



Caso clínico

Enucleación de quiste dentígero con proceso inflamatorio. Caso clínico

*Enucleation of dentigerous cyst with inflammatory process. Case report*Alam Domínguez-Anaya¹ y Esteban López-García²¹ Alumno de la carrera de Cirujano Dentista, FES Zaragoza, UNAM,² Profesor de asignatura A de la Carrera Cirujano Dentista, FES Zaragoza, UNAM.

RESUMEN

Introducción. El quiste dentígero es el más común encontrado en la cavidad oral. Se ha reportado que la inflamación que progresa desde el ápice de la raíz de los dientes deciduos provoca el desarrollo del quiste dentígero alrededor del diente permanente no erupcionado.

Caso clínico. Paciente femenino de 13 años de edad, con dentición mixta aparentemente sana, la cual acude a consulta para valoración y tratamiento de ortodoncia, se solicitan estudios de imagenología en los cuales se observa lesión radiolúcida circunscrita delimitada asintomática rodeando la corona del diente 45. Se elaboró el expediente clínico y se le realizó una tomografía axial computarizada tipo (Cone Beam). La interpretación de la tomografía justificó la indicación de enucleación completa de la lesión. Posterior a la intervención quirúrgica el tejido extraído fue enviado a patología para el estudio histopatológico. El diagnóstico definitivo fue quiste dentígero con proceso inflamatorio crónico. Una vez enucleada la lesión el paciente es remitido con el especialista en ortodoncia para tracción ortodóntica del diente 45. **Conclusiones.** La detección, diagnóstico histopatológico y tratamiento oportuno del quiste dentígero son fundamentales para evitar complicaciones, además de la importancia del diagnóstico diferencial con los tumores malignos.

Palabras clave: Extirpación, tumor, biopsia, arrastre.

ABSTRACT

Introduction. The dentigerous cyst is the most common found in the oral cavity. It has been reported that the inflammation that progresses from the deciduous apex teeth root causes the development of the dentigerous cyst around non-erupted the permanent tooth. **Case report.** A 13-year-old female patient, with apparently healthy mixed dentition, who goes to consultation for evaluation and orthodontic treatment, requested imaging studies, in which an asymptomatic delimited circumscribed radiolucent lesion surrounding the 45th crown tooth is observed. The clinical file was carried out and a computerized axial tomography (Cone Beam) was performed. The interpretation of the tomography justified the indication of complete enucleation of the lesion. After the surgical intervention, the extracted tissue was sent to pathology for the histopathological study. The definitive diagnosis was a dentigerous cyst with a chronic inflammatory process. Once the lesion is enucleated, the patient is sent to the orthodontic specialist for the 45th tooth orthodontic traction. **Conclusions.** Detection, histopathological diagnosis and timely treatment of the dentigerous cyst are essential to avoid complications, in addition to the importance of differential diagnosis of malignant tumors.

Key words: Removal, tumor, biopsy, pull

Correspondencia: Esteban López García
Email: logar14@hotmail.com

Artículo recibido: 15 de mayo de 2019
Artículo aceptado: 5 de junio de 2019

INTRODUCCIÓN

Un quiste se define como una cavidad patológica que tiene contenido líquido, semilíquido o gas y que no se crea por la acumulación de pus. Esta definición no requiere la presencia de un revestimiento epitelial como esencial para un diagnóstico, y reconoce que una serie de lesiones que no son de origen epitelial son quísticas y se incluyen comúnmente en la clasificación de los quistes. En los maxilares, todos los quistes odontogénicos están recubiertos de epitelio, pero varias lesiones quísticas, que deben incluirse en el diagnóstico diferencial, no lo están.¹

Los quistes odontogénicos de los maxilares pueden ocurrir en cualquier período del ciclo de vida, su localización depende en gran medida del origen del quiste. Pueden existir como cavidades únicas o múltiples que están revestidas por un epitelio de quiste específico. Usualmente se caracterizan por un crecimiento pequeño y asintomático que en su mayoría resulta en grandes cavidades óseas. Los quistes más frecuentes son los quistes radiculares seguidos de los quistes foliculares y los tumores odontogénicos queratoquísticos.²

Los quistes odontogénicos constituyen un grupo heterogéneo de lesiones que se han clasificado como responsables de un alto número de intervenciones quirúrgicas extensas. Ésto se debe, al menos en parte a su crecimiento progresivo, lo que produce pérdida ósea importante y propensión a la fractura patológica e infección secundaria.

El quiste dentígero (QD) se origina por la separación del folículo que rodea la corona de un diente no erupcionado. Este quiste encierra la corona del diente no erupcionado y se une al diente en la unión amelocementaria. La patogenia de este quiste es incierta, pero aparentemente se desarrolla por acumulación de líquido entre el epitelio del esmalte reducido y la corona dental. Aunque la mayoría de los quistes dentígeros se consideran de origen del desarrollo, hay algunos ejemplos que parecen tener una patogénesis inflamatoria.³ Los QD son los quistes odontogénicos de desarrollo más comunes de los maxilares. Representan aproximadamente el 20-24% de todos los quistes de la mandíbula con epitelio. Los QD se presentan con mayor frecuencia en la hombres de la segunda y tercera décadas de la vida, aunque también pue-

den encontrarse en niños. Estos quistes suelen ser asintomáticos, a menos que exista una exacerbación inflamatoria aguda y, por lo tanto, estas lesiones generalmente se diagnostican durante el examen radiográfico de rutina de un diente perdido. Si el quiste alcanza un tamaño mayor a 2 cm de diámetro, puede presentarse inflamación, desplazamiento dental, movilidad dental, reabsorción radicular y dolor dental. Pueden expandirse a un tamaño sustancial y pueden causar retención de cualquier diente afectado, deformación del hueso alveolar circundante y expansión del hueso cortical.⁴

La fisiopatología del QD se caracteriza por la acumulación de líquido que se produce como resultado de la presión ejercida por un diente potencialmente en erupción en un folículo impactado que obstruye la salida venosa y, por lo tanto, induce la transudación rápida del suero a través de las paredes capilares.⁵ Por otro lado, se ha propuesto como posible origen del QD la descomposición de las células en proliferación del folículo después de una erupción impedida. Estos productos de degradación dan como resultado un aumento de la tensión osmótica y, por ende, la formación de quistes.⁶

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 13 años de edad que acude a consulta dental para colocación de aparatología de ortodoncia, a la exploración clínica se observa ausente el segundo premolar inferior derecho; se solicita primeramente una ortopantomografía en la cual se observa lesión unilocular, de bordes definidos que rodea la corona dentaria del segundo premolar inferior derecho. Posteriormente se solicita la toma de una tomografía para visualizar de mejor manera el grado de afectación de la lesión. (Figura 1). En la Figura 2 se muestra la imagen de la cavidad quística. Se realizó un bloque anestésico regional del cuadrante inferior derecho, utilizando lidocaína con epinefrina al 2%, se procede al desprendimiento del colgajo de espesor total, visualizando la zona afectada. Posteriormente se realizó osteotomía de la misma exponiendo la cavidad quística, retirando toda la lesión existente y lavando con solución fisiológica. Finalmente se colocó sutura no reabsorbible 3/0. Se optó por



Figura 1. Tomografía tipo cone beam mostrando lesión radiolúcida unilocular proveniente de la unión amelocementaria del Órgano Dentario 45 retenido y en contacto con la lámina dura del OD 44.

dejar diente involucrado para que posteriormente sea traccionado con tratamiento de ortodoncia. Se le instruye al paciente lavado con suero fisiológico e indicaciones postoperatorias. La muestra obtenida es colocada en formol al 10% para su procesamiento por parte del personal de patología quienes reportaron un quiste dentífero con proceso inflamatorio (Figura 3). Se hizo un seguimiento de la de la paciente observando a los 15 días una evolución clínica exitosa (Figura 4), por lo que a los 30 días fue posible iniciar el tratamiento ortodóntico (Figura 5).

DISCUSIÓN

El QD es el tipo más común de quiste odontogénico del desarrollo. Puede causar expansión cortical



Figura 2. Se muestra cavidad quística

y resultar en asimetría facial. En los exámenes radiográficos se caracteriza una lesión unilocular radiolúcida definida sin síntomas. Debe ser diagnosticado diferencialmente entre el quiste residual, el queratociste odontogénico, el ameloblastoma y el odontoma.⁷

La eliminación total de estos quistes sigue siendo el objetivo principal para prevenir su recurrencia. Sin embargo, en la literatura actual, no hay una recomendación clara para un abordaje quirúrgico específico. Básicamente se describen dos técnicas de operación diferentes. La primera es la técnica de descompresión o marsupialización para crear una comunicación del quiste con la boca y, por lo tanto, desencadenar la regeneración ósea apositiva y reducir el diámetro / volumen del quis-

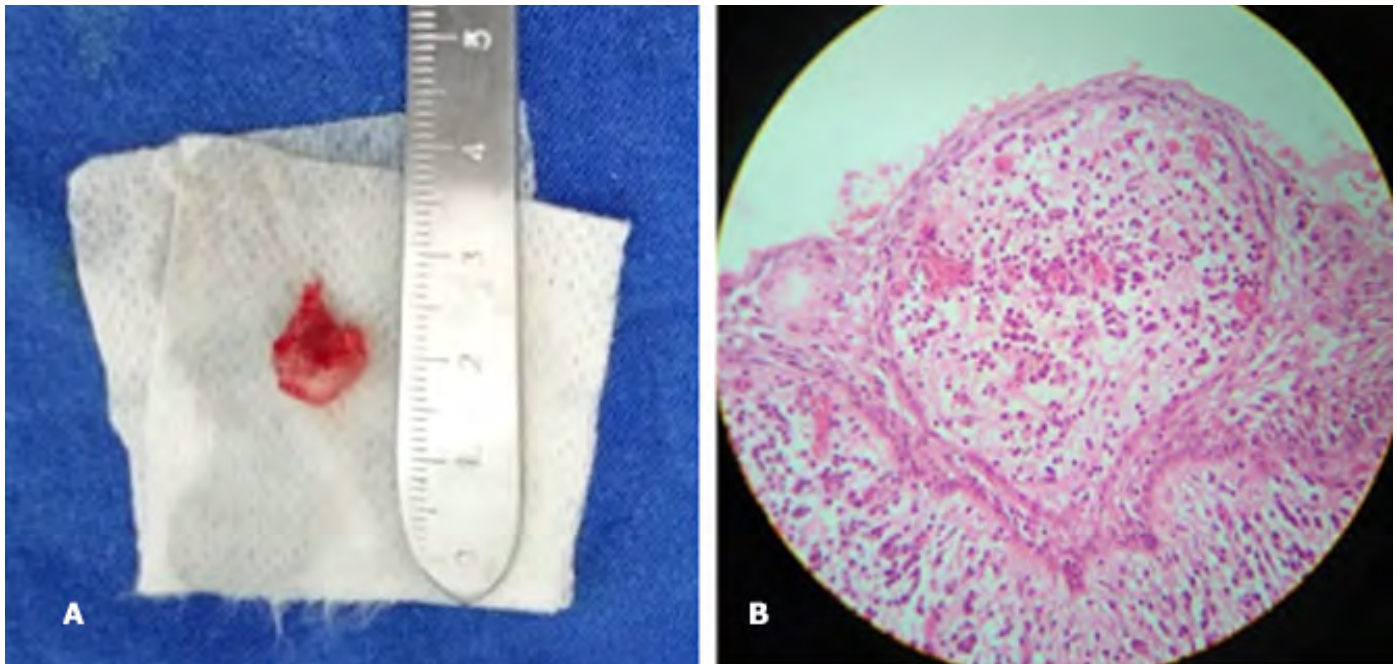


Figura 3. A. Tejido de la lesión quística enucleada. B. Imagen histopatológica muestra cápsula fibrosa con infiltración inflamatoria crónica.



Figura 4. Se muestra fotografía intraoral del postoperatorio a los 15 días.

te. Esta técnica debe minimizar la morbilidad de los pacientes y preservar las estructuras sensibles.² La desventaja de la marsupialización es el tejido patológico que queda *in situ*. El ameloblastoma, el carcinoma de células

escamosas o el carcinoma mucopidermoide intraóseo pueden desarrollarse a partir de las células en el revestimiento de un QD; sin embargo, la recurrencia de QD rara vez se encuentra, especialmente después de la extirpación completa de los quistes o la erupción dental.⁷

La otra técnica es la también llamada enucleación, que significa extirpar el quiste en su totalidad. La cavidad resultante puede dejarse sin tratar, esperando la regeneración ósea espontánea, ya sea a partir del coágulo de sangre formado o las paredes óseas adyacentes cubiertas por tejido blando. La otra opción es rellenar las cavidades con hueso autólogo o material sustituto de hueso.²

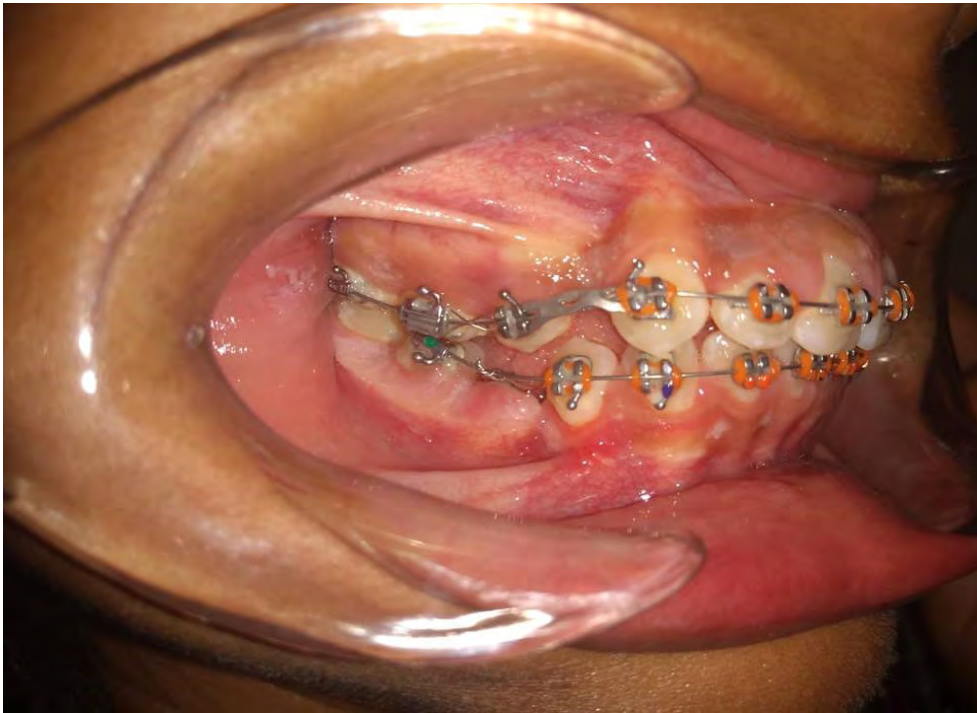


Figura 5. Se muestra fotografía intraoral a los 30 días del postoperatorio.

Los niños tienen mayor capacidad para regenerar huesos destruidos; por lo tanto, se decidió enuclear la lesión quística esperando la regeneración ósea espontánea, conservando el diente involucrado, para posteriormente traccionarlo mediante tratamiento ortodóntico.

Según el tamaño del quiste, la edad del paciente, la proximidad a las estructuras vitales y el valor estratégico del diente impactado se decidirá el tipo de procedimiento a realizar ya sea enucleación o marsupialización, para beneficio del paciente. Es indispensable la biopsia para determinar el tipo de lesión y así poder elegir el mejor plan de tratamiento.

CONCLUSIONES

La detección, diagnóstico histopatológico y tratamiento oportuno del quiste dentígero son fundamentales para evitar complicaciones, además de la importancia del diagnóstico diferencial con los tumores malignos.

AGRADECIMIENTOS

El manuscrito fue revisado y editado en el Programa para la Investigación Bibliográfica Científica sobre Salud (PIBCIS) de la FES Zaragoza, UNAM.

REFERENCIAS

1. Martin LHC, Speight PM. Odontogenic cysts: an update. *Diagn Histopathol.* 2017; 23(6): 260-265.
2. Buchbender M, Neukam FW, Lutz R, Schmitt CM. Treatment of enucleated odontogenic jaw cysts: a systematic review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2018;125(5):399-406.
3. Neville BW, Damm DD, Allen C, Bouquot J. *Oral and maxillofacial pathology.* 3a. ed. USA: SAUNDERS ELSEVIER; 2009.
4. Bhatia P, Patel P. Recurrent dentigerous cyst with malignant transformation of cyst lining. A case report. *JPFA.* 2012;26(2): 59-63.
5. Main DM. Epithelial jaw cysts: a clinical pathological reappraisal. *Br J Oral Surg.* 1970;8(2):114-125.
6. Toller P. Origin and growth of cysts of the jaws. *Ann R Coll Surg Engl.* 1967;40(5):306-336.
7. Hu YH, Chang YL, Tsai A. Conservative treatment of dentigerous cyst associated with primary teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011;112(6):e5-e7. doi: 10.1016/j.tripleo.2011.03.041.