

Quiste Dentígero - Reporte de Casos

Dentigerous Cyst - Case Report

Jesús A. CALERO ¹, Martha L. RODRÍGUEZ ²

¹Odontólogo. Profesor Asistente Escuela de Odontología. Facultad de Salud. MBA, ²Odontóloga. Cirujana Maxilofacial. Profesora Asistente Escuela de Odontología. Facultad de Salud. Universidad del Valle.

RESUMEN

El quiste dentígero es un hallazgo clínico casual, ordinariamente asociado con la alteración en la erupción de caninos, premolares y terceros molares que pueden no estar presentes al examen clínico, especialmente después de la época de erupción normal de los dos primeros tipos de dientes mencionados. Su diagnóstico se realiza durante la exploración radiográfica de rutina (Rx panorámica) en Odontología. Un espacio folicular mayor de 3 mm alrededor de la corona de un diente no erupcionado es un criterio razonable para diagnosticar la lesión como quiste dentígero.

El quiste dentígero es considerado el segundo quiste odontogénico que con mayor frecuencia se identifica en los maxilares y representan el 24% de los quistes de la mandíbula, su mayor incidencia se presenta entre la segunda y tercera década de la vida. Se caracteriza por ser asintomático, aunque la expansión y adelgazamiento de las corticales del área involucrada puede llegar a producir asimetrías faciales. Con el paso del tiempo, dado el continuo crecimiento, es factible encontrar reabsorciones radiculares de dientes contiguos, dolor, parestesia, hiperplasia gingival, infección, fistula y fractura patológica. Por el riesgo que significa su presencia y evolución, se recomienda entonces retirar los dientes

impactados para prevenir la ocurrencia de quistes mayores y tumores.

Palabras Clave: Quiste dentígero. Diente incluido. Radiolucidez mandibular.

SUMMARY

Dentigerous cyst is a casual clinical finding associated with an alteration on the eruption of canine, premolars and third molars. Its diagnostics is based on routine periapical and panoramic Rx examinations. A space folicular bigger than 3 mm around the crown of a tooth is a reasonable approach to diagnose the lesion like cyst dentigerous.

Dentigerous cyst is considered the second more frequent maxillary odontogenic cyst and represent 24% of the jaw cysts, its biggest incidence it is presented between the second and third decade of the life and is characterized to be asymptomatic, for the expansion and loss of the cortical wall even producing facial asymmetries, radicular reabsorptions of contiguous teeth, pain, parestesia, gingival hyperplasia, infection, fistule and pathological fractures. It is recommended then to retire the impacted teeth to prevent the occurrence of cysts and tumors.

Keywords: Dentigerous cyst. Included tooth. Mandibular radiolucencies

INTRODUCCIÓN

La presencia de restos epiteliales y de restos embrionarios del desarrollo facial, puede ocasionar quistes, en especial,

cuando estos quedan alojados al interior de los maxilares. (1)

El quiste se define como una bolsa constituida por tejido conectivo epitelial, tapizada en su interior por epitelio y recubierta en su cara externa por tejido conectivo, que encierra un contenido líquido o semilíquido, es asintomático y se descubre en estudios radiográficos de rutina. (2)

Kramer, lo define como una cavidad patológica con un contenido líquido, semilíquido o gaseoso, no originado por el acumulo de pus y suele estar aunque no siempre, revestida de epitelio. Así se engloban como quistes las lesiones de los maxilares, epiteliales o no y las de los tejidos blandos, descartando los abscesos por acumulo de exudado purulento. Desde la primera clasificación propuesta por Robinson en 1945, se han sucedido múltiples clasificaciones. La última, en 1992 aprobada por la OMS fue suscrita por Kramer, Pindborg y Shear. (2) La OMS, distingue dentro de los quistes epiteliales a los quistes del desarrollo odontogénicos (quistes dentígero, de erupción, odontogénico calcificante, primordial, etc.); y no odontogénicos (quistes del conducto nasopalatino, nasoalveolar y glóbulo maxilar). Dentro de los quistes maxilares inflamatorios se incluyen los quistes apical, lateral y residual (3).

La presencia de restos epiteliales y de restos embrionarios del desarrollo dental, pueden ocasionar quistes en especial, cuando estos quedan alojados al interior de los maxilares. (2) Un quiste dentígero debe relacionarse con la corona de un diente permanente en desarrollo o sin erupcionar, aunque

Recibido para publicación: Junio 5 de 2006.
Aceptado para publicación: Septiembre 1 de 2006.
Correspondencia:
M. L. Rodríguez, Universidad del Valle.
Facultad de Salud.
Escuela de Odontología. A.A. 2188
(e-mail: marluropaz@yahoo.com)

en ocasiones puede estar relacionado con múltiples micro dientes. El quiste involucra dientes impactados, no erupcionados, supernumerarios, odontomas y muy raras veces dientes temporales.

El quiste dentígero es considerado el segundo quiste odontogénico que con mayor frecuencia se identifica en los maxilares, y se considera que representan el 24% de los quistes de la mandíbula. (1-5)

Su frecuencia en la población se estima en 1,44 quistes por cada 100 dientes no erupcionados, sin diferencia en relación con el género. (1, 5) La literatura existente afirma que su identificación se logra la gran mayoría de las veces cuando se evalúa el grado de erupción de los dientes mediante ayudas radiográficas, aunque una erupción tardía o una ausencia por encima del periodo normal de erupción del tipo específico de dientes puede inducir a su diagnóstico. (2)

La gran mayoría de los quistes dentígeros son solitarios; usualmente son asintomáticos a menos que se infecten secundariamente o alcancen un tamaño tan grande que altere el contorno óseo, retenga o desplace los dientes adyacentes. (6) Usualmente son unilaterales y están ubicados principalmente en la mandíbula aunque se reportan casos de bilateralidad, generalmente asociados al uso prolongado de ciclosporina A y bloqueadores de los canales de calcio, pero también a patologías como el síndrome basal de células nerviosas, la mucopolisacaridosis y la displasia cleidocraneal, entre otros cuadros clínicos (1,3-6).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Los quistes dentígeros son los quistes de desarrollo más comunes de la mandíbula y generalmente, están asociados a dientes no erupcionados; su mayor incidencia se presenta entre la segunda y tercera década de la vida. (1,2)

Los terceros molares mandibulares y los caninos maxilares son los dientes más fre-

cuentemente afectados por esta patología dental. Los quistes dentígeros se caracterizan por ser normalmente asintomáticos; por su lenta expansión y por el adelgazamiento que producen en las corticales del área involucrada pueden llegar a generar asimetrías faciales.

Con el paso del tiempo, los quistes dentígeros causan reabsorciones radiculares de los dientes contiguos, dolor por la presión sobre las terminales nerviosas de las membranas periodontales de los dientes vecinos al quiste, parestesia, hiperplasia gingival, infección, fistula y fractura patológica. (1, 2) Por el riesgo que significa su presencia y evolución, es una norma preventiva que cuando se detecta un diente impactado con un espacio folicular mayor de 3 mm alrededor de la corona, se retire quirúrgicamente el diente involucrado para prevenir la ocurrencia de quistes mayores y tumores odontogénicos.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.

Se observa como una lesión definida, radiolúcida, generalmente única, relacionada con la corona de un diente en erupción, delimitada por márgenes escleróticos. Radiográficamente se encuentra diferencia entre la radiolucidez del quiste y el hueso circundante no afectado. (1,2,7) Si en la radiografía panorámica el espacio folicular

alrededor de la corona del diente es mayor a 3 mm. y esto se confirma en la radiografía periapical específica, es razonable diagnosticar la lesión como quiste dentígero. (Figura 1)

HISTOPATOLOGÍA.

No hay características microscópicas típicas que permitan distinguir entre un quiste dentígero de cualquier otro quiste odontogénico, en especial durante las etapas tempranas.

Un quiste está compuesto por una pared delgada de tejido conectivo con una capa de epitelio escamoso estratificado no queratinizado que tapiza la luz del quiste; en su interior está lleno de líquido acuoso, amarillento, fluido que presenta algunas veces rastros de sangre, el estroma se compone de colágeno rico en glucoproteínas y mucopolisacáridos ácidos. (6,7,8) En algunos casos se ha reportado que la cubierta del quiste puede sufrir una transformación neoplásica degenerando a un ameloblastoma. El carcinoma escamo celular puede originarse de la cápsula quística aunque esta transformación es muy rara.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

De la misma manera como el quiste odontogénico puede ocurrir alrededor de un diente impactado, los tumores odontogénicos pueden desarrollarse del epitelio dentro del

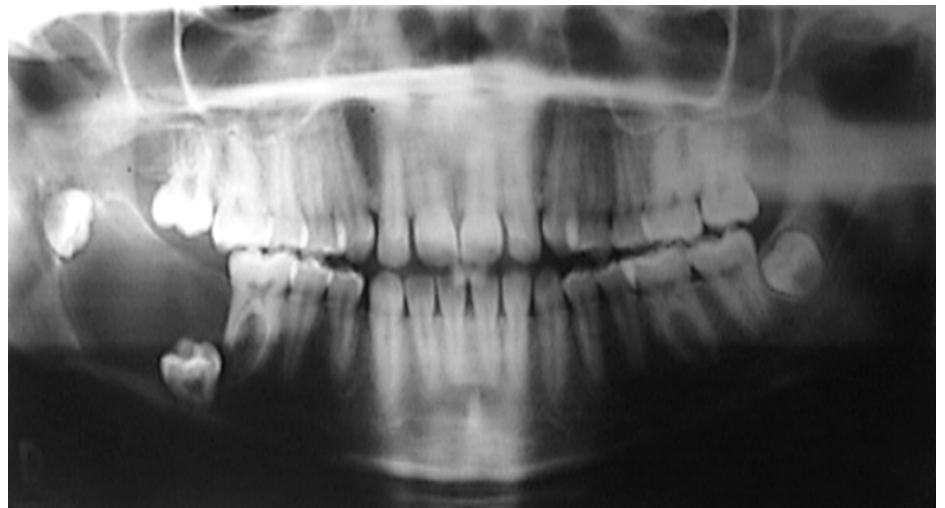


Figura1. Panorámica de quiste dentígero mandibular

folículo dental. El más común en este caso es el ameloblastoma.

Una ayuda diagnóstica previa a cualquier intervención quirúrgica es la biopsia por aspiración con aguja calibre 16 o 18 que puede ser realizada para determinar si la lesión corresponde a un quiste o a un tumor. Los quistes revelan gran cantidad de líquido en la aspiración.

Una biopsia incisional facilita el diagnóstico diferencial entre el quiste dentígero y otros tipos de quiste como el queratociste o el ameloblastoma quístico que tienen características similares pero son más agresivos y ameritan un tratamiento más extenso con sacrificio de estructuras vitales como hueso y dientes.

Otro diagnóstico diferencial está relacionado con los quistes radicales que son lesiones de origen inflamatorio, asociadas a dientes desvitalizados por secuelas de caries o trauma previo. La cavidad quística en estos casos, se extiende a partir del ápice radicular y no de la corona dental.

TRATAMIENTO

El tamaño y la localización del quiste, la edad del paciente, los dientes y estructuras vitales involucradas, son criterios que se deben tener en cuenta para el manejo de cada caso.

Entre las alternativas de tratamiento están:

- Enucleación y extracción del diente impactado, eliminando completamente la lesión, junto a los tejidos blandos que le acompañan. (1,2,4)
- Enucleación del quiste con preservación del diente impactado; esta alternativa de tratamiento se emplea principalmente en pacientes jóvenes para mantener en boca los caninos que puedan estar afectados.
- Descompresión, técnica que se realiza a través de una ventana quirúrgica la cual permite conservar la vitalidad de

los dientes adyacentes y evitar el posible daño a estructuras vecinas hasta que se presente la disminución de la lesión por ausencia de presión que el contenido líquido ejerce sobre las estructuras vecinas, momento en el que finalmente, se retira por curetaje.

La formación de hueso reparativo dentro del área intervenida ocurre entre los 6 y los 12 meses, sin que la técnica quirúrgica empleada tenga importancia y sin que se requieran injertos óseos para que la nueva estructuración ósea se lleve a cabo. Es necesario anotar que en los casos de tratamientos quirúrgicos de estas patologías no se observan recurrencias de la lesión quística, siempre y cuando hayan sido manejadas con extremo cuidado.

REPORTE DE CASOS

Caso 1

Paciente femenina de 15 años que acudió al servicio de consulta externa de la Clínica Odontológica Santa Rosa de COMFANDI debido a un crecimiento de su mandíbula ubicado a nivel de premolares del lado derecho y con una evolución asintomática de un año.

Al examen clínico se observó leve asimetría facial derecha y elevación del volumen de la tabla vestibular a nivel de premolares, aumento indoloro a la palpación. (Figura 2)

La mucosa del área se observa de color ligeramente oscuro por su condición de etnia (morena), húmeda y con un leve



Figura 2. Vista extra e intraoral. Observarse la asimetría originada por la lesión



Figura 3. Vista extra e intraoral. Observarse la asimetría originada por la lesión

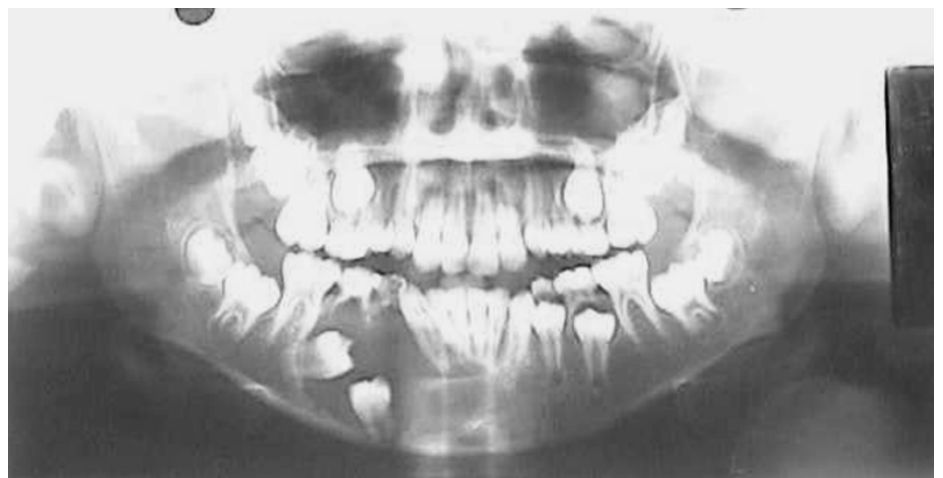


Figura 4. Radiografía panorámica del quiste que involucra los dientes 44 y 45



Figura 5. Obsérvese la asimetría ocasionada por el quiste dentígero

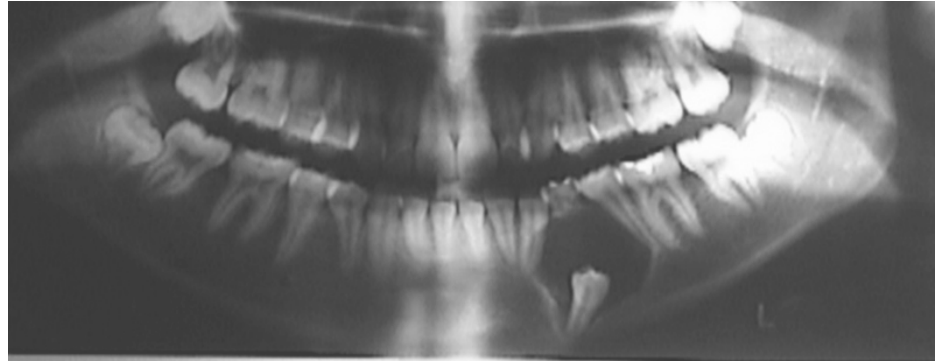


Figura 6. Vista radiográfica del quiste dentígero a nivel de 34



Figura 7. Detalle del Quiste dentígero (ampliación radiografía panorámica)



Figura 8. Vista intraoral

abultamiento a nivel de canino y molares temporales 84 y 85 y con una mancha melánica. (Figura 3)

Durante la valoración clínica de la paciente se tomo una radiografía periapical sospechándose de la presencia de una lesión quística, luego para clarificar el diagnostico se solicito la toma de una radiografía panorámica que evidencio la presencia de una lesión quística que involucra los premolares 44 y 45. (Figura 4)

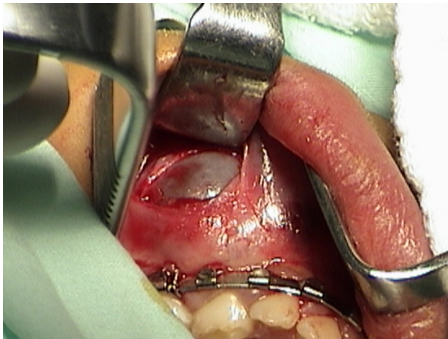


Figura 9. Desarrollo del proceso quirúrgico.

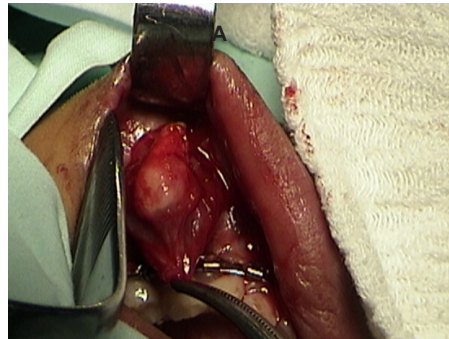


Figura 10. Obsérvese la lesión, su cápsula y origen

Caso 2

Paciente de 17 años que ingresa al servicio de odontología del Hospital San Juan de Dios (HSJD) de Santiago de Cali, Valle, Colombia, con alteración del contorno facial sin causa aparente. Presenta sensibilidad en la región de premolares inferiores izquierdos sin alteración ósea a pesar de que radiológicamente el canal del nervio alveolar se observa desplazado.

Al examen clínico se observo asimetría facial izquierda (Figura 5) y permanencia de diente temporal sin apiñamiento dental, debido a la ausencia del primer premolar inferior izquierdo. Durante el examen clínico se verificó una oclusión estable. Teniendo como base estas características clínicas, el diagnostico presuntivo correspondió a un quiste dentígero.

La radiografía panorámica permitió confirmar el diagnóstico presuntivo. (Figura 6 y 7)



Figura 11. Obsérvese la cavidad dejada por la lesión quística

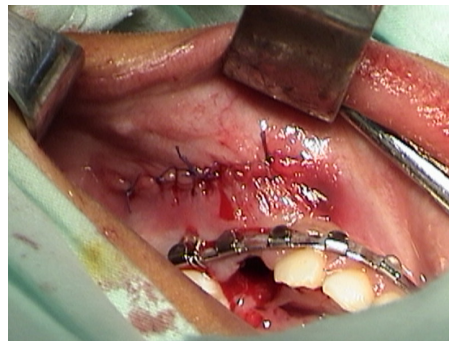


Figura 12. Sutura de la incisión

Tratamiento- Se decide enuclear el quiste

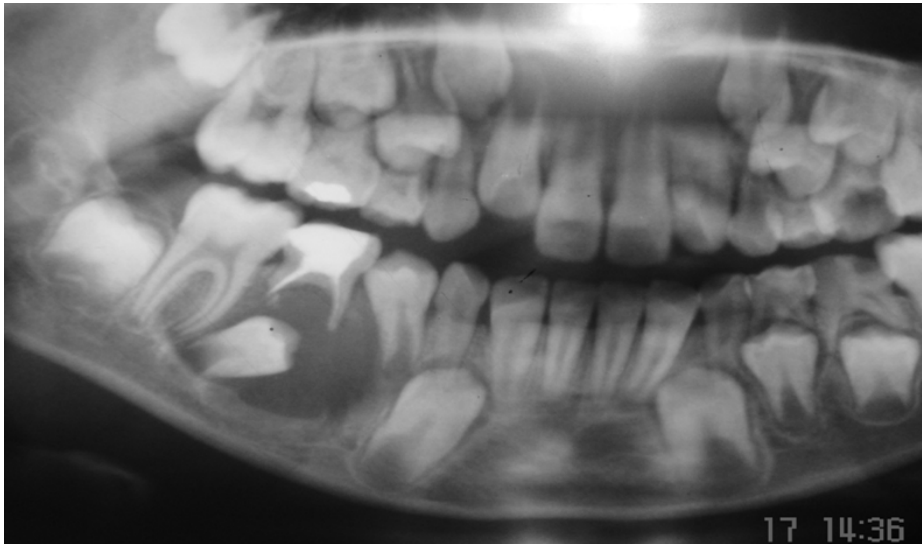


Figura 13. Obsérvese Quiste dentífero en la región del segundo molar temporal

bajo anestesia general, previa colocación de arcos de Erich debido a la pérdida ósea que comprometía las corticales, especialmente la vestibular.

En quirófano se realiza la incisión en mucosa vestibular preservando intacta la cápsula como puede observarse en las figuras 8, 9 y 10. La lesión involucra el premolar que origina el quiste el cual se retira durante el procedimiento. El tejido reseca es enviado a patología donde se confirma el diagnóstico clínico.

Para terminar el acto quirúrgico se curetea y lava la cavidad con solución salina normal (SSN) aproximando mucosas con Vycril 3-0 tanto en la zona vestibular como alveolar, posterior al retiro del diente temporal. (Figuras 11 y 12)

El control se realiza una semana después de la cirugía y se le da de alta tres semanas después retirando el arco de Erich; la paciente no presenta durante el postoperatorio pérdida de sensibilidad de dientes adyacentes ni evidencia de fractura en la zona intervenida. Cicatrización mucosa y ósea dentro de los parámetros de normalidad.

Caso 3

Paciente de 8 años de edad que asistió a la consulta de valoración en la clínica

Odontológica Santa Rosa de COMFANDI. En su evaluación el odontólogo identificó una variación de la anatomía del área caracterizada por un aumento de la cortical vestibular a la altura de molares temporales mandibulares derechos, indurada a la palpación. La mucosa del sector comprometido era de color rosado y húmeda.

Se ordenó la toma de una radiografía periapical y una panorámica donde se pudo evidenciar la presencia del quiste. El paciente fue remitido a cirugía para la enucleación de la lesión. El estudio de la patología confirmó el diagnóstico de quiste dentífero.

CONCLUSIONES

Entre las lesiones de origen odontogénico el quiste dentífero es la segunda más común, mientras que el odontoma es la que mayor frecuencia presenta. Este quiste es asintomático y su hallazgo es casual, de ahí la importancia de verificar si al realizar el examen clínico hay dientes ausentes en boca, ya que pueden estar incluidos formando lesiones quísticas o tumorales. El crecimiento de la lesión quística causa expansión de las corticales, la cual se aprecia radiográficamente como una zona radiolúcida mayor de 3 mm que compromete la corona del diente impactado.

(Figura 13) La cavidad quística está bien delimitada, es unilocular y se recubre por epitelio folicular. El tratamiento compromete la remoción del diente involucrado y la completa enucleación de la cápsula quística que debe ser analizada al microscopio dada su posible transformación a otra lesión odontogénica más agresiva como es el ameloblastoma.

Se localiza en la región mandibular especialmente en la zona de terceros molares. La causa de su desarrollo es desconocida.

REFERENCIAS

1. Monserrat E, Gudino J, Sijas A. Dentigerous cysts: A clinical case. *Acta Odontol Venez* 2002;40(2):165-168.
2. Echeverría García JJ, Cuenca Sala E. *Manual de odontología*. 3ra. Reimpresión. Masson S. A.: Barcelona; 2002. p.161-330.
3. Regezi J, Sciubba J. *Patología Bucal*. 2ª ed. Méjico. Interamericana Mc Graw Hill. 1.995
4. Ustener E, Fitoz S, Atasoy C, Erden I, Akyar S. Bilateral Maxillary dentigerous cysts: A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 2003;95(5):632-635.
5. Martínez PD, Varela MM. Conservative treatment of dentigerous cysts in children: A report of 4 cases. *J Oral and Maxillo Surg* 2001;59(3):331-334.
6. Ko K, Dover D, Jordan R. Bilateral dentigerous cysts. Report of an unusual case and review of literature. *J Can Dent Assoc* 1999;65(1):49-51.
7. Mosquera A, Irigoyen M, Díaz M, Torres M. Quistes Odontogénicos. Análisis de 856 casos. *Med Oral*. 2002; 77(2):89-96.
8. Desai R, Vanaki S, Puranik R, Tegginamani A. Dentigerous cyst associated with permanent central incisor: A rare entity. *J Ind Soc Pedod Prev Dent* 2005;23(1):49-52.
9. Motamedi M, Talesh K. Management of extensive dentigerous cysts. *British Dental Journal*. 2005; 198(4):203-206.