



QUISTE DENTÍGERO EN UNA ADULTA MAYOR. PRESENTACIÓN DE CASO.

Dentigerous cyst of an older adult. Presentation of a case

Autores: Elizabeth Vázquez Blanco¹, Rodney Domínguez Moralobo², Esperanza Valerino Guzmán³.

¹ Especialista de I grado en Cirugía Maxilofacial. Hospital Clínico - Quirúrgico Celia Sánchez Manduley. Granma, Cuba. Correo: elo1189@nauta.cu. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1332-3808>

² Especialista de II grado en Cirugía Maxilofacial. Asistente. Hospital Clínico - Quirúrgico Celia Sánchez Manduley. Granma, Cuba. Correo: rdominguezm@nauta.cu. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7080-845X>

³ Especialista de I grado en Periodoncia. Asistente. Clínica Estomatológica Municipal Manuel Sánchez Silveira. Granma, Cuba. Correo: evalerino@infomed.sld.cu. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2292-3151>

***Autor para la correspondencia:** elo1189@nauta.cu

RESUMEN:

Introducción: el quiste dentígero es una entidad patológica la cual se presenta en mandíbula o maxilar, siempre relacionado a la corona de un diente incluido. **Objetivos:** conocer las características clínicas y radiográficas del quiste dentígero. **Presentación del caso:** se presenta este caso clínico de una paciente femenina de 73 años de edad, que acude a la consulta de Cirugía Maxilofacial, por preocupación al presentar moderado aumento de volumen en mandíbula, con sensación de calambre y dolor que paulatinamente fue incrementando su intensidad; con evolución de aproximadamente un año. El examen radiográfico revela una imagen radiolúcida, bien definida, incluida en esta imagen se observa diente retenido que corresponde al tercer molar inferior derecho. Se planificó la extirpación quirúrgica, resultando como diagnóstico: quiste dentígero. La paciente evolucionó satisfactoriamente durante el post-operatorio en los chequeos evolutivos tanto clínico como radiográfico. **Conclusiones:** la importancia

de un diagnóstico temprano de esta afección puede evitar que se produzca expansión del hueso, asimetría facial, gran desplazamiento de los dientes, además de transformarse en tumoraciones neoplásicas malignas.

Palabras clave: quiste dentígero; diente retenido; mandíbula

ABSTRACT:

Introduction: the dentigerous cyst is a pathological entity which occurs in the mandible or maxilla, always related to the crown of an included tooth.

Objectives: to know the clinical and radiographic characteristics of the dentigerous cyst. **Case presentation:** this clinical case of a 73-year-old female patient is presented, who attends the Maxillofacial Surgery consultation, out of concern at presenting a moderate increase in volume in the jaw, with a sensation of cramp and pain that gradually increased her intensity; with evolution of approximately one year. Radiographic examination reveals a well-defined radiolucent image. Included in this image is a retained tooth that corresponds to the lower right third molar. Surgical removal was planned, resulting as a diagnosis: dentigerous cyst. The patient evolved satisfactorily during the postoperative period in both clinical and radiographic evolutionary check-ups. **Conclusions:** the importance of an early diagnosis of this condition can prevent bone expansion, facial asymmetry, large tooth displacement, in addition to transforming into malignant neoplastic tumors.

Keywords: dentigerous cyst; retained tooth; mandible

INTRODUCCIÓN

Los quistes suelen ser un hallazgo clínico accidental en la mayoría de los casos. El quiste dentígero, folicular o coronodentario fue clasificado en 1992 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los quistes odontogénicos del desarrollo.⁽¹⁾

Se forma entre el epitelio del esmalte y el esmalte de la corona de un diente en proceso de erupción, no erupcionado o incluido, con acumulación de líquido en esta zona ⁽³⁻⁵⁾. Se encuentra relacionado con dientes que no han erupcionado con mayor incidencia en los terceros molares, caninos y dientes

supernumerarios ^(6,7). Afecta mayormente a la mandíbula con respecto al maxilar. En ocasiones puede estar asociado a odontomas o supernumerarios representando un 5% de todos los quistes dentígeros ⁽⁸⁾.

Las características clínicas son: expansión cortical, deformidad facial, obstrucción de la erupción dental, desplazamiento dentario y dolor. Son de crecimiento lento, a menudo no presentan sintomatología, generalmente es observado de manera casual en radiografías panorámicas que evalúan estadio de erupción. Puede rechazar el diente de su posición normal, desplazamiento de los terceros molares inferiores contra el borde inferior de la mandíbula. ^(7, 10)

Las radiografías muestran una lesión unilocular, radiolúcida con márgenes escleróticos bien definidos y asociada con la corona de un diente no erupcionado, que expande corticales externas ^(11, 12).

Santana ⁽⁶⁾ al igual que otros autores plantean la dificultad de diferenciar entre un saco pericoronario dilatado y un quiste dentígero, además plantea que, si en el examen radiográfico el espacio pericoronario es menor de 2,5 mm, se trata de un saco normal y por encima de esta cifra, es un quiste dentígero. Esto, según Santana, es un enfoque simplista del problema, ya que las imágenes radiográficas corresponden muchas veces con formaciones microscópicas de un quiste dentígero, por lo que al diagnosticar no se puede perder la perspectiva que estos sacos dilatados pueden ser quistes dentígeros y se debe tener presente la posibilidad de derivación hacia la formación de neoplasias odontogénicas.

Histológicamente 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 ^(6, 11). El diagnóstico diferencial incluye: queratoquiste odontogénico, ameloblastoma uníquístico, granuloma reparativo central de células gigantes, tumor odontogénico adenomatoide y fibroma ameloblástico.

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. ^(6, 7)

En ocasiones el quiste dentígero puede dar lugar a la formación de un ameloblastoma y convertirse en lesiones agresivas potencialmente malignas (2, 6, 7, 10) puede aparecer aumento de volumen de crecimiento lento en pacientes desdentados en cuyo maxilar ha quedado inadvertido un diente retenido ocasionando expansión y destrucción ósea, dolor, etc. Se presenta un caso interesante atendido en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Clínico Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley, de una paciente de 73 años de edad que asistió a la consulta remitida de su área de salud, por presentar dolor intenso además de asimetría facial y bucal.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 73 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial la cual se encontraba compensada, con historia de que hace aproximadamente un año empezó a notar calambre en la región mandibular hasta el hemilabio inferior del lado derecho, acompañado de dolor moderado en ocasiones pulsátil, que se irradiaba al oído y se aliviaba con analgésicos. Continuó incrementando la sintomatología con aumento de volumen en cuerpo y ángulo mandibular, además presentó salida de contenido purulento en fístula a nivel del reborde alveolar inferior derecho en zonas de molares, con intenso dolor. La paciente acude a la consulta de Cirugía Maxilofacial del Hospital Clínico Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley, se le indican exámenes de laboratorio, estos dentro de los valores normales; rayos X lateral oblicua derecha y vista panorámica, una vez obtenidos los resultados se valora nuevamente, se decide el ingreso y el tratamiento quirúrgico.

Examen físico:

Facial: asimetría facial dada por moderado aumento de volumen en región de ángulo y cuerpo mandibular del lado derecho, piel que lo recubre normocoloreada, consistencia dura, no dolorosa a la palpación.

Bucal: desdentada parcial superior e inferior no rehabilitada protésicamente, se observa expansión de la cortical por vestibular y lingual en zona de molares hasta espacio retromolar inferior derecho. Se detecta fístula de 5mm de diámetro a nivel del reborde alveolar inferior derecho con discreta salida de secreción purulenta, mucosa que rodea la zona de aspecto y color normal, consistencia dura, ligero dolor a la palpación.

Exámenes radiológicos:

Vista lateral oblicua derecha y panorámica (Figura 1 A y B): se observa imagen radiolúcida, unilocular, bien definida que se extiende desde el cuerpo mandibular hasta rama ascendente del lado derecho, compatible con lesión quística, se observa además a nivel del borde inferior de la mandíbula imagen radiopaca compatible con el tercer molar inferior derecho.

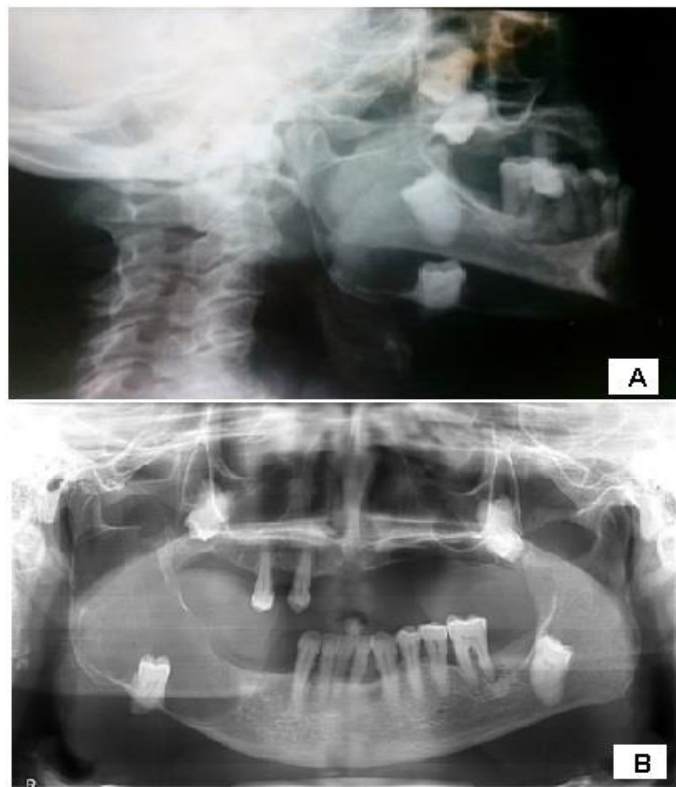


Fig. 1. **A**: Lateral oblicua derecha, muestra imagen radiolúcida. **B**: Radiografía panorámica, muestra lesión osteolítica, que abarcan regiones cuerpo mandibular y rama ascendente derecho.

El tratamiento se abordó la vía intraoral (Figura 2). Se llevó a cabo con las consideraciones que exigen los protocolos de cirugía bucal. Posteriormente anestesia local infiltrativa. Se realizó incisión lineal a nivel del reborde alveolar inferior derecho con una componente a nivel de las bicúspides (bien extenso que permitiera el buen acceso al área donde estaba localizado el quiste), incluida la fistulectomía. Se decoló el mucoperiostio. Ostectomía. Se eliminó la extensa área de pared quística mediante un exhaustivo curetaje y

la exéresis del tercer molar, limado, abundante lavado y la sutura con seda 2.0. Se tomó muestra para estudio histopatológico.



Fig.2 Abordaje intraoral.

Se retiró la sutura a los 7 días, se llevó a cabo controles posteriores clínicos y radiográficos a los 15 días y a los 2 meses. A los 5 meses de seguimiento se observó una evolución satisfactoria en el post-operatorio (Figura 3 y 4). En estos momentos se sigue en consulta para valorar posible recidiva, hasta los cinco años después de operado.



Fig.3 Revisión el examen físico.



Fig. 4 Vista panorámica, revisión a los 5 meses

Resultado histopatológico: (B- 19- 157). Presencia de pared quística constituida de tejido conectivo fibroso, con infiltrado de neutrófilos, así como infiltrado inflamatorio crónico y fibrosis a nivel del estroma.

Diagnóstico definitivo: quiste dentígero.

DISCUSIÓN DEL CASO

El quiste dentígero o folicular, es de origen odontogénico y se considera el más frecuente después del periapical, deriva del epitelio reducido del órgano del esmalte que rodea la corona del diente no erupcionado.

En el caso que se discute, la región anatómica afectada coincide con la mayoría de las bibliografías revisadas (ángulo mandibular), pues la mayor incidencia se asocia con la erupción de los terceros molares. ⁽¹³⁾

Su frecuencia de aparición según Bonardi, *et al* ⁽⁹⁾, se ubican en las segunda y tercera décadas con mayor prevalencia en varones en una proporción de 2:1. Sólo que no coincidió con el caso por la edad avanzada, en la que es poco frecuente.

En su mayor porcentaje los quistes foliculares pasan desapercibidos, solamente un hallazgo radiográfico suele evidenciar su presencia. Aunque existen casos con historia de dolor, tumefacción y signos de infección

secundaria, ^(2, 7) acompañados de la deformidad facial y bucal, que se corresponden con el caso clínico.

La enucleación completa y la marsupialización de la lesión puede ser el tratamiento de elección. En el presente caso se realizó la enucleación quirúrgica con extracción de la pieza comprometida.

Los quistes dentígeros pueden dar lugar a la formación de un tumores odontogénicos, por lo que el examen radiográfico por sí solo no puede diferenciar una imagen radiolúcida asociada con la raíz de un diente deciduo no vital o la corona de un diente no erupcionado, por lo que el diagnóstico definitivo es el examen histopatológico.

Por lo tanto, el diagnóstico oportuno y el tratamiento del quiste dentígero es importante conocerlos para la prevención de la ocurrencia de una lesión más destructiva. ^(2, 12)

CONSIDERACIONES FINALES:

Podemos concluir que un diagnóstico temprano de esta afección puede evitar que se produzca expansión del hueso, asimetría facial, gran desplazamiento de los dientes, además de transformarse en tumoraciones neoplásicas malignas. El tratamiento del caso consistió en enucleación del quiste y extracción del tercer molar inferior derecho, el cual estaba muy desplazado y totalmente integrado en el quiste, se tuvo en cuenta la edad de la paciente, que con respecto a otras edades es poco frecuente. La corroboración posterior del diagnóstico presuntivo a través del estudio histopatológico es imprescindible y los seguimientos a corto, mediano y largo plazo de dicho paciente son recomendados, de ahí que es importante que estomatólogos y cirujanos maxilofaciales conozcan el diagnóstico diferencial y las características clínicas de esta entidad.

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. *MedicElect* [Internet]. 2013 Jun [Citado: 27Mar 2017]; 17(2):79-82. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432013000200007&lng=es.c

2. Morales Navarro D, Sánchez Acuña G, Rodríguez Lay L. Presentación clínica atípica de un quiste dentígero. Rev. Cub. Est. [Internet]. 2009 Dic [Citado: 18 Ene 2017];46(4):129-37. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000400013&lng=es
3. Ruby JL, Scrivani PV, Thompson MS. What is your diagnosis? Dentigerous cyst. J Am Vet Med Assoc [Internet]. 2015[citado: 15 Dic 2020]; 247(10):1097-99. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26517609/>
4. Bhardwaj B, Sharma S, Chitlangia P, Agarwal P, Bhamboo A, Rastogi K Mandibular Dentigerous Cyst in a 10-Year-Old Child. Int J ClinPediatrDent..[Internet]. 2016 [citado: 23 Nov 2020]; 9(3): 281-84. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5086020/>
5. Demirkol M, Ege B, Yanik S, Aras MH, Ay S. Clinicopathological study of jaw cysts in southeast region of Turkey. Eur J Dent.[Internet] 2014[citado: 23 Nov 2020]; 8(1):107-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4054021/>
6. Santana G. Atlas de patología del complejo bucal. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2010, p. 421-28.
7. 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 [Citado: 09 Abr 2017]; 15(4):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000400010&lng=es
8. Dagrus K, Purohit S, Manjunatha B. Dentigerous cyst arising from a complex odontoma: an unusual presentation. BMJ Case Rep. [Internet] 2016 Ago [Citado 9 Abr 2017]; 18(1):1-2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4840631/pdf/bcr-2016-214936.pdf>
9. Bonardi JP, Gomes-Ferreira PH, de Freitas Silva L, Momesso GA, de Oliveira D., Ferreira S, Pereira RD, Souza FÁ. Large dentigerous cyst

- Associated to Maxillary Canine. J Craniofac Surg [Internet] 2017 [Citado: 15 Dic 2020]; 28(1): 96-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27941544/>
10. 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 JDent Scie [Internet]. 2017 [Citado: 23 Abr 2017]. 19(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/odovtos/ijd-2017/ijd171e.pdf>
 11. Díaz Fernández JM, Puig Ravinal LE, Vives Folgar CBe. Perfil epidemiológico, clínico y terapéutico de los quistes odontogénicos en Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet]. 2014 Ene [Citado: 05 Jul 2017]; 18 (1): 52-60. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n1/san08114.pdf>
 12. Pereira García K, Sarracent Valdés Y. Quistes dentígeros. Congreso internacional de Estomatología 2015. La Habana: ECIMED; [Internet]. 2015 Sep. p.1-8 [Citado: 01 May 2017]. Disponible en: <http://estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/999/316>
 13. Romero Y, Jiménez C, Hernández P, Ganai A. Presentación Inusual de un quiste Dentígero en paciente pediátrico. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Acta OdontolVenez [Internet]. 2007 [citado 7 Abr 2017]; 45(2): [aprox. 13 p.]. Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/pdf/quiste_dentigero.pdf

Declaración de conflictos de intereses:

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores:

Elizabeth Vázquez Blanco - Conceptualización, diseño, análisis e interpretación de los datos

Rodney Alberto Domínguez Moralobo - realizó las fotografías, procesamiento de imágenes.

Esperanza Valerino Guzmán - Metodología: Desarrollo o diseño de metodología.

Todos los autores revisaron y aprobaron el informe final.