



Quistes de los maxilares en niños: un análisis clínico

Gustavo Pina Godoy,* Éricka
Janine Dantas da Silveira,**
Manuel Antonio Gordón-Núñez,***
Lélia María Guedes Queiroz,****
Daniela Medeiros Dantas
Gomes*****

* Alumno de doctorado del Programa Post Grado en Patología Oral/UFRN. gruiiga@hotmail.com

** Alumna de maestría del Programa de Post Grado en Patología Oral/UFRN. ericka_janine@yahoo.com.br

*** Alumno de doctorado del Programa Post Grado en Patología Oral/UFRN. Programa Estudiante Convênio Panamá-Brasil (PEC-PG). gordonnunez@patologiaoral.com.br

**** Profesora Dra. del Programa de Post Grado en Patología Oral/UFRN. lmgqueiroz@hotmail.com

***** Becaria de Iniciación Científica CNPq/PIBIC del Programa de Post Grado en Patología Oral/UFRN. danielamd@globo.com

Resumen

Objetivo: Realizar una evaluación epidemiológica de los quistes odontogénicos en pacientes de 0 a 14 años de edad, verificando cuáles son las lesiones de mayor incidencia entre estas edades. **Métodos:** Fueron evaluadas 100 fichas histopatológicas de lesiones diagnosticadas como quistes de naturaleza odontogénica, enfatizando las características clínicas (género, edad, tipo de lesión quística, localización anatómica y tamaño de la lesión) y radiográficas. **Resultados:** Fue observado que el género masculino, con edad media de 9,78 años, así como las regiones posterior de mandíbula y anterior de la maxila fueron más comprometidos. El quiste dentígero fue la lesión más común, seguida del quiste radicular. Se observó además, que en la muestra evaluada el aspecto radiográfico unilocular y las lesiones asintomáticas fueron las más frecuentes. **Conclusiones:** Se concluyó que es muy importante realizar este tipo de estudios, una vez que a través de ellos podemos conocer la frecuencia e incidencia de diversas lesiones, principalmente en pacientes pediátricos, en los cuales poco se conoce sobre la prevalencia de las lesiones quísticas de los maxilares.

Palabras clave: Quistes odontogénicos, quiste dentígero, quiste radicular, odontopediatría.

Abstract

Objective: To realize an epidemiologic survey of odontogenic cysts in patients from 0 to 14 years old in order to find out the most prevalent lesions of each age period. **Methods:** 100 histopathologic files of lesions diagnosed as cysts of odontogenic origin were retrieved emphasizing their clinic (cystic lesion pattern, gender, age, anatomical site and lesion length) and radiographic features, which the surgical specimens were forwarded for the Oral Pathology Service of UFRN. **Results:** It could be identified that either the male gender, with an age average of 9,78 years, or the mandible posterior and the anterior maxilla region were more involved. Dentigerous cyst was the most prevalent lesions, followed by the radicular cyst. Moreover, a unilocular radiolucence and asymptomatic lesions were more common in the sample. **Conclusions:** To sum up, it can be inferred the outstanding relevance of studies like the present since that it is through than that it can be reached the knowledge of the frequency and incidence of several lesions, especially in paediatric patients in as much as the few knowledge of the cystic lesion prevalence in their jaws.

Key words: Odontogenic cysts, dentigerous cyst, radicular cyst, pediatric dentistry.

Recibido para publicación:
18-Octubre-2007

Introducción

El quiste es una cavidad patológica con contenido fluido, semifluido o gaseoso, la cual no es formada por la acumulación de pus. Esta cavidad es frecuentemente, pero no siempre, revestida por epitelio.¹

Según la OMS,² los quistes de los maxilares son clasificados en epiteliales y no epiteliales. Los quistes epiteliales pueden ser subdivididos en odontogénicos y no odontogénicos. Los quistes odontogénicos son lesiones óseo destructivas de ocurrencia común en los maxilares, que pueden ser divididos en quistes de desarrollo e inflamatorios.

Entre todas las lesiones quísticas que comprometen los maxilares, el quiste radicular presenta la mayor incidencia en la población en general, seguido del quiste dentígero, quiste nasopalatino y ceratoquiste odontogénico.³

Poco se conoce sobre la frecuencia de esas lesiones en la población infantil, debido a que son escasos los estudios epidemiológicos relacionados con este asunto. El propósito de este trabajo fue verificar la distribución, características clínicas y radiográficas de los quistes de los maxilares en pacientes pediátricos entre las edades de 0 a 12 años.

Metodología

Fueron seleccionados los resultados histopatológicos con diagnóstico de quistes de origen odontogénica y reevaluación de las respectivas fichas de solicitud del examen anatomopatológico pertenecientes a los archivos del Programa de Post Grado en Patología Oral de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN), correspondientes al periodo de marzo de 1970 a noviembre de 2002. Fueron colectados los datos relacionados a las características clínicas y radiográficas de los quistes, seguido del análisis estadístico descriptivo y la tabulación de los datos de las referidas lesiones.

Resultados

Del total de 800 casos diagnosticados como quistes de origen odontogénica en el periodo de 32 años en el Servicio de Anatomía Patológica del Programa de Post grado en Patología Oral de la UFRN, 100 casos ocurrieron en pacientes entre las edades de 0 a 14 años, representando 12.5% de la muestra evaluada. Las lesiones evaluadas se encuentran representadas en el *cuadro I*. El quiste de mayor incidencia fue el dentígero (57%), seguido del quiste radicular (31%), ceratoquiste odontogénico (3%), quiste de erupción (2%), quiste odontogénico calcificante y quiste periodontal lateral (1%). Cinco casos no fueron encuadrados como lesiones específicas, siendo diagnosticados apenas como quistes de naturaleza odontogénica.

Se observó que 72% de los casos ocurrieron en pacientes del género masculino y 28% en el femenino. Las lesiones comprometieron pacientes entre las edades de 2 a 14 años, con media de 9,78 años. La edad media de los pacientes con quistes dentígeros fue de 8,28 años, observándose mayor incidencia en pacientes con 11 años de edad y con los quistes radiculares la edad media fue de 10,58 años, ocurriendo principalmente en pacientes con 14 años de edad (*Cuadro II*).

El tamaño de las lesiones varió de 0.6 a 7.5 cm, presentando los queratoquistes el mayor diámetro. La localización anatómica más frecuente fue la región posterior de la mandíbula con 44% de los casos, seguida de la región anterior de la maxila (30%), región posterior de la maxila (17 %) y región anterior de la mandíbula (4%). En 5 fichas clínicas no se encontró referencia de la localización anatómica de la lesión (*Cuadro III*). El quiste dentígero fue más frecuente en la región posterior de la mandíbula y anterior de la maxila, el quiste radicular fue más común en la región posterior de la mandíbula seguida de la región posterior de la maxila.

Cuadro I. Tipos de quistes odontogénicos evaluados, Natal/RN – 2004.

	Número de casos	%
Quiste dentígero	57	57
Quiste radicular	31	31
Ceratoquiste odontogénico	3	3
Quiste de erupción	2	2
Quiste odontogénico calcificante	1	1
Quiste periodontal lateral	1	1
No clasificados	5	5

Fuente: Programa de Post Grado en Patología Oral – UFRN.

Cuadro II. Media de edad de los pacientes afectados por quistes odontogénicos en la muestra evaluada, Natal/RN – 2004.

	Media de edad (Desvío patrón)
Quiste dentígero	9,82 (± 2,92)
Quiste radicular	10,58 (± 2,80)
Ceratoquiste odontogénico	5,66
Quiste de erupción	9

Fuente: Programa de Post Grado en Patología Oral – UFRN.

Cuadro III. Localización anatómica de los quistes odontogénicos evaluados, Natal/RN – 2004.

Región anatómica	Número de casos	%
Posterior de mandíbula	44	44
Anterior de maxila	30	30
Posterior de maxila	17	17
Anterior de mandíbula	4	4
No relatado	5	5

Fuente: Programa de Post Grado en Patología Oral – UFRN.

La mayoría de las lesiones presentó aspecto radiográfico radiolúcido unilocular, representando 86% de la muestra, el aspecto radiolúcido con áreas radioopacas sólo fue evidenciado en 13% de las lesiones. En 52% de los casos se observó que la lesión no provocaba sintomatología dolorosa y apenas 10% de los casos presentaron tal característica clínica, fue verificada la ausencia en las fichas de información relacionada a la sintomatología en 38% de los casos. El aumento de volumen y la secreción purulenta constituyeron características clínicas poco observadas (2%).

Discusión y conclusiones

Los quistes odontogénicos pueden tener origen inflamatorio o de desarrollo. En este análisis realizado en el periodo de 32 años en el Servicio de Anatomía Patológica del Programa de Post Grado en Patología Oral de la UFRN se identificó que 64% de los casos se presentaban como quistes de desarrollo y sólo 31% constituían quistes de origen inflamatorio, corroborando los datos de la literatura que relatan una menor incidencia de los quistes de origen inflamatorio en pacientes infantiles,^{4,5} al contrario de lo que ocurre en la población adulta, la cual según algunos autores^{1,6} es más comprometida por lesiones quísticas de origen inflamatorio. En cinco casos, las lesiones fueron clasificadas como quistes de origen odontogénica por el hecho de no presentar características clínicas e histopatológicas que direccionaran un diagnóstico específico.

Es relatado que el género masculino es más afectado por lesiones quísticas de origen odontogénica.⁷ Sin embargo, BODNER³ no encontró diferencia significativa entre los géneros en una muestra de pacientes pediátricos, al contrario de los resultados del presente estudio que evidenciaron una incidencia representativa en pacientes del género masculino (78%), corroborando los datos de la literatura.⁷

El quiste dentígero representa el quiste de desarrollo más común en la población en general, afectando principalmente pacientes entre la segunda y tercera décadas de vida⁸ Pocos datos son encontrados en la literatura con respecto a la incidencia de lesiones quísticas en pacientes pediátricos, un autor³ relató el quiste dentígero como el más común en una población infantil. Los resultados del presente estudio refuerzan los relatos del autor antes citado, ya que el quiste dentígero resultó ser la lesión más común, correspondiendo a 57% de los casos.

Es relatado que, cuando múltiples quistes dentígeros son diagnosticados en un paciente debe sospecharse la posibilidad de asociación con un síndrome, como el síndrome de Gorlin-Goltz, con la displasia cleidocraneana o con el síndrome de Gardner.⁹ En este estudio no fue identificado ningún caso de asociación de múltiples quistes dentígeros en un mismo paciente.

El quiste radicular resultó ser la segunda lesión más frecuente, representando 31% de los casos analizados en este estudio. Según algunos autores^{4,10} tal quiste es el más frecuente en el complejo maxilo-mandibular de la población en general, siendo raros los casos en pacientes infantiles. Otros autores⁵ argumentan que lo antes citado se debe al hecho de que probablemente en los dientes decíduos el estímulo inflamatorio no tuvo tiempo para actuar como agente irritante crónico.

La edad media de la población estudiada fue de 9,78 años, siendo más frecuentes los casos en pacientes con 11 años. Fue observado que la mayoría de los casos de quiste dentígero también afectaron pacientes de esta edad, sin embargo, el quiste radicular ocurrió principalmente en pacientes de 14 años, debiendo atribuirse este hecho probablemente a una permanencia de tiempo mayor del primer molar permanente en la cavidad bucal, favoreciendo con esto el desarrollo de lesiones periapicales inflamatorias asociadas a la caries dental.

Las regiones posterior de la mandíbula y anterior de la maxila fueron las más afectadas en este estudio, por los quistes en general, principalmente por los quistes dentígeros. Sin embargo, los quistes radiculares comprometieron más la región posterior de la maxila y de la mandíbula. Esto se debe probablemente al hecho de que los dientes posteriores, por poseer una concentración mayor de cicatriculas y fisuras, serían más susceptibles a la caries dental y consecuentemente, a las lesiones periapicales de etiología inflamatoria.¹

Las lesiones de mayor dimensión fueron los ceratoquistes odontogénicos. Es relatado que esto se debe al comportamiento agresivo e invasivo de estas lesiones, sugiriendo una posible naturaleza neoplásica benigna para las mismas.¹¹⁻¹³ También se resalta que los ceratoquistes odontogénicos son generalmente asintomáticos, pudien-

do asumir grandes proporciones sin presentar manifestaciones clínicas.^{14,15}

Concluyendo este estudio, verificamos que los quistes odontogénicos en pacientes pediátricos son, generalmente, de origen de desarrollo y resaltamos la importancia de realizar estudios de esta naturaleza, ya que a través de ellos se conoce la incidencia y prevalencia de las más variadas lesiones en poblaciones específicas, especialmente en pacientes pediátricos, debido a la escasez de estudios en esta edad.

Bibliografía

1. Shear M. *Cistos da Região Maxilofacial*. 3ª ed. Oxford: Wright: 1992: 275.
2. Kramer IRH, Path FRC, Pindborg JJ, Shear M. The WHO histological typing of odontogenic tumours. *Câncer* 1992; 70: 2988-2994.
3. Bodner L. Cystic lesions of the jaws in children. *Int J Pediatric Otorhinolaryngol* 2002; 62: 25-29.
4. Mass E, Kaplan I, Hirshberg A. A clinical and histopathological study of radicular cysts associated with primary molars. *J Oral Pathol Med* 1995; 24: 458-461.
5. Lustig JP, Schwartz-Arad D, Shapira A. Odontogenic cysts related to pulpotomized deciduous molars: Clinical features and treatment outcome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 87: 499-503.
6. Bento PM, Souza LB, Pereira Pinto L. Estudo epidemiológico dos cistos odontogénicos: Análise de 446 casos. *Odontociencia* 1996; 22:125-142.
7. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Cistos e tumores odontogénicos. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*, 1ª ed., Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 1998: 481-527.
8. Juarez RP, Lucas GV, Lucas ON. Quiste dentígero: Nuevos conceptos sobre su etiopatogenia. *Rev Assoc Odontol Argent* 2000; 88: 475-479.
9. Sands T, Tocchio C. Multiple dentigerous cysts in a child. *Oral Health* 1998; 88: 27-29.
10. Figueiredo CRLV, Santos JN, Albuquerque Jr RLC. Mecanismos imunopatológicos de formação e expansão do cisto radicular: uma abordagem atual. *RPG Rev Pós Grad* 1999; 6: 180-187.
11. August M, Faquin WC, Troulis M, Kaban LB. Differentiation of odontogenic keratocysts from nonkeratinizing cysts by use of fine-needle aspiration biopsy and cytokeratin-10 staining. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58: 935-940.
12. Ngeow WC, Zain RB, Yeo JF, Chai WL. Clinicopathologic study of odontogenic keratocysts in Singapore and Malaysia. *J Oral Scien* 2000; 42: 9-14.
13. Shear M. The aggressive nature of the odontogenic keratocyst: is it a benign cystic neoplasm? Parte I. Clinical and early experimental evidence of aggressive behaviour. *Oral Oncology* 2002; 38: 219-226.
14. Tsukamoto G, Sasaki A, Akiyana T et al. A radiologic analysis of dentigerous cysts and odontogenic keratocysts associated with a mandibular third molar. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 91: 743-747.
15. Myoung H, Hong S-P, Hong S-D, Lee, J-I et al. Odontogenic keratocyst: Review of 256 cases for recurrence and clinicopathologic parameters. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 91: 328-333.

Reimpresos:
Lélia Maria Guedes Queiroz
Universidade Federal do Rio
Grande do Norte
Departamento de Odontologia/Programa
de Pós-graduação em Patologia Oral
Av. Senador Salgado Filho, 1787,
Lagoa Nova
CEP: 59056-000 Natal/RN
Tel: (055)(84) 215-4108
PABX: (84) 215-4138
Este documento puede ser visto en:
www.medigraphic.com/adm