

QUISTE DENTÍGERO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

LORENA BENÍTEZ*, LEONARDO NART*, ALEJANDRO ESTÉVEZ**, MARTÍN PUJOL**,
LUIS RANELUCCI***, DIEGO JORGE VÁZQUEZ***

*Jefe de Trabajos Prácticos. Cátedra de Diagnóstico por Imágenes (Facultad de Odontología, UBA).

**Profesor Adjunto. Cátedra de Diagnóstico por Imágenes (Facultad de Odontología, UBA).

***Jefe de Trabajos Prácticos. Cátedra de Odontología Legal y Forense (Facultad de Odontología, UBA).

****Profesor Titular. Cátedra de Diagnóstico por Imágenes (Facultad de Odontología, UBA).

RESUMEN

Introducción: según la clasificación de la oms de 1992, el quiste dentígero o folicular se clasifica dentro de los quistes de desarrollo odontogénicos. Este se origina en la evolución de un germen dentario. La pieza dentaria, generalmente, se encuentra en íntima relación con la membrana quística, adherida al límite amelocementario. El crecimiento es lento y continuo. Radiográficamente se observa una imagen radiolúcida, definida y unilocular. Afecta con más frecuencia al sexo masculino y la proporción de pacientes de 6 a 7 años con quistes dentígero es de solo 9.1%.

Caso clínico: paciente masculino de 6 años concurre a la consulta con su abuela presentando inflamación facial del maxilar superior derecho, asintomática. Luego del examen clínico se le solicita una radiografía panorámica. Por su severidad, se le solicita una tomografía computada y se lo deriva para su intervención quirúrgica y análisis de la muestra.

Conclusion: el odontólogo clínico debe realizar la anamnesis e inspección clínica y ante la sospecha de una patología, debe solicitar un estudio radiográfico y/o tomográfico complementario. Se puede observar que durante el recambio dentario, es frecuente la presentación de lesiones patológicas que si no son diagnosticadas a tiempo estas podrían malignizarse y llevar al paciente a grandes resecciones quirúrgicas.

Palabras claves: quiste dentígero, odontopediatría, imagenología.

ABSTRACT

Introduction: according to the who classification of 1992, the dentigerous or follicular cyst is classified within the odontogenic development cysts. This originates in the evolution of a dental germ. The dental piece is usually in close relation with the cystic membrane, adhered to the amelocementary limit. The growth is slow and continuous. Radiographically, a radiolucent, defined and unilocular image is observed. It affects the masculine sex more frequently and the proportion of patients from 6 to 7 years with dentigerous cysts is only 9.1%.

Clinical case: a 6-year-old male patient attended the consultation with his grandmother presenting facial inflammation of the right upper jaw, asymptomatic. After the clinical examination, a panoramic radiograph is requested. Due to its severity, a tomography where it is then transferred for its surgical intervention and sample analysis.

Conclusion: the clinical dentist must perform the anamnesis and clinical inspection and, if pathology is suspected, he or she must request a complementary radiographic and / or tomographic study. In odontopediatry, during dental replacement, it is common the presentation of pathological lesions that if not diagnosed in time they could be malignant and take the patient to large surgical resections.

Keywords: dentigerous cyst, odontopediatría, imaging.

INTRODUCCIÓN

Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, el quiste dentígero o folicular se clasifica dentro de los quistes de desarrollo odontogénicos (1), siendo este el más frecuente. El quiste dentígero se origina en la evolución de un germen dentario. Existe una gran variedad de lesiones quísticas que afectan la cavidad bucal, una de las que se consigue con mayor frecuencia es el quiste dentígero. Este es un quiste odontogénico que rodea la corona de un diente impactado, se debe principalmente a la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la superficie del esmalte, produciéndose un quiste en cuya luz está situada la corona del diente, mientras la raíz permanece por fuera. El crecimiento es lento y continuo. No obstante a ello, puede llegar a tamaños considerables y, de esta forma, producir alteraciones en los maxilares. Una vez resecaados, tienen poca tendencia a la recidiva. (2,3) Radiográficamente se observa una imagen radiolúcida, definida y unilocular, asociada a la corona de una pieza dentaria retenida, con bordes óseos escleróticos. Debe realizarse diagnóstico diferencial con queratoquiste odontogénico unilocular, quiste periodontal lateral, ameloblastoma unicístico y tumor odontogénico adenomatoide. (3,4) En cuanto a su frecuencia, puede hallarse mayormente en terceros molares inferiores, caninos superiores y en mesiodens, el cual obliga a realizar diagnóstico diferencial con el quiste nasolapatino. (3,5) En cuanto a su epidemiología, afecta con mayor frecuencia al sexo masculino, entre la segunda y tercera década de vida, la proporción de pacientes de 6 a 7 años con quistes dentígero es de solo 9,1%. Se asocia con mayor frecuencia a terceros molares inferiores, seguido de caninos superiores, la región del segundo premolar superior se encuentra involucrada en solo el 3.6% y los quistes que surgen de segundos premolares superiores impactados y se expanden al seno maxilar son más raros aún. (6,7)

El objetivo de este trabajo es la presentación de un caso clínico de quiste dentígero asociado a una pieza dentaria retenida a través del diagnóstico clínico, imagenológico, anatomopatológico y una revisión de la literatura científica.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 6 años concurre a la consulta con su abuela presentando inflamación facial del maxilar superior derecho, asintomática. La abuela del paciente relata que esa inflamación data de un

mes aproximadamente y que consultó en dos oportunidades en centros de urgencias odontológicas en donde se lo inspeccionó clínicamente y se le indicó medicación antibiótica (amoxicilina en suspensión pediátrica). En el examen clínico del paciente se observa dentición mixta con múltiples lesiones de caries y restos radiculares. En maxilar superior se evidencia la presencia de la pieza 1.4 erupcionada (no correspondiente a la edad cronológica) con marcada movilidad, conjuntamente a una marcada inflamación del maxilar que a la palpación, presenta consistencia dura en caras vestibular y palatino, con encía de aspecto normal, extendiéndose aproximadamente desde distal de la pieza 1.6 hasta distal de la pieza 6.2 (fig. 1). Luego del examen clínico, se le solicita una radiografía panorámica para evaluación diagnóstica presuntiva. A los tres días, el paciente concurre nuevamente acompañado de su abuela con la radiografía indicada donde se observa: imagen radiolúcida en maxilar superior lado derecho que abarca la zona de las piezas 5.1 hasta 1.6 de bordes no definidos, piezas temporarias con marcada rizólisis, pieza 1.4 erupcionada sin porción radicular formada, gérmenes de pieza 1.5 desplazada hacia distal, germen de piezas 1.7 desplazado hacia la zona de tuberosidad, germen de pieza 1.3 desplazado hacia la zona de fosa nasal y germen de pieza 1.2 desplazado hacia la línea media. Como diagnóstico presuntivo se le informa a la abuela que el paciente presenta una imagen compatible con una formación quística, que debe ser estudiada por un odontopediatra especialista en cirugía maxilofacial. Previo a la consulta de derivación se le solicitó una tomografía computada en donde se observa una zona hipodensa unilocular extensa con corticales delimitadas en donde se evidencia soplamiento de tablas maxilares. (figs. 2a, 2b y 2c). En la consulta se evaluó al paciente y se le realizó el examen pre-quirúrgico y, luego se realizó la cirugía con anestesia general en donde se llevó a cabo la enucleación total de la lesión. El examen anatomohistopatológico brindó un informe definitivo del diagnóstico de certeza de quiste dentígero: "Macroscopía: se recibe una formación quística cubierta que mide 3,5 cm x 2,5 cm x 2 cm. Superficie externa amarillenta. Superficie interna lisa, blanquecina. Acompañan múltiples fragmentos laminares de consistencia ósea y otros fragmentos de aspecto cartilaginoso. Microscopia: las secciones histológicas muestran fragmentos de pared quística revestidos parcialmente por epitelio pavimentoso estratificado no queratinizado, capa de tejido conectivo fibroso a modo de cápsula. No se

identifica pieza dentaria en su interior. Diagnóstico: seno maxilar derecho, resección quirúrgica: Quiste dentígero” (fig. 3).



FIG. 1: IMAGEN CLÍNICA DEL PACIENTE EN LA PRIMERA CONSULTA.

MACROSCOPIA: Se recibe una formación quística cubierta que mide 3,5cm. x 2,5cm. x 2cm. Superficie externa amarillenta, compacta. Superficie interna lisa, blanquecina. Pared de hasta 0,2cm.
ANATOMÍA: múltiples fragmentos laminares, de consistencia ósea que en conjunto miden 2cm. x 1cm. y otros otros laminares de aspecto cartilaginoso que en conjunto miden 1,5cm. x 1cm.
MICROSCOPIA: Las secciones histológicas muestran fragmentos de pared quística revestidos parcialmente por epitelio pavimentoso estratificado no queratinizado, una capa de tejido conectivo fibroso a modo de cápsula; en el interior de la lesión se encontró depósitos cristalinicos y macrófagos cargados de lípidos. No se identifica pieza dentaria en su interior.
 La pared fibrosa presenta intenso infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos, abundantes plasmocitos y leucocitos polimorfonucleares, que genera asociada al epitelio. Extensa vasocongestión y focos de hemorragia. Se identifica en la muestra tejido óseo esponjoso regenerativo acompañado de tejido fibromuscular.
DIAGNOSTICO: SENO MAXILAR IZQUIERDO; RESECCION QUIRURGICA: QUISTE DENTIGERO.

FIG. 3: INFORME DEL EXAMEN ANATOMOHISTOPATOLÓGICO.

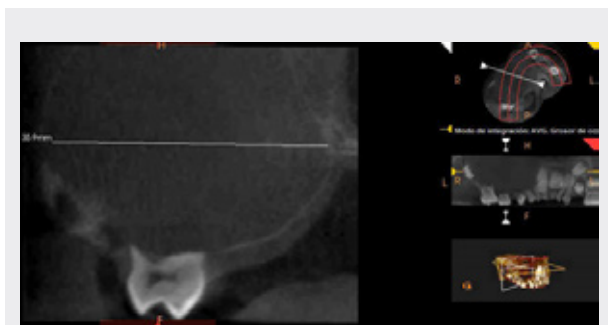


FIG.2.A: SE OBSERVA LA IMAGEN TOMOGRÁFICA DEL QUISTE DENTÍGERO ASOCIADA A LA PIEZA DENTARIA EN UN CORTE PARAAXIAL U OBLICUO.

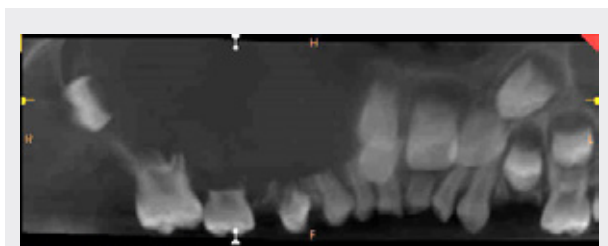


FIG. 2.B: SE OBSERVA LA EXTENSIÓN DEL QUISTE DENTÍGERO EN UNA IMAGEN PANOREXIS.

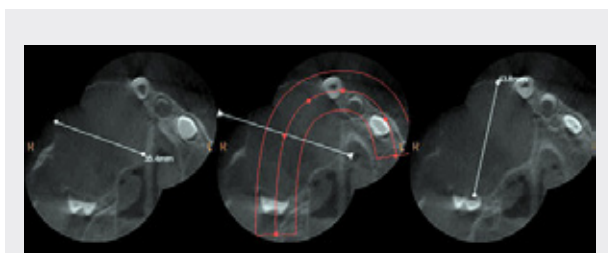


FIG. 2.C: SE OBSERVA EL QUISTE DENTÍGERO EN UN CORTE AXIAL.

DISCUSIÓN

Diferenciar el quiste dentígero de un tumor odontogénico adenomatoide (TOA) es difícil cuando el tumor tiene relación folicular con un diente no erupcionado (variante folicular). Una característica que puede ayudar a distinguir entre estas dos lesiones es que la radiolucidez en el TOA suele extenderse apicalmente a lo largo de la raíz más allá del límite amelocementario. Mientras que en el quiste dentígero se une al diente en dicho lugar. Además, el TOA contiene a veces pequeñas radiopacidades que también pueden ser útiles para el diagnóstico diferencial con el quiste dentígero. En algunos casos se dificulta la obtención del diagnóstico imagenológico, dado que las calcificaciones suelen ser mínimas. (8,9). Sin embargo, el Tumor odontogénico quístico calcificante (TOQC), al igual que el quiste dentígero, radiográficamente se presenta como una imagen radiolúcida pericoronaria que habitualmente no se extiende más allá de la unión amelocementaria. (10,11). La variante extrafolicular del TOA, cuando no presenta las calcificaciones y dependiendo de su localización intramaxilar, puede presentar un aspecto radiográfico muy similar al de lesiones quísticas. Cuando muestra relación apical con una pieza dentaria erupcionada puede semejar un quiste radicular, en ausencia de ella, un quiste residual, y, si se ubica entre las raíces de las piezas dentarias, puede similar un quiste periodontal lateral. También puede no mostrar relación con estructuras dentarias erupcionadas o retenidas y, en algunos casos, aparentar radiográficamente patologías más agresivas como el tumor odontogénico queratoquístico unilocular o el ameloblastoma unikuístico. (11) El quiste dentígero es un quiste odontogénico que afecta generalmente a dientes retenidos, por lo general

caninos y terceros molares. Sin embargo, este caso se asocia a un premolar superior y se expande al seno maxilar, que es de poca frecuencia pero coincide con las búsquedas bibliográficas por la edad en la que aparecen.

CONCLUSIÓN

El odontólogo clínico, luego de realizar una correcta anamnesis e inspección del paciente, y ante la sospecha de una patología que no se pueda determinar clínicamente, debe solicitar un estudio radiográfico y/o tomográfico complementario. Seguido al examen radiográfico, el paciente debe ser rápidamente informado de su diagnóstico presuntivo. Es importante destacar la importancia de la interconsulta que debe existir entre las diferentes especialidades de la odontología, muy especialmente en odontopediatría cuando se evalúa a niños y adolescentes que se encuentran en el periodo de recambio dentario, momento en que es posible la presentación de lesiones patológicas con potencial de transformaciones y pueden llevar al paciente a grandes resecciones quirúrgicas; y, lo que es peor aún, al desarrollo de una neoplasia maligna. Por lo tanto, en caso de que la patología exceda la especialidad del odontólogo que lo inspeccionó, este paciente debe ser derivado al servicio correspondiente, para que pueda ser atendido por especialistas permitiendo establecer un plan de tratamiento adecuado a la patología, brindándole una atención integral al paciente, y mejorando su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez Diego J., Gandini Pablo C., Carvajal Eduardo E.. Quiste dentígero: diagnóstico y resolución de un caso. Revisión de la literatura. *Av Odontostomatol* vol.24 no.6 Madrid nov./dic. 2008.
2. Sapp J, Eversole L. y Wysocky G. *Compendio de Patología Bucal y Maxilofacial*. Harcourt Brace. Edición:1998.
3. Becker T, Buchner A, Kaffe I. Critical evaluation of the radiological and clinical features of adenomatoid odontogenic tumour. *Dentomaxillofac Radiol*. 2012 Oct;41(7):533-40.
4. Chindasombatjaroen J, Poomsawat S, Kakimoto N, Shimamoto H. Calcifying cystic odontogenic tumor and adenomatoid odontogenic tumor: radiographic evaluation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012 Dec;114(6):796-803.
5. Saiegh J, Blasco FC, Keszler A, Stolbizer F. Tumor odontogénico adenomatoide: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista de la Facultad de Odontología Universidad de Buenos Aires* 2014 Vol 29 N° 66: 5-9.
6. Shah N, Thuan H, Beale I. Spontaneous regression of bilateral dentigerous cyst associated with impacted mandibular third molar. *Br J Dental* 2002;26(192):75-6.
7. Tskumoto G, Sasaki K, Akiyama T. A radiologic analysis of dentigerous cyst and odontogénico keratocyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001;91:743-7.
8. Olson J W, Miller R, Krushner G, Vest TM. Odontogenic carcinoma occurring in dentigerous cyst: A case report and clinical management. *J Periodontal* 2000;71:1365-70.
9. Quintana Díaz, Abdulsalam, López Lazo, Vega Basulto, Pinilla González y Hussein Quiste dentígeno gigante en una niña. Presentación de un caso. *Rev Cubana Estomatol* 2007; abr-jun 44(2).
10. Allais de Maurette. Maurette O'Brien. Haiter-Neto Moraes. Tratamiento de quiste dentígero bilateral mandibular por medio de dos tipos de tratamientos. Relato de caso clínico y comparación entre la técnicas. *Acta odontol Venez* 2007;45 (1).