

QUISTE DENTÍGERO EN DENTICIÓN DECIDUA. REPORTE DE UN CASO**DENTIGEROUS CYST IN PRIMARY DENTITION. A CASE REPORT.**

*Tania Melissa Cruz Madrid.

RESUMEN

El quiste dentígero (QD) o folicular es el segundo tipo más común de quiste odontogénico. La histogénesis sugerida de su origen es la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del órgano del esmalte y la corona subyacente. Son siempre radiolúcidos y más comúnmente uniloculares, aunque las grandes lesiones pueden presentar un patrón multilocular. El objetivo de presentar este caso clínico es conocer las características clínicas y el manejo de un paciente con diagnóstico de quiste dentígero. Paciente femenino de 11 años de edad, originaria de la ciudad de El Progreso, Yoro que acude al Hospital Hondupalma, motivo de consulta de aumento de volumen en el maxilar inferior del lado izquierdo, el examen clínico mostró expansión cortical de la tabla vestibular a nivel del primer molar deciduo inferior izquierdo, con presencia de dolor a la percusión y fiebre, con evolución de la lesión de 3 meses; el examen radiográfico revela imagen radiolúcida rodeando parcialmente la corona del segundo molar inferior izquierdo deciduo (7.5 nomenclatura según FDI). Se realizó extirpación quirúrgica, enviándose a estudio histopatológico, resultando como diagnóstico definitivo: quiste dentígero. El post-operatorio cursó sin complicaciones infecciosas ni hemorragias; a los 7 días se retiraron los puntos de sutura y se tomó radiografía post-quirúrgica sin presencia de anomalías.

PALABRAS CLAVE

Cirugía bucal, Erupción dental, Quiste dentígero.

*Odontólogo en Servicio Social de la carrera de ciencias de la Odontología de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (EUCS/U-NAH-VS).

Dirigir correspondencia a: tmeli1622@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-3579-1397>

Recibido: 14 de abril 2018

Aprobado: 3 de noviembre 2018

ABSTRACT

The Dentigerous (QD) or follicular cyst is the second most common type of odontogenic cyst. The exact histogenesis was suggested that the origin is the accumulation of fluid between the reduced epithelium of the enamel organ and the underlying crown. They are always radiolucent and more commonly unilocular, although large lesions may present a multilocular pattern. The objective of this clinical case is to present the clinical characteristics and the management of a patient diagnosed with a dentigerous cyst. An 11-year-old female patient; originally from the city of El Progreso, Yoro, who visited the Hondupalma Hospital with an increase volume on the left side of the lower jaw. The clinical examination showed cortical expansion of the vestibular table at the level of the second left lower deciduous molar. With three months of injury evolution pain and fever the lesion. The radiographic examination reveals radiolucent image surrounding the crown of the first lower left temporal molar (7.5 according to FDI). Surgical removal was done and sent to histopathological study, with a definitive diagnosis: dentigerous cyst. The post operative was unremarkable infectious or bleeding; to 7 days withdrew suturing and was taken radiograph post surgical without anomalies.

KEYWORDS

Dentigerous cyst, Oral surgery, Tooth eruption.

INTRODUCCIÓN

Kramer definió un quiste como una cavidad patológica con un revestimiento epitelial, con un contenido líquido o acuoso, semilíquido o gas, no estando relacionada con el acúmulo de secreción purulenta.⁽¹⁾ Los quistes de la región oral y maxilofacial fueron clasificados en 1992 por Kramer, la que

corresponde a la clasificación adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹⁾, en la que se catalogan de acuerdo a la siguiente manera: quistes que derivan su componente epitelial a partir de remanentes de tejidos dentarios denominados “odontogénicos” y, según su patogénesis, en inflamatorios y del desarrollo, de los cuales, el quiste dentígero (QD) corresponde a uno de los últimos antes mencionado. Por otra parte, los quistes cuyo componente epitelial no es derivado de remanentes dentarios se clasifican como quistes del desarrollo “no odontogénicos”, también denominados fisurales.⁽¹⁾ Los quistes odontogénicos pueden tener su inicio a cualquier edad y permanecer asintomáticos y por lo tanto, no ser detectados durante largos periodos de tiempo.⁽²⁾ Si bien son poco habituales, su frecuencia es mayor en adultos.⁽³⁾

El QD también conocido como quiste folicular, es el quiste odontogénico del desarrollo más común después del quiste radicular (1,4,5). Corresponden a un 18% de todos los quistes odontogénicos y un 58% de los del desarrollo.⁽¹⁾

Existen varias teorías que tratan de explicar el origen del quiste dentígero:⁽³⁾

- Por la acumulación de líquido una vez que la corona del diente se ha formado por completo.
- Se origina inicialmente por la proliferación quística de los islotes en la pared de tejido conectivo del folículo dental o incluso fuera de este, para luego unirse y formar una cavidad quística alrededor de la corona dental.
- Se forma por la degeneración del retículo estrellado durante la odontogénesis.
- Por origen extrafolicular, el cual se origina de quistes periapicales en dientes primarios que crecen y engloban al germen dentario permanente.

Algunas de las complicaciones de los QD con respecto a su localización, son las siguientes: los que se localizan en el maxilar pueden desplazarse y obliterar el antro maxilar y las cavidades nasales; los quistes

localizados en la mandíbula pueden causar parestesia del nervio alveolar inferior.

Entre los quistes odontogénicos, la transformación neoplásica es más alta en el queratociste odontogénico y el quiste dentígero.⁽⁷⁾ Ante una asimetría facial, se debe diferenciar los procesos originados a nivel maxilar, como masas óseas, lesiones fibroósas y quistes, de las estructuras circundantes, como afecciones de la glándula parótida, contenido de la órbita y estructuras dentales.⁽³⁾

La alta prevalencia del QD está relacionada necesariamente con la alta prevalencia de dientes impactados debido al hecho de que los dientes impactados son una condición necesaria para desarrollar un quiste dentígero. Se ha informado un promedio de la tasa de imputación del tercer molar en todo el mundo de 24,4%.⁽²⁾ Fue descrito por Paget en 1836, y se encuentran con mayor frecuencia en personas de la edad en los grupos entre 20 y 40 años y generalmente aparecen durante el desarrollo dental en pacientes jóvenes,⁽⁴⁾ Rara vez durante la infancia⁽⁵⁾ y son los segundos quistes odontogénicos más comunes después de los quistes radiculares, y representan aproximadamente el 24% de todos los quistes epiteliales de la mandíbula.^(4,5)

Clínicamente el QD es una lesión asintomática de crecimiento lento, lo que dificulta el diagnóstico clínico. Cuando se establecen como grandes lesiones pueden producir alteraciones en el contorno facial (asimetría), debido a la expansión de las corticales y otras complicaciones como desplazamiento de dientes, erupción ectópica, impactación dentaria, reabsorción de las raíces de los dientes adyacentes y hasta malignización de la lesión.^(6,7,8)

Se han descrito tres tipos de quistes dentígeros radiográficamente:⁽⁶⁾

1. La variedad central, en la que la radiotransparencia rodea solo la corona del diente, con la corona que se proyecta hacia la luz del quiste.

2. La variante lateral, en la que el quiste se desarrolla lateralmente a lo largo de la raíz del diente y rodea parcialmente la corona. Esta variante es la que coincide con el caso que se presenta.
3. La variante circunferencia, en la que el quiste rodea la corona, pero también se extiende hacia abajo a lo largo de la superficie de la raíz como si el diente completo se encuentra dentro del quiste.

Radiográficamente se caracterizan generalmente como lesiones radiotransparentes uniloculares, con márgenes escleróticos bien definidos, que encierran la corona de un diente impactado.^(4,5,7) Algunos autores sugieren que los quistes foliculares poseen potencialidad definida para transformarse en tumores, especialmente ameloblastomas, lo que reitera la importancia de la enucleación total de la lesión.⁽⁸⁾ Los métodos para tratar los quistes dentígeros generalmente consiste en técnicas quirúrgicas como la marsupialización y enucleación. La marsupialización puede sostener a los dientes impactados en la cavidad quística y fomentar su erupción.⁽⁴⁾ También hay informes de quistes dentígeros clínicamente diagnosticados, que se habrían resuelto por completo sin intervención quirúrgica. Sin embargo, debido a la gran cantidad de secuelas dañinas, deben ser eliminadas quirúrgicamente.⁽⁶⁾

CASO CLÍNICO

Se presentó a la consulta del Hospital de Hondupalma de El Negrito, Yoro, el 25 de enero del 2018, paciente femenino de 11 años de edad, raza mestiza en compañía de su madre. Con presencia de lesión intrabucal con 3 meses de evolución y aumento de tamaño progresivo, detectada mediante un examen médico de rutina, sin tratamiento previo y con historia de fiebre en una ocasión hace tres meses, presentándose a la clínica sin fiebre.

Anamnesis y examen físico sin datos relevantes de problemas psicológicos, biológicos y sociales. Al examen clínico extrabucal

la paciente presenta asimetría por aumento de tamaño en el maxilar inferior del lado izquierdo; con nódulo de aproximadamente 3 centímetros de diámetro y móvil. (Ver Figura No. 1).

Figura No. 1: Vista externa e interna de la lesión.

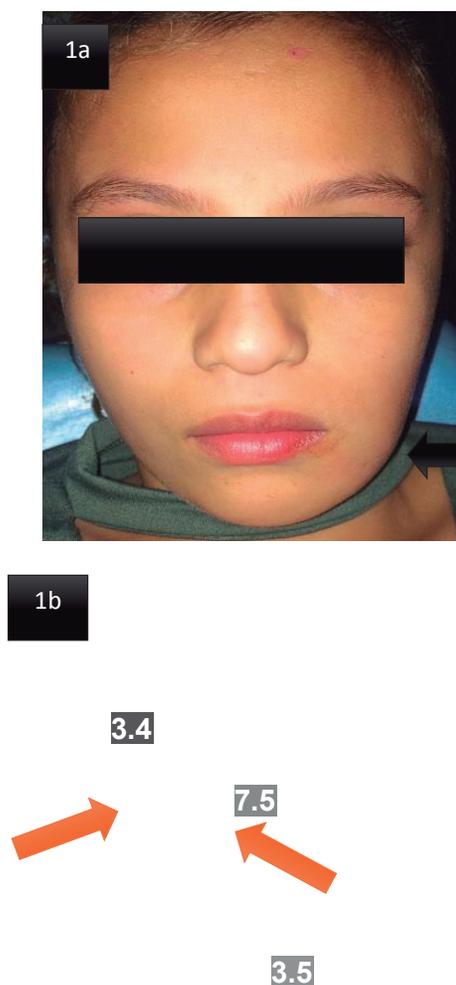


Figura No. 1a Vista extraoral preoperatoria. Se observa la asimetría con aumento de tamaño en el lado izquierdo.

Figura No. 1b Radiografía periapical de diagnóstico.
Fuente: Fotografía por autora.

Al examen clínico intrabucal se observa dentición mixta, que presentaba pérdida de la cortical osea vestibular del diente 7.5 (nomenclatura según FDI), lesión cubierta por mucosa aparentemente normal, dolor

a la percusión localizado en el cuerpo de la mandíbula del lado izquierdo a nivel del diente 7.5.

El resto de las estructuras anatómicas en la cavidad bucal se encontraban dentro de los parámetros normales. Toma de radiografía periapical de diagnóstico, en la que se observa una imagen radiolúcida de bordes difusos en la zona radicular del diente 7.4., cerca del segundo premolar inferior izquierdo (3.5 según nomenclatura FDI) desplazado al borde disto-inferior de la mandíbula y no erupcionado y desplazando el primer premolar inferior izquierdo (3.4 según nomenclatura FID) que ya está erupcionado hacia la parte mesial de la mandíbula. No hay signos de reabsorción radicular de los dientes adyacentes. (Ver Figura No. 1b).

Diagnósticos diferenciales: quiste radicular, quiste folicular inflamatorio, queratociste odontógeno, ameloblastoma y fibroma ameloblástico. El plan de tratamiento consiste en la extirpación de la lesión junto con el órgano dental primario. Bajo anestesia local con lidocaína al 2% con epinefrina 1:80 000 como vasoconstrictor, se realizó la extirpación de la lesión efectuándose una incisión lineal a un centímetro bajo las papilas interdientarias que se extendían desde la zona del diente 3.4 al diente 7.5, se levantó un colgajo mucoperiostico para abordar la lesión, se eliminó por completo la lesión utilizando un fórceps número 16S, se irrigó con solución salina y curetajes para eliminar tejidos afectados, se suturó con puntos separados utilizando hilo de seda triple cero.

Es recomendable tener en consideración el tiempo oportuno para conservar la muestra, al momento de ser trasladada al centro de estudio histopatológico y asegurarse que no vaya a sufrir algún cambio importante de descomposición de los tejidos que pueda alterarla. La muestra debe ser remitida a patología antes de las 24 horas después de haberse obtenido. (Ver Figura No. 2 a y b).

Figura No. 2: Lesión quística extraída.

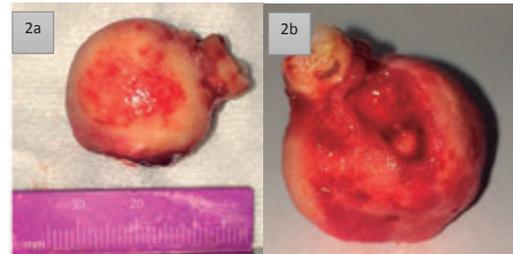


Imagen No. 2a: Lesión quística de 3 cm de diámetro, indurada, bien circunscrita, adherida a la corona del diente 7.4.

Imagen No. 2b: vista desde otro ángulo de la lesión quística.

Fuente. Fotografía por la autora.

Se dieron indicaciones postoperatorias (Ver Tabla No. 1). El diagnóstico definitivo del resultado histopatológico dio como resultado Quiste Dentígero.

Tabla No. 1: Indicaciones post-quirúrgicas.

Indicaciones post-quirúrgicas
Reposo absoluto por 24 horas.
Alimentación blanda.
Paracetamol 500 mg + ibuprofeno 600 mg cada 8 horas por 5 días.

Fuente: Autora.

El post-operatorio cursó sin complicaciones infecciosas ni hemorragias; a los 7 días se retiraron los puntos de sutura y se tomó radiografía post-quirúrgica. (Ver Figura No. 3).

Figura No. 3: Radiografía periapical post-quirúrgica.



Imagen No. 3: Radiografía periapical post-quirúrgica en donde ya no se observa el quiste dentígero.

Fuente: Fotografía por Autora

DISCUSIÓN

Taysi M y colaboradores,⁽⁵⁾ Canto Pérez, Cabrera García, & Borges García,⁽⁹⁾ indican que el quiste dentígero aparece rara vez en los dientes primarios. Este caso en particular, el QD fue encontrado asociado a la raíz de un diente primario erupcionado. Sarracént Valdés, Gbenou Morgan, & Franquelo Sarracént, 2017 nos dicen que estos quistes tienen gran potencialidad de crecimiento, siendo el más agresivo de los quistes odontogénicos y alcanzan la posibilidad de transformación neoplásica.⁽¹⁰⁾ Taysi, Ozden, Cankaya, Yildirim, & Bilgic afirman que el QD puede causar expansión cortical que resulta en asimetría facial,⁽⁵⁾ tal como se observó en la paciente de este caso. Los mismos autores nos dicen que los pacientes con QD no experimentan dolor a menos que el quiste presente un cuadro de infección;⁽⁵⁾ en el caso clínico, la paciente presentaba dolor a la percusión y fiebre al inicio de la aparición del quiste dentígero. El tratamiento conservador es una modalidad de tratamiento favorable para QD en niños y adolescentes en crecimiento.^(4,11) Guven y colaboradores nos mencionan que la capacidad de regeneración de las estructuras óseas en los niños es mayor que en adultos y los dientes con ápices abiertos tienen un mayor potencial eruptivo.⁽¹¹⁾ Este tratamiento conservador fue el que se realizó en la pacien-

te, ya que presentaba una etapa de dentición mixta, y por su edad indicaba que el cierre apical del diente 7.5 no estaba completo, por lo tanto, la erupción del diente podía ser posible. Según Guven y colaboradores,⁽¹¹⁾ Rajanikanth y colaboradores⁽¹²⁾ la reimplantación se puede considerar como una opción de tratamiento cuando los dientes se pierden o se colocan ectópicamente.

Conclusiones

Dentro de las características clínicas del quiste dentígero se puede mencionar que durante su crecimiento se comienzan a expandir las corticales hasta llegar al punto de producir una deformidad facial y de crecimiento lento. Está asociado a la raíz o corona de un diente deciduo o permanente. La mayoría de los quistes dentígeros son solitarios.

El manejo del paciente con diagnóstico de quiste dentígero debe ser con un tratamiento conservador, haciendo énfasis en la relación del quiste con las demás estructuras anatómicas circundantes.

Recomendaciones

Mantener una observación periódica tanto radiográfica como clínica para evitar futuras formaciones de neoplasias malignas o recidivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno E, Lolas J, Vergara A, Márquez A. Quiste folicular inflamatorio en posición atípica: Revisión de la literatura a propósito de un caso. *Rev Estomatol Herediana* [Internet]. 2017 [Consultado 2 de abril 2018]; 27 (2): 191-201. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v27n3/a08v27n3.pdf>.
2. Villasis Sarimiento L, Portilla Robertson J, Meléndez Ocampo A, Gaitán Zepeda LA, Leyva Huerta ER. Prevalence and distribution of odontogenic cysts in a Mexican simple. A 753 cases study. *J Clin Exp Dent* [Internet]. 2017. [Consultado 2 de abril 2018].; 9 (4): e531-538. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5410673/pdf/jced-9-e531.pdf>.
3. Spini RG, Bordino L, Cruz D, Fitz Maurice MD, Andrea M, Michalski J. Quiste dentígero. Reporte de un caso. *Arch Argent pediatri* [Internet]. 201. [Consultado 2 de abril 2018]. 6; 114 (5): e338-e342. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v114n5/v114n5a25.pdf>.

4. Onur S. Conservative management of a dentigerous cyst associated with eruption of the teeth in a 7-year-old girl: a case report. *J Korean Assoc Oral and Maxillofac Surg* [Internet]. 2017 [Consultado 2 de abril 2018].; 43: suppl 1:s1-5
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5770471/pdf/jkaoms-43-S1.pdf>.
5. Taysi M, Ozden C, Cankaya AB, Yildirim S, Bilgic L. conservative approach to a large dentigerous cyst in an 11-year-old patient. *J Istanbul Faculty of Dentistry* [Internet]. 2016. [Consultado 2 de abril 2018].; 50(3): 51-56.
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573515/pdf/jiufd-050-051-b.pdf>.
6. Valdés Reyes JM, Espinoza Bermúdez JA, Espinoza Bermúdez JA, El Ghannam Ruisánchez Y. Dentigerous Cysts: Case Report. *J Adv Oral Res* [Internet]. 2016. [Consultado 2 de abril 2018].; 7(1): 41-45. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jose_Manuel_Valdes_Reyes2/publication/291336019_Dentigerous_Cysts_Case_Report/links/56e6d94a08ae2834d3ef96d5/Dentigerous-Cysts-Case-Report.pdf.
7. Kondamari SK, Taneeru S, Guttikonda VR, Masabattula GK. Ameloblastoma arising in the wall of dentigerous cyst: Report of a rare entity. *J Oral Maxillofac Pathol* [Internet]. 2018. [Consultado 2 de abril 2018].; 22(Suppl1):S7-S10. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=J+Oral+Maxillofac+Pathol.+2018%3B+22\(1\)%3A+S7-S10](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=J+Oral+Maxillofac+Pathol.+2018%3B+22(1)%3A+S7-S10).
8. Visconti MAPG, Junqueira RB, Verner FS, Rodrigues AAS, Devito KL, Visconti Filho RF. Tomografía Computarizada de Haz Cónico como Instrumento Complementario de Diagnóstico y Planeamiento Quirúrgico de Quiste Dentígero: Reporte de un Caso. *Int. J. Odontostomat.* [Internet]. 2014[Consultado 2 de abril 2018];8(1):85–91.
Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2014000100011.
9. Canto Pérez M, Cabrera García AG, & Borges García T. Quistes dentígeros asociados a terceros molares mandibulares retenidos en posición invertida. *Acta Médica del Centro.* [Internet]. 2016. [Consultado 2 de abril 2018].; 10(1): 44-47. 2018. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2016/mec161g.pdf>
10. Sarracent Valdés Y, Gbenou Morgan Y, Franquelo Sarracent D. Manejo de quiste dentígero mandibular de grandes proporciones. Presentación de un caso. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2017 [Consultado 2 de abril de 2018]; 16(4):604-611.
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000400012&lng=es.
11. Guven Y, Kaimoglu Y, Soluk Tekkesin M, Ulug D, Durak Cancakaya A, Bahan Tuna E, Aktoren O. Preservation of Involved Teeth Associated with Large Dentigerous Cysts. *Int Sch Res Notice.* [Internet]. 2014[Consultado 2 de abril 2018];289463: 1-5.
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4897412/pdf/ISR N2014-289463.pdf>.
12. Rajanikanth BR, Kavitha P, Vineeth K. Autotransplantation of Teeth Associated with Dentigerous Cyst: A Case Report. *J Maxillofac Oral Surg* [Internet]. 2015 [Consultado 2 de abril 2018]; 14(3):816–20. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=J+Maxillofac.+Oral+Surg.+2015%3B+14\(3\)%3A+816-820](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=J+Maxillofac.+Oral+Surg.+2015%3B+14(3)%3A+816-820).