

Hospital Pediátrico Docente "Centro Habana", La Habana, Cuba.

Quiste dentífero en la "llave de la oclusión". A propósito de un caso

Dentigerous cysts in the "synclesis key". On purpose of a case

Yurian Gbenou Morgan^I y Librado Pascual Vergara Piedra^{II}

^IEspecialista Primer Grado en Cirugía Maxilofacial y Especialista Primer Grado en Estomatología General Integral. Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. ygmorgan@infomed.cu

^{II}Especialista Segundo Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. libradopascual@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El primer molar permanente es el primer diente en brotar de la dentición definitiva, y es una pieza extremadamente importante para el desarrollo de la oclusión dentaria. Teniendo en cuenta la maloclusión dentaria que provoca la asociación de un quiste dentífero a un primer molar permanente, "la llave de la oclusión", se presenta el siguiente caso clínico en un paciente pediátrico.

Objetivo: Presentar un caso clínico en un paciente pediátrico que presentó un quiste dentífero asociado a un primer molar permanente.

Presentación del caso: Paciente masculino de 8 años de edad, con antecedentes de salud, que presentaba ausencia clínica de primer molar inferior derecho (46), y al estudio radiológico panorámico se constató una imagen radiolúcida asociada a la corona del 46. Se decide tratamiento quirúrgico, planteándose la enucleación de la lesión quística. A través de la pieza quirúrgica analizada en el servicio de Anatomía Patológica de la Institución se determinó el diagnóstico de quiste dentífero.

Conclusión: Se concluye que el quiste dentífero puede encontrarse asociado a un primer molar permanente retenido en pacientes pediátricos.

Palabras clave: Quiste dentífero, primer molar, quistes odontogénicos, maloclusión dentaria.

ABSTRACT

Introduction: The permanent first molar is the first tooth springing out of permanent dentition, and it is an extremely important piece for the development of dental

synclesis. Taking into consideration, the anaraxia due to the association of a dentigerous cyst (DC) to a first permanent molar, "the synclesis key", is bring forward the following clinic case in a pediatric patient.

Objective: To present a pediatrics patient clinic case that has a DC associated with the first permanent molar.

Case presentation: Male patient of eight years old, with health history, that present a clinical absent of the right down first molar (46), and that the panoramic x-ray test show a radiolucent image associate to the 46 crown. Was decided a surgical treatment, proposing the enucleating of cyst wounds. Through a Pathological Anatomy analysis of the chirurgic piece, the diagnosis of a dentigerous cyst was achieved.

Conclusion: It is concluded that can be found a dentigerous cyst associated to a retained first permanent molar in pediatrics patients.

Keywords: Dentigerous cyst, first molar, odontogenic cyst, dental anaraxia.

INTRODUCCIÓN

Los primeros molares son los primeros dientes permanentes en hacer erupción; constituyen las piezas más voluminosas de la dentición e irrumpen en la boca sin ser sustitutos de algún molar precedente temporal. Edward H. Angle (1899) describió los primeros molares permanentes como las piezas claves de la oclusión dentaria, llamando a la relación que guarda el primer molar superior con el inferior, "llave de la oclusión". Además, este grupo molar inicia el segundo levante fisiológico de la oclusión, estimula el desarrollo cráneo-facial y sirve de orientación a los demás dientes.¹

Entre las principales causas de la pérdida del primer molar permanente en edades tempranas se encuentran la caries dental, la enfermedad periodontal, los traumatismos y las tumoraciones.

La ausencia del primer molar inferior permanente trae como consecuencia la disminución hasta 50% en la eficacia de la masticación. Igualmente hay un desgaste oclusal desigual que va asociado al hábito de masticar de un solo lado de la boca y la erupción continuada de los dientes antagonistas.²

El quiste dentígero (QD) también llamado folicular, se encuentra relacionado con dientes que no han erupcionado con mayor incidencias en los terceros molares, caninos y dientes supernumerarios.³ Ocupan el segundo lugar en orden de frecuencia de aparición después de los quistes radiculares inflamatorios y son los primeros dentro de los quistes odontogénicos del desarrollo. Presentan un patrón de crecimiento lento, aunque en niños se plantea que es más rápido su avance. Pueden originar expansión del hueso, asimetría facial, gran desplazamiento de los dientes y gran reabsorción radicular de los dientes adyacentes. Por otra parte, pueden estar relacionados a un odontoma compuesto o complejo y tienen potencialidad para ser el más agresivo de los quistes odontógenos.⁴

Se presenta fundamentalmente en pacientes del sexo masculino, en la segunda y tercera décadas de la vida, en 70 a 75% en el maxilar inferior.⁵

Radiográficamente aparecen como una zona radiolúcida redondeada y bien circunscrita asociada con la corona del diente sin erupcionar.

Histológicamente presenta una pared delgada de tejido conectivo, tapizado por una cápsula de epitelio pavimentoso estratificado. La disposición del epitelio puede propiciar proliferación neoplásica bajo la forma de un ameloblastoma.⁶

El tratamiento del QD es quirúrgico radical con eliminación total de la cápsula quística. Cuando alcanzan gran tamaño se pueden intervenir por técnicas descompresivas para reducir su volumen paulatinamente hasta un segundo tiempo quirúrgico en que se elimine la cápsula.⁷

OBJETIVO

Debido a la maloclusión dentaria que provoca la asociación de un (QD) a un primer molar permanente, "la llave de la oclusión", se presenta el siguiente trabajo investigativo con el objetivo de presentar un caso clínico en un paciente pediátrico que presentó un quiste dentígero asociado a un primer molar permanente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de 8 años de edad, con antecedentes de salud, que presentaba ausencia clínica de primer molar inferior derecho (46) desde hacía 2 años. No refiere hábitos deformantes, ni tampoco antecedentes patológicos familiares. Al examen físico intrabucal presentaba ausencia clínica del 46, cambio en la morfología de la mucosa bucal correspondiente al reborde alveolar en la región molar inferior derecha y engrosamiento de las láminas corticales óseas a ese nivel. También presentaba consistencia duro pétreo, no doloroso a la palpación. (Figura 1)



Figura. 1. Vista intrabucal, en la que se aprecia la ausencia clínica de 46

Al estudio radiológico panorámico presentaba una imagen radiolúcida asociada a la corona del 46 (Figura 2). La imagen radiolúcida muestra una lesión redondeada, de 2cm de diámetro; de aspecto unilocular, de bordes bien definidos; la cual evidencia la presencia de lisis ósea debido al crecimiento centrífugo y expansivo de la lesión quística.



Figura 2. Radiografía panorámica, en la que se observa imagen radiolúcida asociada a la corona del 46 retenido

Luego de completar el chequeo preoperatorio (hemograma, coagulograma, grupo sanguíneo y factor RH) que reveló valores normales, se decide tratamiento quirúrgico y se plantea la enucleación de la lesión quística. Se planificó realizar la excéresis del quiste bajo anestesia general a través de un abordaje intrabucal. Durante el transoperatorio, no se presentaron complicaciones ya que se diseñó a nivel de la mucosa vestibular del 46 una incisión tipo Newman. Luego se procedió al decolado del colgajo mucoperióstico, se visibilizó la cápsula del QD a través de la ostectomía realizada con pinza gubia de Rongers. Se realizó la remoción total de la lesión quística con la integridad de su cápsula y la exodocia del 46 para evitar recidivas. También, se llevó a cabo el curetaje, legrado y lavado del lecho quirúrgico. Asimismo, la adecuada síntesis de tejidos blandos involucrados con sutura de reabsorción prolongada Assuofil 3.0, contribuyó a la no ocurrencia de complicaciones posoperatorias.

A través de la pieza quirúrgica analizada en el servicio de Anatomía Patológica de la Institución se determinó el diagnóstico concluyente de quiste dentífero en relación al 46. (Figura 3)

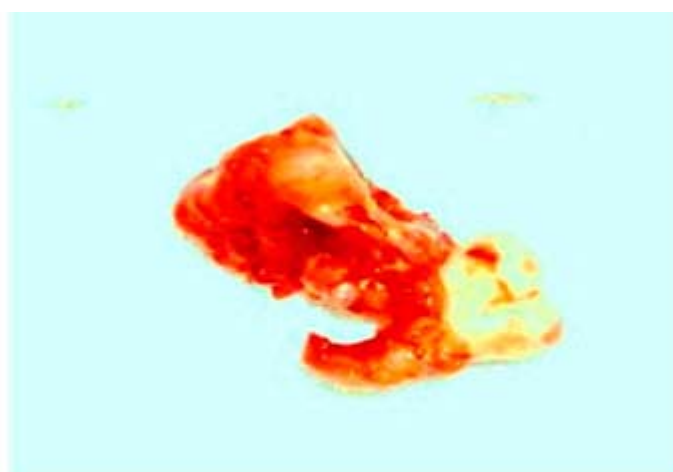


Figura 3. Pieza quirúrgica, en la que se observa la cápsula quística en relación con 46 retenido

A los 6 meses de posoperatorio mediato, el paciente fue reevaluado y se le instaló un mantenedor de espacio a nivel del reborde alveolar residual del 46 para evitar pérdida de espacio por la migración mesial durante la erupción del 47. En estos momentos, el paciente presenta un *status* posoperatorio mediato de 3 años y muestra evolución favorable al seguimiento clínico e imagenológico; sin recidiva de la lesión, pendiente de ser rehabilitado protésicamente con el fin de establecer una adecuada oclusión dentaria en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Pediátrico "Centro Habana".

DISCUSIÓN

El QD no presenta imagen radiográfica patognomónica. Según Vázquez⁸ se hace necesario establecer diagnósticos diferenciales con imágenes radiolúcidas relacionadas a un folículo dentario, saco pericoronario dilatado, estadios primarios de odontomas, ameloblastoma, tumor odontogénico quístico queratinizante, tumor odontogénico adenomatoide, entre otros.

Los QD suelen ser un hallazgo casual en la mayor parte de los casos, que por lo general se descubren al investigar la no erupción de un diente permanente. La retención dentaria es un fenómeno frecuente; sin embargo, existe variación en lo que respecta a la prevalencia y distribución de dientes retenidos en las diferentes ubicaciones en los maxilares.⁹ Según Navarro¹⁰ el primer molar permanente inferior, también conocido como la llave de la oclusión, presenta solo una incidencia de retención asociado a QD de 0,5%, por lo que resulta extremadamente infrecuente la presentación clínica de estos casos.

El método oclusal de Angle es universalmente empleado. Él establece que los primeros molares permanentes de ambas arcadas debían relacionarse de modo tal que la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior se correspondiera anteroposteriormente con el surco vestibular principal del primer molar inferior. La dentición mixta se inicia con el brote del primer molar permanente inferior, por lo que la pérdida del primer molar permanente desarrollará una oclusión traumática, marcada por la pérdida de la dimensión vertical y desajuste de la relación céntrica oclusal.¹¹ En este caso, teniendo en cuenta la experiencia del servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Pediátrico "Centro Habana", el seguimiento clínico radiográfico resulta de vital importancia con vistas a una futura rehabilitación protésica y evitar la pérdida precoz del espacio a nivel del reborde alveolar residual del 46 por migración mesial de segundo y tercer molares.

Según González,¹² existen reportes de casos donde también se asocia el QD a un primer molar inferior en etapa de formación radicular, situación que no es frecuente, parámetros similares a la casuística de pacientes atendidos en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Pediátrico "Centro Habana".

En la actualidad, el tratamiento del QD resulta controversial; pues depende de su tamaño, localización, y si hay presencia de afectación estética. Las técnicas quirúrgicas indicadas en la terapéutica de este tipo de lesiones son: la marsupialización y la enucleación. La marsupialización se plantea fundamentalmente para pacientes que presentan lesiones quísticas de gran extensión. La enucleación consiste en la retirada de la totalidad de la cápsula y el diente en relación con la misma.^{13, 14} En el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Pediátrico "Centro Habana", se comparte el criterio de realizar la enucleación de la lesión como primera elección de tratamiento para el QD, dado que permite el control histopatológico preventivo ante la posible existencia de transformaciones ameloblásticas o carcinomatosas asociadas a la pared del quiste.¹⁵

CONCLUSIONES

El quiste dentígero puede encontrarse asociado a un primer molar permanente retenido en pacientes pediátricos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavall A, Ustrell JM. Etiopatogenia de las maloclusiones. En: Ustrell JM. Manual de Ortodoncia. Barcelona: Edicions Universitat; 2011, p. 173-83.
2. Antelo L, Vázquez LM, León Y. La pérdida del primer molar permanente en niños de 12 a 14 años de edad. Rev MEDICIEGO Internet.2012;(18) 2: 1-2. Citado 2016 Abr 4. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_supl2_2012/pdf/T7.pdf
3. Loughney A, Fernández M, Loughney JC, Sánchez R. Diagnóstico y actitud terapéutica del quiste dentígero. Aportación de dos casos. Cient Dent. 2011; 8; 3:195-200.
4. Santana G. Atlas de patología del complejo bucal. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2010, p. 19-237.
5. Quintana Díaz JC, Quintana Giralt M. Quiste dentígero que causa deformación facial en un niño. Presentación de un caso. Acta Odonto Col. Internet. 2013;3 (1):5-9. Citado 2015 Jul 2. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/rt/39087/0>
6. Yahara Y, Kubota Y, Yamashiro T. Eruption prediction of mandibular premolars associated with dentigerous cysts. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2009; 108:28-31.
7. Shane M. Adjacent dentigerous cysts with the ectopic displacement of a third mandibular molar and supernumerary (forth) molar: a rare occurrence. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2009; 107:15-20.
8. Vázquez D, Hecht P, Martínez ME. Frecuencia de las retenciones dentarias en radiografías panorámicas. presentación de un estudio en 1000 pacientes. Acta Odonto Venez Internet. 2012(1)1:10-12. Citado 2015 Jul 20. Disponible en: <http://www.actaodontológica.com/ediciones/2012/1/art11.asp>
9. Pascual Fernández B, Loughney González A, Fernández Domínguez M. Importancia en el diagnóstico temprano del quiste dentígero. A propósito de un caso. Rev Científica Dental Internet. 2013;10(1):59-62. Citado 2015 Ago 2. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4247369>
10. Lars A. Tratamiento de las inclusiones dentarias. Otras inclusiones. En: Navarro C. Cirugía Oral. Madrid: Editorial Elsevier; 2014, p. 645-97.
11. Diez C. Anatomía dental para higienistas y estudiantes de odontología. Oviedo: Editorial Visión Libros; 2005, p.38-45.

12. González JM, López-Labady J. Quiste dentígero: reporte de 2 casos en pacientes pediátrico. Acta Odonto Venez Internet. 2012(50)3:1-5. Citado 2015 Jul 20. Disponible en: <http://www.actaodontológica.com/ediciones/2012/3/art16.asp>

13. Morales Navarro D, Sánchez Acuña G, Rodríguez Lay L. Presentación clínica atípica de un quiste dentígero. Rev Cubana Estomatol Internet. 2009; 46(4):129-37. Citado 2015 Jul 14. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-75072009000400013&lng=es>

14. Erdody G, López JC, Quezada D, Malanche AG. Quiste dentígero asociado a diente supernumerario. Presentación de casos. Rev Ciencia Odonto Internet. 2011;8(1):68-78. Citado 2015 May 29. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.a?>

15. Ellis E. Tratamiento quirúrgico de las lesiones orales. En: Hupp JR, Ellis E, Tucker MR. Cirugía oral y maxilofacial contemporánea. Sexta edición. Barcelona: Editorial Elsevier; 2014, p. 143-67.

Recibido: 24 de septiembre de 2015.

Aprobado: 1 de junio de 2016.