

CIENCIAS QUIRÚRGICAS

Manejo de quiste dentígero mandibular de grandes proporciones. Presentación de un caso**Management of a mandibular dentigerous cyst of great proportions. Case presentation**

Yamina Sarracent Valdés^I, Yurián Gbenou Morgan^{II}, Dailyn Franquelo Sarracent^{III}

^IEspecialista Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Máster en Ciencias. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". La Habana. Cuba.yaminasar@infomed.sld.cu

^{II}Especialista Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Instructor. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". La Habana. Cuba. ygmorgan@infomed.sld.cu

^{III}Estudiante 4to. año de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García". La Habana. Cuba. yaminasar@infomed.sld.cu

Cómo citar este artículo:

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:]; 16(4): 604-611. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2018>

Recibido: 30 de noviembre de 2016.

Aprobado: 7 de junio de 2017.

RESUMEN

Introducción: El quiste dentígero o folicular es un quiste odontogénico desarrollado frecuentemente en relación con la corona de dientes no erupcionados, con mayor porcentaje de incidencia en terceros molares inferiores. Su gran potencial de crecimiento conduce a asimetrías, parestesia, desplazamiento dentario y hasta transformación neoplásica. Por este motivo, la actitud terapéutica ante el mismo reviste singular importancia.

Objetivo: Mostrar el tratamiento por

enucleación, en un solo tiempo quirúrgico, con evolución favorable, de un quiste dentígero mandibular de grandes proporciones y con elevado riesgo de fractura mandibular.

Presentación del caso: Paciente masculino de 45 años, que acude al Servicio de Cirugía Maxilofacial por aumento de volumen en la región mandibular izquierda; en radiografía panorámica presentaba área radiolúcida unilocular de gran tamaño, que comprometía cuerpo mandibular desde el 33 hasta alcanzar

2/3 de la rama ascendente, asociada a tercer molar retenido desplazado hacia el borde inferior mandibular. Existía además reabsorción de las raíces del 34 y 35. El paciente fue tratado en un solo tiempo quirúrgico con extracciones de dientes afectados, bloqueo intermaxilar previa colocación de férulas Gunning y enucleación del quiste por abordaje cervical, conjuntamente con exéresis del diente asociado. El diagnóstico histopatológico arrojó quiste dentífero. El paciente no sufrió complicaciones y tuvo evolución favorable.

ABSTRACT

Introduction: The dentigerous or follicular cyst is an odontogenic cyst that frequently develops in relation to a not erupted tooth crown, with a greater percentage of incidence in the lower third molars. Its great potential growth leads to asymmetries, paresthesia, dental displacement, and even neoplastic transformation. For this reason, the therapeutic behavior with regard to this problem is of great importance.

Objective: To show the treatment by enucleation of a mandibular dentigerous cyst of great proportions and elevated risk of mandibular fracture, followed in a single surgical time with a favorable evolution.

Case presentation: 45 years old male patient that came to Service of Maxillofacial Surgery presenting an increase in the volume of the left mandibular zone; the panoramic radiography showed an unilocular radiolucent area of a great size, which compromised the mandibular body from tooth 33 up to reaching 2/3 of the ascending branch, associated to a retained third

Conclusiones: Los quistes dentíferos de no ser diagnosticados a tiempo, pueden ocasionar serias alteraciones. La enucleación en un mismo tiempo quirúrgico, resulta de elección como tratamiento para garantizar la no recurrencia, siempre que se adopten todas las medidas que eviten complicaciones trans y postquirúrgicas.

Palabras claves: Quistes epiteliales, quiste Dentífero, quistes Odontogénicos, quistes maxilares, quiste Follicular, dientes retenidos.

molar displaced to the lower mandibular edge. There was reabsorption of the roots of the 34 and 35 teeth, too. The patient was treated in a single surgical time with removals of the affected teeth, intermaxillary blocking with previous placement of Gunning splints, cyst enucleation by cervical approach, and exercise of the associated tooth. The histopathological diagnosis showed a dentigerous cyst. The patient presented no complications, and had a favorable evolution.

Conclusions: The dentigerous cysts can cause serious alterations when they are not diagnosed on time. The enucleation in a single surgical time is considered an election treatment to guarantee non-recurrence, whether all measures are taken to avoid trans and post-surgical complications.

Keywords: epithelial cysts, odontogenic dentigerous cysts, maxillary cysts, follicular cysts, retained teeth.

INTRODUCCIÓN

Los quistes dentígeros (QD), también llamados quistes foliculares, son quistes odontogénicos de malformación y origen epitelial, según la clasificación de los tumores realizada por la Organización Mundial de la Salud-OMS. Es el más común de los quistes maxilares después del quiste radicular,¹⁻⁵ representando de 20 a 24% de todos los quistes epiteliales de los maxilares.⁶ Se presenta más comúnmente en pacientes de sexo masculino, en la segunda y tercera décadas de la vida, en 70 % en el maxilar inferior.²⁻⁴

El término "dentígero" designa a un quiste que aparece asociado a la corona de un diente normal no erupcionado, que según orden de frecuencia puede ser el tercer molar inferior, el canino superior y el segundo premolar inferior, viéndose también en ocasiones asociado a dientes supernumerarios como los mesiodens e incluso a odontomas.²⁻⁴

Son más frecuentes en hombres que en mujeres, se presentan más en la 2da. y la 3ra. décadas de la vida, afecta en 70% el maxilar inferior y en 30% el maxilar superior. Estas lesiones son el resultado de cambios degenerativos en el epitelio reducido del esmalte, después de terminada la amelogénesis.^{3, 5,6}

Desde el punto de vista clínico en la mayoría de los casos es detectado como un hallazgo radiográfico,²⁻⁶ aunque debido a su elevado potencial de crecimiento, puede llegar a producir abombamiento de corticales, asimetrías faciales, desplazar dientes adyacentes, causar dolor, trismo, parestesia y congestión nasal, entre otros.^{2,4}

Radiográficamente se presentan como imágenes radiolúcidas generalmente uniloculares, bien circunscritas que rodean la corona de un diente

sin erupcionar. En ocasiones engloba la corona y a veces contiene al diente en su totalidad. En el límite con el hueso circundante se observa una cortical indicativa de un crecimiento lento y uniforme que representa una reacción ósea. El QD puede producir reabsorción de las raíces en dientes adyacentes (rizólisis) y en la mandíbula puede desplazar al diente asociado en dirección craneal o caudal, dentro de la rama ascendente de la misma.^{3,7}

Histopatológicamente, no presenta rasgos característicos que lo distingan de otros quistes de los maxilares; se define por una pared delgada de tejido conectivo, con una capa de epitelio pavimentoso estratificado que tapiza el quiste. Con frecuencia presenta infiltrado inflamatorio en el tejido conectivo y un contenido líquido amarillo.^{7, 8}

El tratamiento del QD es quirúrgico; una de las variantes, consiste en la enucleación en un mismo acto quirúrgico, con el objetivo de legar la cavidad con eliminación total de la cápsula quística y retirar el diente implicado para evitar recidivas. Cuando alcanzan gran tamaño se pueden intervenir por técnicas descompresivas (marsupialización), para reducir su volumen paulatinamente hasta un segundo tiempo quirúrgico en que se elimine la cápsula.^{2, 7,8}

Estos quistes tienen gran potencialidad de crecimiento, siendo el más agresivo de los quistes odontogénicos y alcanza la posibilidad de transformación neoplásica.^{2-4,6-8} Por tal motivo, su manejo terapéutico resulta de gran importancia para evitar la permanencia de remanentes que garanticen la recidiva de la lesión.

OBJETIVO

Exponemos el siguiente caso clínico con el objetivo de mostrar el tratamiento por enucleación en un solo tiempo quirúrgico, con evolución favorable, de un quiste dentígero mandibular de grandes proporciones y con

elevado riesgo de fractura mandibular, en un paciente perteneciente al Servicio de Cirugía Máxilofacial del Hospital Clínico-Quirúrgico "General Freyre de Andrade".

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 45 años de edad, con antecedentes de Hipertensión Arterial (HTA), quien fuera remitido al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Clínico-Quirúrgico "General Freyre de Andrade" por presentar molestias dolorosas recurrentes y aumento de volumen en la región mandibular izquierda. Al interrogatorio el paciente refirió presentar dicho aumento de volumen desde hacía aproximadamente 2 años y que había recibido terapia antimicrobiana en múltiples ocasiones. Se reconoció historia de extracción del 24, el 36 y el 37 por estar dichos dientes afectados por caries dental.

Al examen facial se observó asimetría dada por aumento de volumen de la región mandibular

izquierda, con piel de la zona con características normales. Al examen de cavidad bucal se constató que se trataba de un paciente edente parcial con presencia de restos radiculares en región del 25, con 26 y 27 extruidos y fuera del plano de oclusión. Existía además ausencia clínica del 38, sin antecedentes de exodoncia previa del mismo.

Se realizó estudio radiográfico (ortopantomografía), donde se evidenció gran área radiolúcida unilocular, rodeada de un halo radiopaco que comprometía cuerpo (desde zona canina) y rama mandibulares izquierdas, dicha área incluía un molar retenido y desplazado hacia el borde inferior de la mandíbula. Existía además rizólisis del 34 y el 35. (Figura 1).

Tabla 1. Pacientes con caninos permanentes retenidos según grupos etarios y sexo

Grupos Etarios	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
10	1	1	1	1	2	2
11	2	2	4	4	6	6
12	4	4	13	12	17	16
13	8	8	19	18	27	26
14	8	8	12	11	20	19
15	4	4	15	14	19	18
16	4	4	5	5	9	9
17	2	2	3	3	5	5
TOTAL	33	31	72	69	105	100

Fuente: Historias clínicas.

En visita subsiguiente se realizó biopsia incisional bajo anestesia local. Dicho estudio arrojó un diagnóstico de quiste, criterio con el que fue realizado el planeamiento quirúrgico del paciente.

El tratamiento realizado consistió en exodoncias de restos del 25, 26, 27, 34 y 35, colocación de férulas Gunning y bloqueo intermaxilar (BIM) para evadir el peligro potencial de fractura

mandibular en el período postquirúrgico, debido al gran tamaño de la lesión quística y su proximidad al borde inferior mandibular. Por último se realizó por vía cervical abordaje a la cavidad del quiste y enucleación del mismo y del diente allí incluido. (Figuras 2 y 3). No se utilizaron injertos ni sustitutos óseos para el tratamiento de la cavidad resultante.

Tabla 2. Distribución de pacientes con caninos permanentes Retenidos según caninos afectados

Caninos retenidos	No.	%
13	34	32
13-23	27	26
23	25	24
43	7	7
33	5	5
33-43	3	3
13-43	1	1
13-33-43	1	1
13-23-43	1	1
13-23-33	1	1
Total	105	100

Fuente: Historias clínicas

Tabla 3. Distribución de pacientes con caninos permanentes retenidos según tipo de retención

Tipo de retención	No.	%
Unilateral	70	67
Bilateral	32	30
Bimaxilar	3	3
Total	105	100

Fuente: Historias clínicas

El estudio histopatológico corroboró el diagnóstico de quiste dentífero. El BIM fue retirado en 4 semanas sin presentarse complicaciones.

Luego de más de 5 años de seguimiento clínico y radiográfico, se evidenció una evolución favorable, con restitución ósea y sin recidiva de la lesión.

DISCUSIÓN

Los quistes dentígeros representan aproximadamente 20% de los quistes odontogénicos de origen epitelial, según la clasificación de los tumores realizada por la OMS.⁹

Existen varias teorías que tratan de explicar el origen del quiste dentígero:^{2, 3,9}

- Origen después de que la corona del diente terminó su formación y se produce acumulación de líquido entre el órgano del esmalte y la corona del diente.

- Origen inicialmente por la proliferación quística de los islotes en la pared del tejido conectivo del folículo dental o incluso fuera de este, para luego unirse y formar una cavidad quística alrededor de la corona dental.

- Formación por degeneración del retículo estrellado durante la odontogénesis.

- También se habla del origen extrafolicular, el cual sugiere que se origina de quistes periapicales en dientes primarios que crecen y engloban al germen del diente permanente.

Su diagnóstico diferencial debe ser realizado con los demás quistes odontogénicos, otros quistes de los maxilares, con neoplasias odontogénicas como el ameloblastoma y el tumor odontogénico adenomatoide, entre otros.^{2,8,10}

El QD es potencialmente capaz de convertirse en una lesión agresiva y producir expansión ósea, asimetría facial, desplazamiento dental, reabsorción radicular de los dientes adyacentes y dolor.^{2,3,4,10,11} En el caso presentado las dimensiones alcanzadas por la lesión quística

representaban un peligro inminente de fractura mandibular.

El comportamiento biológico del quiste dentígero es benigno, aunque se han informado casos aislados de transformación maligna de su epitelio.² La posibilidad de cambios neoplásicos en la membrana epitelial de los quistes odontogénicos ha sido materia de interés; desde Canh, quien en 1933 describe un caso de transformación neoplásica en la pared de un quiste.⁹ Algunos autores plantean que la mayor parte de los quistes odontogénicos, y en particular el QD, muestran cambios hiperplásicos en la membrana epitelial, pero en mayor o menor grado se debe a la inflamación crónica presente.^{10,11} Otros refieren serias complicaciones como son la formación de un ameloblastoma, desarrollo de un carcinoma epidermoide y la formación de un carcinoma mucoepidermoide.^{2,3, 11,12}

En lesiones de gran tamaño, el pronóstico es reservado ya que conllevan una gran pérdida ósea y adelgazan peligrosamente al hueso, existe entonces el riesgo de que se produzcan fracturas patológicas del hueso comprometido.²

En relación con su tratamiento se prefirió, en el presente caso, a pesar del tamaño de quiste, realizar su enucleación en un tiempo quirúrgico, con el objetivo de evitar la recurrencia. Diferentes reportes reflejan la preferencia hacia este procedimiento, siempre teniendo en cuenta aspectos como el tamaño, localización, edad del paciente y proximidad del quiste a estructuras anatómicas de importancia.^{2,3,13}

CONCLUSIONES

Los quistes dentígeros de no ser diagnosticados a tiempo, pueden ocasionar abombamiento de

corticales, asimetrías faciales, desplazar dientes adyacentes, causar dolor, trismo, parestesia,

fracturas óseas e incluso transformaciones neoplásicas. La enucleación en un mismo tiempo quirúrgico, resulta de elección como tratamiento

para garantizar la no recurrencia, siempre que se adopten todas las medidas que eviten complicaciones trans y postquirúrgicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delys Fernández RE, Jiménez Rodríguez Y, Coca Granados R. Tercer molar heterotópico en el cóndilo mandibular derecho asociado a un quiste dentígero. *Medic Elect* [Internet]. 2013 Jun [Consultado: 2017 Mar 27]; 17(2):79-82. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432013000200007&lng=es
2. Morales Navarro D, Sánchez Acuña G, Rodríguez Lay L. Presentación clínica atípica de un quiste dentígero. *Rev. Cub. Est.* [Internet]. 2009 Dic [Consultado: 2017 Ene 18];46(4):129-37. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000400013&lng=es
3. Pereira García K, Sarracent Valdés Y. Quistes dentígeros. Congreso internacional de Estomatología 2015. La Habana: ECIMED; [Internet]. 2015 Sep. p.1-8 [Consultado: 2017 Mayo 1]. Disponible en: <http://estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/999/316>
4. Gbenou Morgan Y, Vergara Piedra Librado P. Quiste dentígero en la "llave de la oclusión". A propósito de un caso. *Rev hab cienc méd* [Internet]. 2016 Ago [Consultado: 2017 Abr 09];15(4):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000400010&lng=es
5. Rodríguez García LO, Guiardinu Martínez R, Arte Loriga M, Blanco Ruiz AO. Quistes de los maxilares: Revisión bibliográfica. *Rev. Cub. Est.* [Internet]. 2006 Dic [Consultado: 2017 Abr 06];43(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000400006
6. Velázquez Rojas L, Alonso CC, Velázquez Rojas G. Estudio Clínico e Histopatológico de quiste dentígero asociado a diente lateral maxilar: Reporte de caso. *Odovtos Intern J Dent Scie* [Internet]. 2017 [Consultado: 2017 Abr 23]. 19(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos/rt/printerFriendly/28051/28171>
7. Díaz Fernández José Manuel, Puig Ravinal Luis Emilio, Vives Folgar Carmen Beatriz. Perfil epidemiológico, clínico y terapéutico de los quistes odontogénicos en Santiago de Cuba. *MEDISAN* [Internet]. 2014 Ene [Consultado: 2017 Jul 05]; 18(1): 52-60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100008&lng=es
8. Santana G. Atlas de patología del complejo bucal. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2010, p. 421-28.
9. Loughney González A, Fernández Domínguez M, Loughney Castells JC, Sánchez Sánchez R. Diagnóstico y actitud terapéutica del quiste dentígero. Aportación de dos casos. *Rev. Cient Dent.* [Internet]. 2011 Dic [Consultado: 2016 Oct 29]; 8(3):195-200. Disponible en: <http://www.clinicadentaldraloughney.com/pub/02.pdf>
10. Quintana Diaz JC, Quintana Girarl M. Quistes de los maxilares en el Servicio de Cirugía Maxilofacial de Artemisa. *Acta Odontol Colombiana.* [Internet] 2014 JUN [Consultado: 2016 Oct 29]; 4(1):149-56. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/42640/>
11. Pascual Fernández B, Loughney González A, Fernández Domínguez M. Importancia en el diagnóstico temprano del quiste dentígero. A propósito de un caso. *Rev Cient Dent* [Internet]. 2013 [Consultado: 2017 Feb 2].;10(1):59-62 Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?%20c%C3%B3digo=4247369>

12. Pardo Casanueva L, Loughney González A, Fernández Domínguez M. Quiste folicular. A propósito de un caso. Dent Pract Report [Internet]. 2013 Jul-Ago [Consultado: 2017 Mayo1]; 8:33-6. Disponible en: <http://dy7gy3y759lna.cloudfront.net/n54/Operatoria-dental.pdf>

13. Visconti MAP, Junqueira Rafael B, Verner

Francielle S, Rodrigues Abilio AS, Devito Karina L, 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]. [Internet]. 2014 Abr [Consultado: 2017 Jul 05]; 8(1): 85-91. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2014000100011&lng=es