

Quiste dentígero maxilar: etiología, manejo quirúrgico y consideraciones especiales. Presentación de caso clínico.

Maxillary dentigerous cyst: etiology, surgical management and special considerations. Presentation of clinical case.

Ulises Dávila Cordero,* Jorge Alberto Fernando Varela López,** Evaristo Hernández Quiroz,*** Emanuel Martin Hernández[†]

RESUMEN

El quiste dentígero deriva del epitelio reducido del esmalte que rodea a la corona de un diente no erupcionado, es una entidad patológica la cual se presenta en maxilar o mandíbula, siempre relacionado a la corona de un diente incluido. Presentamos un caso clínico de quiste dentígero en maxilar relacionado a un segundo premolar derecho, el cual se presentó como un hallazgo radiográfico. El manejo fue de manera oportuna con biopsia excisional y extracción del diente incluido. Describimos su etiología, características clínicas e imagenológicas, técnica quirúrgica, análisis histopatológico y consideraciones especiales.

Palabras clave: Quiste dentígero, quistes de la región maxilofacial, quistes odontogénicos, dientes incluidos, erupción dental.

ABSTRACT

Dentigerous cyst derives from the reduced epithelium of enamel that surrounds the crown of an unerupted tooth, is a pathological entity that occurs in maxilla and jaw. Always related to the crown of the included tooth. We present a clinical case of dentigerous cyst in the maxilla related to a second right premolar, which presented as a radiographic finding. Was handled in a timely manner with excisional biopsy and extraction of the included tooth. We describe its etiology, clinical and imaging characteristics, surgical technique, histopathology and special considerations.

Key words: Dentigerous cyst, maxillofacial cysts, odontogenic cysts, teeth included, dental eruption.

INTRODUCCIÓN

El quiste dentígero es una entidad patológica que se presenta en maxilar o mandíbula, es una cavidad ósea revestida por epitelio presentando contenido líquido en su interior, relacionado a la corona de un diente no erupcionado.¹ La mayor incidencia se presenta en el segundo y tercer decenio de vida, afectando en mayor porcentaje a hombres, en una proporción de 1.6:1.^{1,2} El sitio de predilección es la mandíbula, asociado a los terceros molares y caninos no erupcionados principalmente.^{1,2} Las

características clínicas son: expansión cortical, deformidad facial, obstrucción de la erupción dental, desplazamiento dentario y dolor.^{1,3} Radiográficamente se presenta como una cavidad ósea unilocular radiolúcida, delimitada por un borde radiopaco bien definido, con la presencia de un diente incluido.¹⁻³ Histológicamente está revestido por epitelio escamoso estratificado no queratinizado, el quiste dentígero de larga evolución puede presentar cambios displásicos en su revestimiento epitelial.¹⁻³ El diagnóstico diferencial incluye: queratoquiste, ameloblastoma unicístico, tumor odontogénico adenomatoide y fibroma ameloblástico.¹⁻³ El tratamiento es quirúrgico mediante la enucleación completa del quiste, la exteriorización o marsupialización; se utiliza en quistes que han dañado porciones significativas de la mandíbula.^{1,3} Las complicaciones asociadas al quiste dentígero son: destrucción ósea extensa, desplazamiento de estructuras anatómicas, fractura patológica o infección secundaria, entre otras.^{2,3} Estas condiciones se presentan cuando el quiste alcanza dimensiones considerables debido a factores de

* Cirujano Oral y Maxilofacial. Hospital General ISSSTE Poza Rica Veracruz, Catedrático Universidad Veracruzana Región Poza Rica-Tuxpan.

** Cirujano Oral y Maxilofacial. Hospital General de Zona Núm. 14, IMSS, Hermosillo Sonora, Catedrático Universidad de Sonora.

*** Director de la Facultad de Odontología Universidad Veracruzana Región Poza Rica-Tuxpan.

[†] Cirujano dentista de Práctica Privada, Poza Rica, Veracruz.

Recibido: 12 Septiembre 2017. Aceptado para publicación: 15 Marzo 2018.

expansión quística: proliferación epitelial, acumulación de contenidos celulares, crecimiento hidrostático, factor de resorción ósea y actividad enzimática intracapsular.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente pediátrica de 12 años de edad referida a la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad Veracruzana región Poza Rica-Tuxpan, con diagnóstico de

quiste maxilar derecho, sin antecedentes relevantes en su historia médica para el padecimiento actual. Clínicamente presentaba aumento de volumen en región geniana derecha, intraoralmente en maxilar derecho, expansión cortical en región de premolares, tumefacción circunscrita, bien delimitada, indurada, coloración similar a la mucosa adyacente, presencia de segundo molar decíduo con una restauración con una corona acero-cromo (Figuras 1 a 3). Imagenológicamente en la ortopantomografía se observó una zona radiolúcida unilocular circunscrita bien delimitada, con borde radiopaco bien definido, segundo molar incluido en posición horizontal. Segundo molar decíduo con tratamiento pulpar. Tomografía de haz có-



Figura 1. Aumento de volumen extraoral derecho.



Figura 3. Ortopantomografía, quiste maxilar derecho.



Figura 2. Aumento de volumen maxilar derecho, región de premolares.

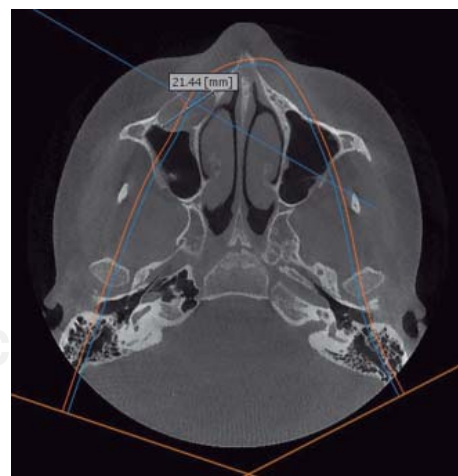


Figura 4. Tomografía de haz cónico corte axial, quiste de 2.6 cm de diámetro.

nico: cortes axiales, sagitales, coronales y reconstrucción tridimensional mostraron quiste maxilar derecho de 2.6 cm de diámetro total, ocupando la tercera parte de la capacidad volumétrica de seno maxilar, desplazamiento de la pared anterior de seno maxilar y pared lateral de la fosa nasal derecha (Figuras 4 a 8).

Procedimiento quirúrgico: se realizó bajo anestesia local regional infiltrativa, incisión contorneante y triangular extensa,⁵ disección mucoperióstica, exposición de la pared anterior de seno maxilar, extracción de segundo molar deciduo, disección fina de la cápsula quística, enucleación de la lesión en su totalidad incluyendo el segundo premolar, tratamiento de la cavidad residual

mediante un curetaje óseo cauteloso. Hemostasia y cierre de la herida quirúrgica con puntos simples de sutura (ácido glicólico 3/0). El procedimiento se realizó sin complicaciones ni eventualidades, respetando estructuras anatómicas comprometidas.^{6,7} El control postoperatorio y retiro de suturas fue a los siete días. Se siguió con un control clínico e imagenológico a los tres meses de evolución (Figuras 9 y 10). El diagnóstico histopatológico concluyó con los hallazgos compatibles en un quiste dentígero que presentaba un proceso inflamatorio crónico inespecífico.⁸



Figura 5. Tomografía de haz cónico cortes sagitales y coronales.

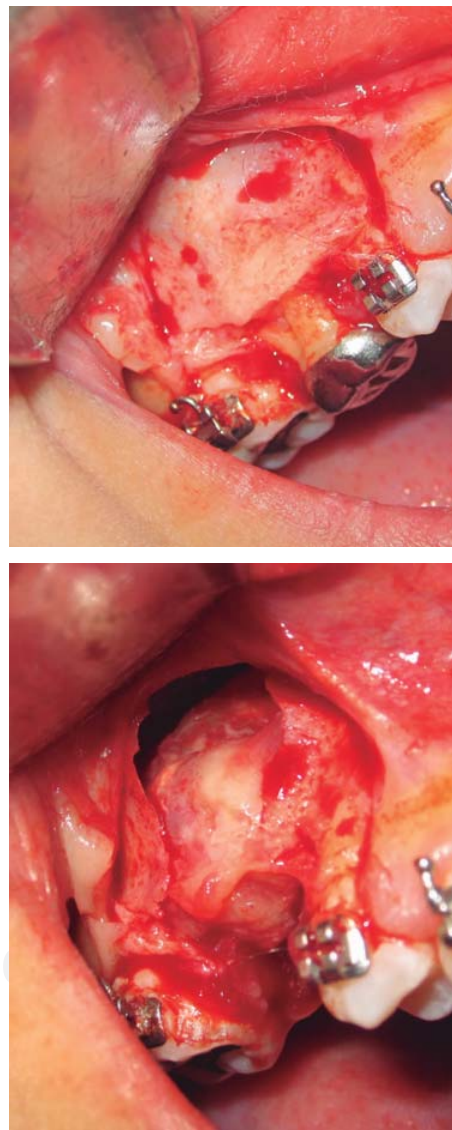


Figura 6. Imágenes transquirúrgicas.

DISCUSIÓN

Los datos que presentan Acosta, Aldape y Rosales^{9,10} indican que procesos infecciosos en dientes deciduos podrían estimular al epitelio del folículo de los dientes permanentes a desarrollar un quiste dentígero, con lo cual coincidimos ampliamente. La literatura clásica menciona que una alternativa de tratamiento para quiste dentígero es la marsupialización o exteriorización, permitiendo la erupción del diente incluido. En nuestra opinión los dientes incluidos con posición favorable y en lesiones pequeñas pueden posicionarse. En el caso presentado se consideró la posición desfavorable y la necesidad del espacio para un tratamiento ortodóncico.

La inflamación en los folículos de dientes permanentes, ocasionada por los dientes deciduos con pulpa desvitalizada, podría ser un factor de estimulación en

el epitelio del folículo dental y dar como resultado la formación de un quiste dentígero.

CONCLUSIÓN

La ausencia clínica de dientes permanentes y la presencia de dientes deciduos desvitalizados en pacientes pediá-

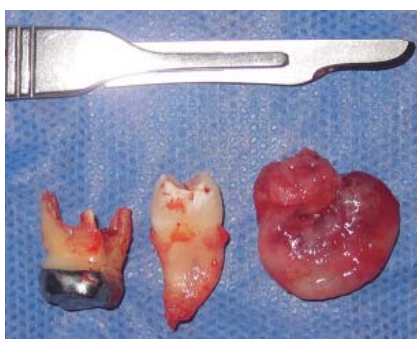


Figura 7. Pieza quirúrgica.

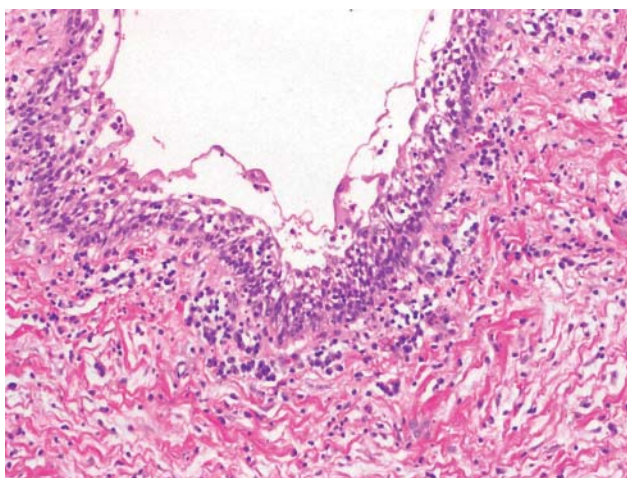


Figura 8. Histopatológico muestra un quiste, tinción, hematoxilina y eosina; 10 x.



Figura 9. Control radiográfico a tres meses de evolución.



Figura 10. Control clínico a tres meses de evolución.

tricos deben ser indicativos para solicitar estudios radiográficos extraorales, a fin de detectar en forma temprana quistes o tumores de la región maxilofacial y tratarlos de manera oportuna. La tomografía de haz cónico es una herramienta efectiva para delimitar el tamaño de lesiones como quistes o tumores y su posible compromiso con estructuras anatómicas involucradas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Philip SJ, Eversole L, Wysocki G. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Madrid: Mosby-Elsevier; 2005. pp. 42-43.
2. Regezi J, Sciubba J, Jordan R. Oral pathology clinical pathologic correlations. St. Louis, Missouri: Elsevier Science; 2003. pp. 246-248.
3. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquet J. Oral & maxilofacial pathology. Philadelphia, W: B Saunders Company; 2002. pp. 590-593.
4. Mosqueda TA, Deister ME. Los factores de expansión en quistes odontogénicos. *Práctica Odontológica*. 1985; 6 (7): 13-20.
5. Donado M. Cirugía bucal, patología y técnica. Barcelona: Masson; 1998. pp. 499-502.
6. Chiapasco M. Procedimientos de cirugía oral respetando la anatomía. Bogotá: Amolca; 2009. pp. 156-176.
7. Hupp J, Ellis E, Tucker M. Cirugía Oral y Maxilofacial Contemporánea. Barcelona: Elsevier; 2014. pp. 448-463.
8. Mosqueda TA, Irigoyen ME, Díaz MA, Torres MA. Quistes odontogénicos. Análisis de 856 casos. *Medicina Oral*. 2002; 7: 89-96.
9. Acosta M, Aldape B, Rosales L. Quiste dentígero en pacientes pediátricos en el Hospital Centro Médico "La Raza". *Rev Mex Cir Bucal Max*. 2017; 13 (1): 4-11.
10. Zhang L, Yang R, Zhang W, Li D, MacDonald J, Poh CF. Dentigerous cyst: a retrospective clinicopathological analysis of 2082 dentigerous cysts in British Columbia, Canada. *Int J Oral Maxilofac Surg*. 2010; 39 (9): 878-882.

Correspondencia:

COMF. Ulises Dávila Cordero
E-mail: davilau15@gmail.com