ello se hicieron algunas consideraciones clasificatorias:

Verdadero positivo (VP): hallazgos radiológicos sospechos de quiste con diagnóstico confirmado por biopsia.

Falso positivo (FP): hallazgos radiológicos sospechos de quiste sin diagnóstico confirmado por biopsia.

Verdadero negativo (VN): sin hallazgos radiológicos sospechos de quiste ni diagnóstico confirmado por biopsia.

Falso negativo (FN): sin hallazgos radiológicos sospechos de quiste y con diagnóstico confrmado por biopsia.

Se utilizaron medidas de resumen como porcentaje y razón. Para determinar la presencia de correlación se calculó el coeficiente de correlación nominal (Φ), previo calculo del estadígrafo chi cuadrado (χ^2), con $\alpha=0.05$ para conocer la significación estadística de las diferencias. Se determinó también la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo del estudio radiológico, utilizando los resultados histopatológicos como referencia o *gold Standard*.

El procesamiento estadístico se hizo sobre soporte digital en el programa Stats V 1.1.

RESULTADOS:

Características generales de la muestra:

Los 662 pacientes, que se correspondieron con igual cantidad de informes de resultados de biopsias revisados, se distribuyeron como sigue: masculinos 272 (41.08%) y femeninos 390 (58.91%), con un límite máximo de edad de 68 años e inferior de 12, una edad media de 41.21 ± 11.23 años.

Al analizar los resultados de las biopsias, se encontró como hallazgo significativo la presencia de correlación de moderada a fuerte entre el diagnóstico radiológico y el diagnóstico histopatológico, expresado a través de un coeficiente de correlación nominal $\Phi=0.70$.

Haciendo referencia a la capacidad del estudio radiológico para diagnosticar quistes de los maxilares y mandíbula, se encontraron 51 casos verdaderos positivos, 571 verdaderos negativos, 29 falsos positivos y 11 falsos negativos. Una sensibilidad

del estudio radiológico de 82,2%, especificidad de 95.1%, un VPP igual a 63.7% y un VPN igual 98.1%. (tabla 1).

Diagnóstico histopatológico de quiste						
Sospecha radiológica	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Si	51 (VP)	7.70	29 (FP)	4.38	80	12.08
No	11(FN)	1.66	571(VN)	86.25	582	87.91
Total	62	9.36	600	90.63	662	100

$P < 0.01$; $\Phi = 0.70$ (correlación moderada a fuerte)

Sensibilidad = 82.2%. Especificidad = 95.1%. VPP = 63.7%. VPN = 98.1%

Tabla 1 Correlación entre el diagnóstico radiológico e histopatológico de los quistes de los maxilares y de la mandíbula. Departamento de Patología Bucal de la Facultad de Estomatología de Ciudad de la Habana; 2002-2006.

El resultado de las 29 biopsias (4.38%) que arrojaron falsos positivos, es decir diagnóstico radiológico sospechoso de quiste sin confirmación histopatológica, correspondieron, en primer orden a granulomas (19; 65.5%), seguido de ameloblastoma uniuístico con 3 casos (10.3%) y el resto se distribuyó entre otras lesiones patológicas menos comunes (tabla 2).

Otras patologías con hallazgos radiológicos sospechoso de quiste	N	%
Granulomas	19	65.5
Ameloblastoma uniuístico	3	10.3
Fibroma odontogénico	2	6.9
Tumor odontogénico adenomatoide	1	3.4
Osteoblastoma	1	3.4
hemangioma central	1	3.4
Fibroma cementificante	2	6.9
Total	29	100

Tabla 2 Falsos positivos en el diagnóstico de quistes de los maxilares y la mandíbula.

De los 62 casos de quistes, 50 (82.64%) eran inflamatorios y de ellos el radicular apical tuvo el mayor registro con 35 casos. Dentro de los odontogénicos el dentígero representó el porcentaje más elevado con 11,29%; dentro de los no odontogénicos solo se reportaron nasopalatinos con una frecuencia muy baja (figura 1).

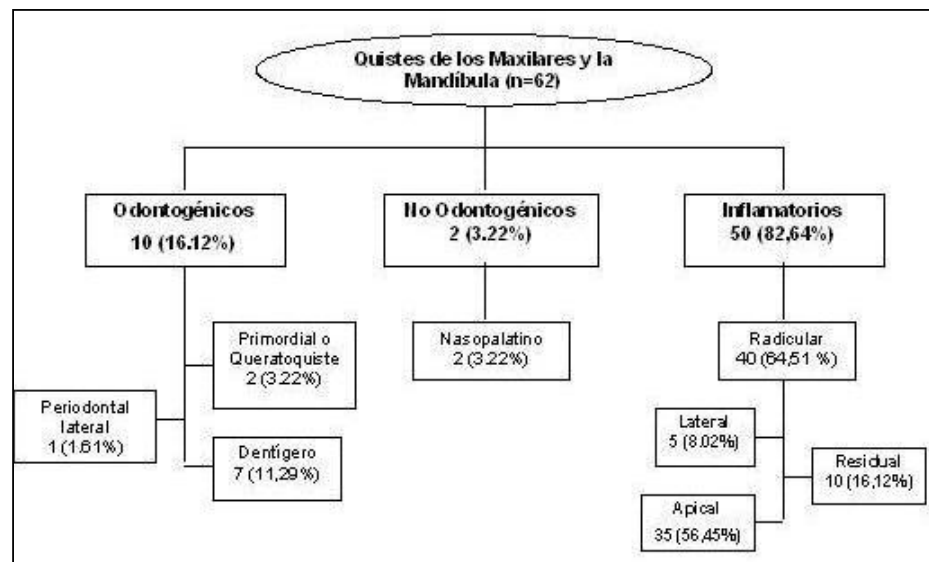


Figura 1. Quiestes de los maxilares y la mandíbula según clasificación utilizada.

Según la frecuencia de los quistes y el sexo, el femenino fue el más afectado, aunque la diferencia con respecto a los masculinos no fue estadísticamente significativa ($p>0.05$) (tabla 3).

Quiestes de los maxilares y la mandíbula.	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Odontogénicos	7	11.30	3	4.83	10	16.12
No Odontogénicos	1	1.61	1	1.61	2	3.22
Inflamatorios	27	43.54	23	37.10	50	80.64
Total	35	56.45	27	43.54	62	100

Razón de masculinidad: 0.7:1 Diferencia estadísticamente no significativa ($p>0.05$)

Tabla 3 Quiestes de los maxilares y la mandíbula según sexo.

Al abordar los quistes según grupos de edades, se observó la frecuencia más importante entre la 2da y 5ta década de vida, haciéndose más notable en el grupo de 31-40 años (25.80%), no obstante la escasa diferencia en relación con el resto de los grupos destacados anteriormente (figura 2).

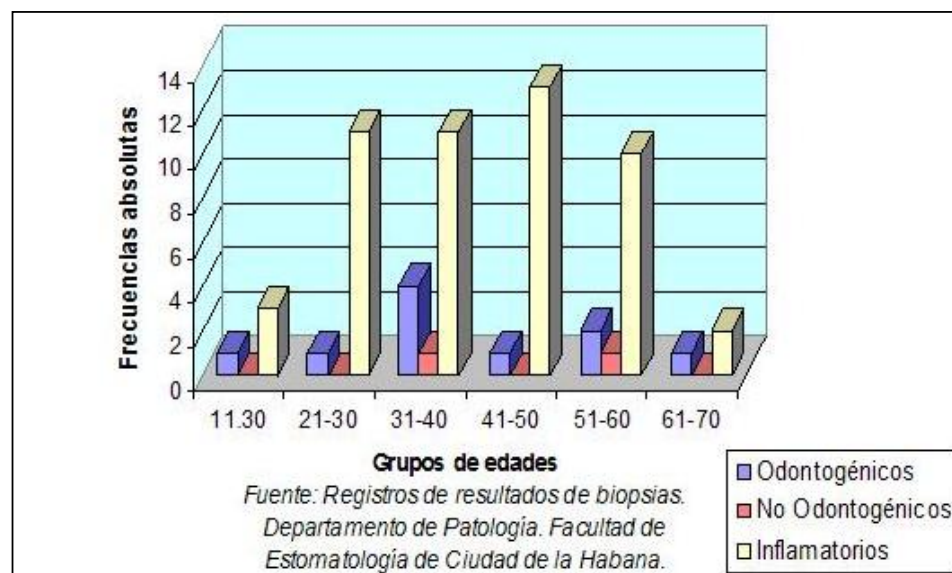


Figura 2. Quistes de los maxilares y la mandíbula según grupos de edad.

En cuanto a la localización, los maxilares abarcaron el 74.19%, reportándose una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) frente a los mandibulares. A la vez dentro de los maxilares los quistes inflamatorios exhibieron el mayor porcentaje (64.5%).

DISCUSIÓN:

De las biopsias realizadas, 80 fueron solicitadas bajo la sospecha de quistes de los maxilares y de la mandíbula. Las 582 restantes se solicitaron basadas en múltiples impresiones diagnósticas, tanto por hallazgos radiológicos como clínicos sugestivos de patologías diferentes de los quistes, hállese de manera general de lesiones benignas y malignas del complejo maxilofacial.

Según los resultados expuestos, el estudio radiológico como parte del diagnóstico de los quistes de los maxilares y mandíbula es un examen complementario de gran valor: sensibilidad y especificidad $> 80\%$. El VPN de 98.1% indica que en ausencia de un hallazgo radiológico sospechoso de quiste la probabilidad de que exista quiste confirmado es sólo de 1.9%.

El diagnóstico clínico de los quistes de los maxilares y de la mandíbula con frecuencia se hace difícil debido a que estas lesiones generalmente son asintomáticas, por lo que es necesario el estudio radiológico el cual aporta muchos elementos para llegar a precisar sus características; pero es el estudio histológico el que permite un diagnóstico definitivo. En aquellos casos en los que no se observó correlación radiológica-histopatológica el fundamento estuvo dado casi siempre por la dificultad con que se presentan las lesiones radiolúcidas periapicales que parecen corresponder a quistes y resultan ser granulomas, en su mayoría.

El hallazgo que se reporta en torno a la frecuencia de los quistes con el que se le da un carácter predominante a los inflamatorios, no apoya plenamente los resultados de autores como Moncada R el cual registra una frecuencia sin diferencias significativas entre los quistes del desarrollo y los inflamatorios, en una revisión de 122 lesiones quísticas bucales⁸. Por el contrario Gehani⁹, en una investigación desarrollada en la población de Libia, informa mayor prevalencia de los inflamatorios, específicamente el radicular con 68.1%.

El hecho de que el quiste radicular haya presentado la prevalencia más alta se debe, en parte, a su origen inflamatorio como consecuencia de la muerte pulpar por caries dental, traumas, restauraciones inapropiadas, lo cual es un fenómeno que se repite habitualmente en la práctica clínica. Al respecto otros autores exhiben resultados similares¹⁰⁻¹³.

Haciendo referencia a la frecuencia de aparición de los quistes inflamatorios que en la presente serie le correspondió el segundo lugar a los residuales, es loable aludir a los procedimientos incompletos durante la extracción dentaria, causa que en no pocas investigaciones figura como justificación en este sentido¹⁴⁻¹⁶.

El hallazgo en torno a los quistes dentígeros como el que más casos aporta dentro de los quistes odontogénicos, favorece la observación de múltiples autores que asimismo lo estiman¹⁷⁻¹⁹.

En contradicción con los presentes resultados, en cuanto a la mayor frecuencia de quistes odontogénicos en el sexo femenino, Chirapathomsakul encontró la prevalencia más importante en masculinos¹⁵. Asimismo los quistes inflamatorios, aún cuando fueron los que afectaron mayormente a ambos sexos predominaron ligeramente en las mujeres. En esta dirección Cavalcanti M no halló diferencias significativas entre ambos sexos¹⁴⁻²⁰.

La presencia de quistes, sobre todo los odontogénicos, sin lugar a dudas tiene relación con la edad, afectando en mayor medida individuos con edades por encima de los 20 años, alcanzando prevalencia considerables en la 4ta década de la vida²¹⁻²³. La frecuencia de patologías pulpares en estas edades engendra dentro de sus consecuencias la aparición de lesiones quísticas.

El quiste nasopalatino constituye el no odontogénico más común, representando desde el 1.5% al 11% de los quistes de la región oral. Más frecuente en el sexo masculino y entre la tercera y cuarta décadas de la vida¹².

Existe consenso en ubicar una mayor incidencia de quistes en los maxilares, principalmente los inflamatorios, considerándose incluso hasta un 63% en asociación con las características estructurales de este hueso¹⁴⁻²⁴. Así también lo reportan Oschenius y Jones²⁵⁻²⁶.

Sin lugar a dudas existen dificultades en la interpretación clínica y radiológica de los quistes, debido a lo que se asemejan entre sí algunos de ellos. De los procesos quirúrgicos orales y maxilofaciales, posiblemente los más complejos sean los quistes dada su alta frecuencia frente a cuyo diagnóstico el estomatólogo emite, en ocasiones, criterios erróneos y conductas terapéuticas inadecuadas.

Se concluye que el grado de correlación moderado a fuerte identificado entre el diagnóstico radiológico e histopatológico de quistes de los maxilares y la mandíbula, da la medida de una orientación diagnóstica bastante adecuada por parte de los estomatólogos generales y especialistas en cirugía maxilofacial. Asimismo, se corrobora la validez del estudio radiológico de tales quistes expresada en la alta sensibilidad y especificidad encontrada.

Concluimos asimismo que los quistes diagnosticados, sobre todo los inflamatorios que fueron los más frecuentes, no muestran una afinidad especial por uno de los sexos, no así con la edad pues tienen una connotación más importante entre los pacientes de la segunda a la quinta década de vida, resultando mayormente afectados los maxilares frente a la mandíbula.

REFERENCIAS

1. Masson SA. Manual de odontología. 3ra ed. Barcelona, 2002:161-330.
2. Shafer WG, Levy BM. Tratado de patología bucal. 2a ed. Cap.1. Nueva Editorial Interamericana. México DF. 1985: 70-85.
3. Sapp J, Eversole L, Wysocki G. Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. En: Word Goaz. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 3ª ed. Madrid: Harcourt Brace 1998; 1: 774.
4. Rodríguez García LO, Guiardinu Martínez R, Arte Loriga M, Blanco Ruiz AO. Quistes de los maxilares. Revisión bibliográfica. Rev Cubana Estomatol 2006; 43(4)
5. Pita Fernández S, Pértigas Díaz S. Pruebas diagnósticas: Sensibilidad y especificidad. Cad Aten Primaria 2003; 10: 120-124. Disponible en: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/pruebas_diagnosticas/pruebas_diagnosticas.asp
6. Díaz Novás J, Gallego Machado B. Algunas medidas de utilidad en el diagnóstico. Rev Cubana Med Gen Integr 2006;22(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi08106.htm
7. Bascones R. Tratado de Odontología. Tercera Edición. Madrid: Avances Médico Dentales S.L. 2000.
8. Moncada R, Salazar CR, Bernardoni de Socorro C, Coromoto Morales C, Bogarín J, Salazar JL. Lesiones quísticas bucales diagnosticadas en pacientes atendidos en el Hospital Universitario de Maracaibo. Estado Zulia. Venezuela. Acta Odontol Venez 2005; 43(1).
9. Gehani R, Krishnan B, Orafi H. The Prevalence of Inflammatory and Developmental Odontogenic Cysts in a Libyan Population. Libyan J Med [revista en Internet] 2007. [acceso 1ro abril del 2008]. Disponible en: <http://www.ljm.org.ly/modules.php>
10. Heddie O. Odontogenic cysts. [en línea] [fecha de acceso 1ro abril del 2008]. URL disponible en: <http://www.dent.ucla.edu/pic/visitors/Cysts>
11. Santana G. Atlas de patología del complejo bucal. Editorial Científico- técnica. La Habana, 1985:19-237.
12. Ceballos Salobreña A. Quistes de los maxilares. En: Bascones Martínez A. Tratado de Odontología III. Madrid: Smithkline Beecham, 1998.
13. Donado Rodríguez M, Donado Azcárate A. Quistes odontógenos de los maxilares. En: Bermudo Añido L. Atlas de cirugía Oral. Barcelona: LACER, 2001.
14. Varinauskas V, Gervickas A, Kavoliuniene O. Analysis of odontogenic cysts of the jaws. Medicina (Kaunas) 2006; 42:201-207.
15. Lam KY, Chan AC. Odontogenic keratocysts a clinicopathological study in Hong Kong Chinese. Laryngoscope 2000; 110:1328-1332.
16. Chirapathomsakul D, Sastravaha P, Jansisyanont P. A review of odontogenic keratocysts and the behavior of

recurrences. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 2006; 101:5-9.

17. Nakamura T, Ishida J, Nakano Y, Ishii T, Fukumoto M, Izumi H, Kaneko K. A study of cysts in the oral region. Cysts of the jaw. *J Nihon Univ Sch Dent* 1995;37:33-40.

18. Carter LC, Carney YL, Pérez Pudlewski D. Lateral periodontal cyst. Multifactorial analysis of a previously unreported series. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 1996;81:210-216.

19. Meara JG, Shah S, Li KK, Cunningham MJ. The odontogenic keratocyst: a 20-year clinicopathologic review. *Laryngoscope* 1998; 108:280-283.

20. Cavalcanti M de G, Antunes JL. 3D-CT imaging processing for qualitative and quantitative analysis of maxillofacial cysts and tumors. *Pesqui Odontol Bras* 2002; 16:189-194.

21. Mosqueda Taylor A, Irigoyen Camacho ME, Diaz Franco MA, Torres Tejero MA Odontogenic cysts. Analysis of 856 cases. *Med Oral* 2002; 7:89

22. Ledesma Montes C, Hernández Guerrero JC, Garces Ortiz M. Clinico-pathologic study of odontogenic cysts in a Mexican sample population. *Arch Med Res* 2000; 31:373-376.

23. Ali M, Baughman. Maxillary odontogenic keratocyst: a common and serious clinical misdiagnosis. *J Am Dent Assoc* 2003;134:877-883.

24. Joseph A. Regezi. Odontogenic Cysts, Odontogenic Tumors, Fibrous, and Giant Cell Lesions of the Jaws. *Modern Pathology* 2002; 15:331-341.

25. Oschsenius G, Escobar E, Godoy L, Penafiel C. Odontogenic cysts: analysis of 2,944 cases in Chile. *Med Oral Patol Oral Cir Buccal*. 2007; 12:E85-91.

26. Jones AV, Craig GT, Franklin CD. Range and demographics of odontogenic cysts diagnosed in a UK population over a 30-year period. *J Oral Pathol Med*. 2002; 35:500-507.

CORRESPONDENCIA:

Diana Rommy de Quesada Iraizoz.

Avenida 5ta, No.608 entre 6 y 8.

Miramar, Municipio Playa.

Ciudad de la Habana. Cuba.

E-mail: diana.dequesada@yahoo.es

Comentario del revisor Dr. Rodrigo Valdés Annunziata. Instituto de Anatomía Patológica Histonor. Antofagasta. Chile.

Las lesiones quísticas de localización maxilar y mandibular son lesiones de frecuente presentación y por lo general asintomáticas. Para un adecuado diagnóstico, el cual determinará las alternativas terapéuticas de elección, se requiere integrar los aspectos clínicos, radiológicos e histopatológicos, siendo de otra forma difícil efectuar un diagnóstico certero. Las diferencias en la frecuencia de lesiones quísticas, del desarrollo versus inflamatorias, podría dar cuenta de diferencias en los niveles alcanzados en la salud oral de las poblaciones estudiadas, pues existe una relación comprobada entre el desarrollo de quistes y granulomas radiculares y la realización de procedimientos dentales.

Esta revisión retrospectiva considera una casuística relativamente numerosa, con casos en los cuales se consideraron los tres pilares diagnósticos: clínicos, radiológicos y biopsias. Resulta relevante destacar que el manejo de estas lesiones no siempre considera el estudio histopatológico de las muestras obtenidas, confirmándose en la presente revisión que si bien los aspectos clínicos y radiológicos orientan moderada o fuertemente al diagnóstico, no son suficientes en todos los casos. Los procedimientos restaurativos, con muerte pulpar, todavía son muy frecuentes y por tanto también se observa una relativamente alta prevalencia de lesiones quísticas o granulomatosas periapicales, especialmente maxilares, en la práctica clínica habitual.

Las revisiones de correlación clínico-patológica en enfermedades de presentación habitual, resultan especialmente importantes, pues demuestran a los tratantes clínicos la utilidad de efectuar el estudio histológico de las muestras obtenidas. Ello no sólo se refiere a su utilidad para diagnosticar el caso particular, sino que además, mediante las revisiones poblacionales, cuyos resultados permitirán orientar las conductas clínicas.

Comentario del revisor Dr. Javier Sánchez Manuel PhD. Servicio de Cirugía General. Complejo Asistencial de Burgos. Burgos, España

Los autores realizan un análisis retrospectivo del total de sus biopsias odontológicas durante un periodo de tiempo comprendido

entre los años 2002 y 2006, extrayendo al azar el 50%, lo que suponen 662 pacientes. De ellos, 62 pacientes tienen quistes maxilomandibulares confirmados por biopsia. Hacen un estudio de la relación entre sospecha clínica, estudio radiológico y el grado de exactitud diagnóstica en los 662 pacientes.

Los autores encuentran una correlación media-alta entre el estudio radiológico y el resultado final además de una sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo de 82%, 95%, 63% y 98%, respectivamente, de lo que se deduce como hallazgo más relevante que la radiología tiene gran utilidad en el diagnóstico de las lesiones quísticas mandibulares pero que hay otras lesiones que pueden dar falsos positivos en un porcentaje no despreciable de los casos.

Quizás si el estudio en vez de realizarlo con una población del 50% elegida al azar del grupo global de biopsias estomatológicas fuera con un grupo más reducido de pacientes con sospecha de quiste maxilomandibular los resultados fueran más estrechos y confiables. De cualquiera de las formas, los resultados ponen de manifiesto la estrecha correlación clínica y radiológica y su utilidad cuando la sospecha diagnóstica en un quiste maxilomandibular.

Recibido: 7 de mayo de 2008. Recibido revisado 25 de octubre de 2008

Publicado: 10 de noviembre de 2008.