

Quiste dentígero, diagnóstico y resolución en paciente infantil

Gurrola-López ML, Castro-Linares NC, Aguilar Ayala FJ, Serrano Piña R, Rejón Peraza ME.
Maestría de Odontología Infantil, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Yucatán

RESUMEN

El hallazgo de un espacio folicular mayor de 3mm alrededor de la corona de un órgano dentario no erupcionado, con alteración en la secuencia de erupción dental, es criterio razonable para sospechar de la presencia de un quiste dentígero o coronodentario. Esta patología es generalmente hallada por signos clínicos y corroborada con los auxiliares de diagnóstico imagenológicos pertinentes. El diagnóstico definitivo se apoya con la valoración radiográfica de rutina, los estudios de laboratorio para el diferencial de la patología y de gabinete como la tomografía axial computarizada (TAC) para establecer dimensiones, ubicación y relación con estructuras adyacentes, con la finalidad de realizar el tratamiento adecuado. El propósito de este trabajo es evidenciar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un quiste dentígero ubicado en el maxilar superior, asociado al órgano dentario 24, en un paciente de 6 años. El tratamiento elegido fue la marsupialización para conservar vitalidad de los dientes adyacentes, evitar el posible daño a estructuras vecinas, inducir neoformación ósea, propiciar posibilidad de reubicar estructuras anatómicas y dentarias y, prevenir recurrencia de la lesión quística. El último control postquirúrgico se realizó a los 4 meses con el propósito de valorar la evolución del tratamiento y continuar longitudinalmente con el mismo.

Palabras clave: marsupialización, quiste dentígero, quiste coronodentario, tomografía axial computarizada

ABSTRACT

Presence of a follicular space greater than 3 mm around the crown of an unerupted tooth, with an altered eruption sequence, suggests the presence of a dentigerous or crown cyst. This pathology is generally identified by clinical signs and confirmed with imaging studies. Definitive diagnosis and appropriate treatment are generated using x-ray images, laboratory analyses to determine pathology differential, and computerized axial tomography (CAT) to establish cyst dimensions, location and relationship to adjacent structures. In the present case, a dentigerous cyst was identified associated with dental organ 24 in the upper maxilla in a 6 year-old patient. Marsupialization was used to preserve adjacent teeth, avoid possible damage to neighboring structures, induce bone formation, promote possible relocation of anatomical and dental structures, and prevent cyst recurrence. Final post-surgery control was done at four months to evaluate treatment evolution.

Keywords: marsupialization, dentigerous cyst, crown cyst, computerized axial tomography

Solicitud de sobretiros: Mayela Lilian Gurrola López

Correo electrónico: mayela.gurrola@hotmail.com

Correspondencia: Calle 21 B x 10 Fraccionamiento Residencial del Arco, Mérida, Yucatán, México, CP. 97138.

Recibido: Septiembre 2014 / Aceptado: Noviembre 2014

Artículo disponible en <http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V06N2p45.pdf>

Rev Odontol Latinoam, 2014;6(2):45-48

INTRODUCCIÓN

Los quistes suelen ser un hallazgo clínico accidental en la mayoría de los casos (1-5). El quiste se define como cavidad patológica de contenido líquido, semilíquido, sólido o gaseoso; revestida de epitelio en su cara interior y por tejido conectivo en la exterior. El quiste dentígero o coronodentario fue clasificado en 1992 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los quistes odontogénicos del desarrollo; es definido como cavidad anormal que rodea la corona de un diente no erupcionado (6-9). La sintomatología en la mayoría de los casos aparece en forma tardía, cuando son involucradas estructuras que manifiestan deformación o dolor. Por otra parte, la localización es generalmente en el maxilar inferior; sin embargo, no se excluye que puedan ser encontradas en el maxilar superior. La prevalencia de esta patología se inclina por el sexo femenino y entre la segunda y tercera década de vida. Así mismo, el conocimiento sobre la frecuencia de estas lesiones en la población infantil es limitado, debido a que son escasos los estudios epidemiológicos que infieren sobre las características clínicas, radiológicas e imagenológicas de esta entidad patológica (10-17).

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 6 años de edad que acude a la clínica de la Maestría en Odontología Infantil de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Yucatán (FOUADY), quién fue remitido para tratamiento pulpar del órgano dentario 65. Al interrogar a la madre, refiere que un mes anterior presentó un incremento rápido de volumen del lado izquierdo de la cara; de igual manera, refirió que simultáneamente al volumen hubo aumento en la intensidad del dolor.

A la exploración clínica extrabucal se observó asimetría facial, acentuada en la región malar izquierda. A la inspección intrabucal realizada con un juego de exploración de diagnóstico se pudo observar a nivel de tejidos blandos que en fondo de saco de este cuadrante se localizaba una zona tumefacta, elástica y depresible, sin trayecto sinuoso. Asimismo en tejidos duros de los órganos dentarios se observaron lesiones cariosas múltiples

particularmente caries de estadio seis, según el código del ICDAS en el órgano dentario 65; el cual presuntivamente se relacionó con el aumento de volumen referido. Se somete al estudio radiológico de rutina para complementar el diagnóstico clínico. El estudio radiográfico inició con una radiografía periapical (Figura 1) del cuadrante superior izquierdo en el que se observó una zona radiolúcida bien delimitada, que abarcaba la zona apical de los órganos dentarios 64 y 65. Razón por la cual, se opta realizar la toma de una ortopantomografía (Figura 2), en la cual se observa una pérdida de continuidad desde la línea media de lado superior izquierdo hasta el órgano dentario 63 y un desplazamiento de los gérmenes dentales permanentes 23, 24 y 25. No obstante a los hallazgos radiológicos obtenidos y a efecto de contar con un diagnóstico de mayor precisión se realiza un estudio Tomográfico Axial Computarizado (TAC) (equipo Icat, Cone Beam) (Figuras 3, 4 y 5) donde se observa una lesión bien delimitada, sin rotura de corticales y relacionada con el germen dentario 24 con desplazamiento del mismo hacia la zona superior del hueso maxilar izquierdo.

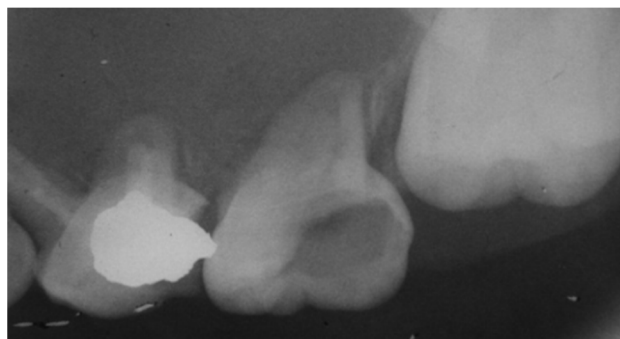


Figura 1. Radiografía periapical inicial.

Con base en los hallazgos obtenidos de estudios de rutina y complementarios descritos se decide llevar a cabo el protocolo del tratamiento quirúrgico de marsupialización o Partsch 1, teniendo como base las ventajas de esta técnica que permite conservar la vitalidad de los dientes adyacentes y evitar un posible daño a estructuras vecinas al inducir la neoformación ósea (16). También existe la posibilidad de reubicar las estructuras anatómicas y dentarias, así como evitar la posibilidad de recurrencia de la lesión quística siempre y cuando la técnica haya sido manejada con cuidado.

La neoformación ósea del área intervenida ocurre entre los 6 y los 12 meses posteriores sin necesidad de injertos óseos (12,17).



Figura 2. Ortopantomografía inicial.

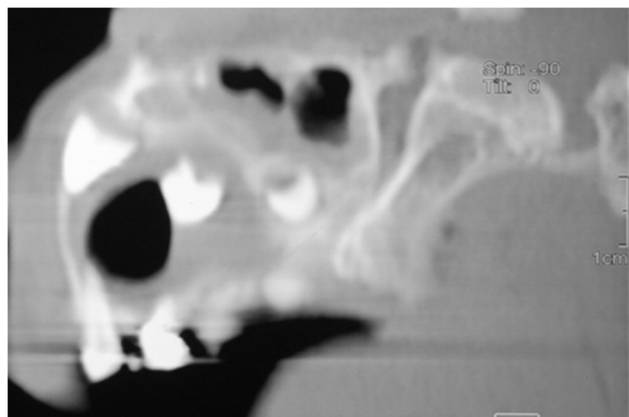


Figura 3. Corte sagital de la tomografía axial computarizada

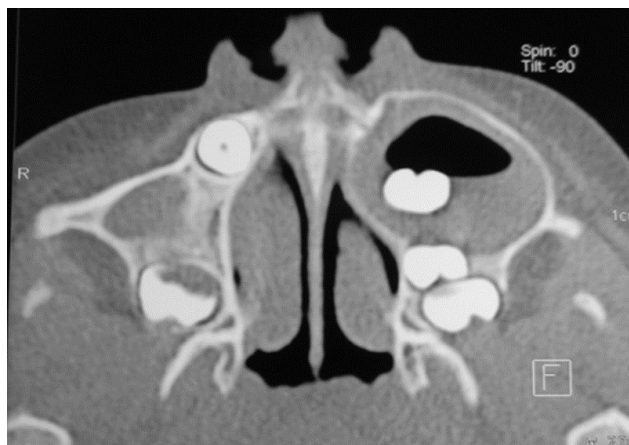


Figura 4. Corte transversal de la tomografía axial computarizada

El tratamiento quirúrgico se llevó a cabo con base en las consideraciones que exigen los protocolos de cirugía bucal. Posterior a la técnica de anestesia regional, se procedió a realizar la técnica quirúrgica de marsupialización que consiste en: incisión en la mucosa oral vestibular y disección gentil hasta la

exposición de la cortical externa; incisión de la cortical externa y el retiro del segmento de la lesión; visualización y limpieza de la cavidad (Figura 6); toma de biopsia incisional de la cápsula quística; sutura de la cápsula quística a la mucosa oral y empaquetamiento de gasas vaselinadas estériles en cavidad quística para inducir la cicatrización secundaria (16) (Figuras 7 y 8).

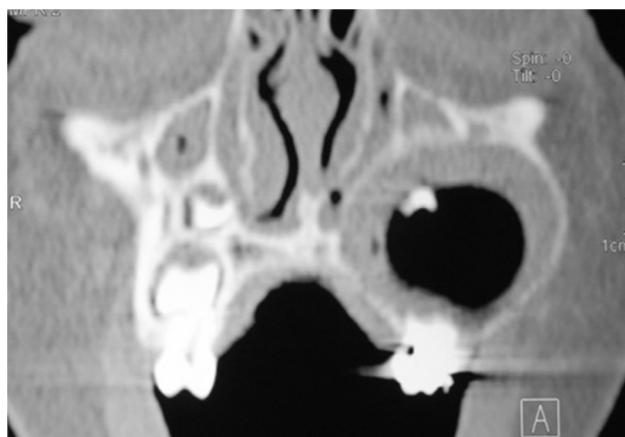


Figura 5. Corte coronal de la tomografía axial computarizada



Figura 6. Visualización y drenado de la cavidad

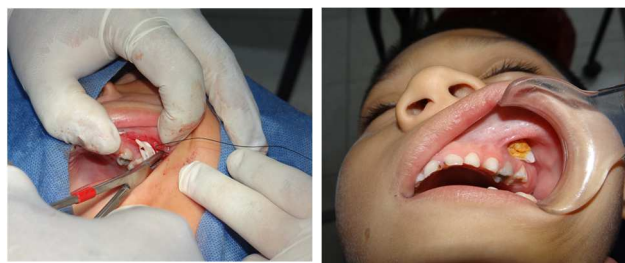


Figura 7. Colocación de Penrose. Figuras 8. Empaquetamiento de gasas.

Los estudios de laboratorio se realizaron en el departamento de Anatomía Patológica de la FOUADY, confirmando el diagnóstico de quiste dentígero.

El paciente evolucionó satisfactoriamente en el postoperatorio, llevando a cabo controles posteriores clínicos y radiográficos semanales

durante dos meses. A 4 meses de seguimiento posoperatorio, se realiza una ortopantomografía (Figura 9) y revisión clínica de control, reportando evolución satisfactoria y radiográficamente, se observó notoria disminución del tamaño de la cavidad quística, neoformación ósea y reposición favorable de los órganos dentarios desplazados por la lesión quística.

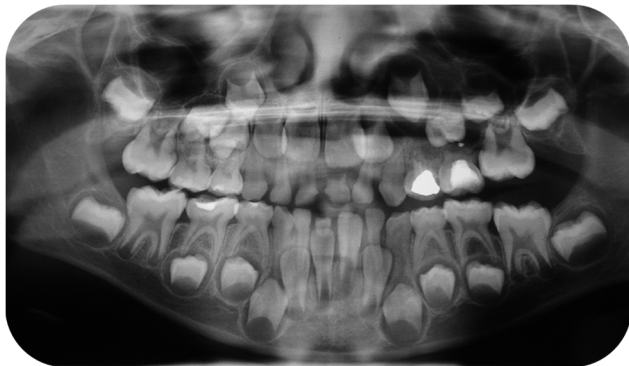


Figura 9. Radiografía de seguimiento a 4 meses

DISCUSIÓN

Medina Vega en el 2003 en un seguimiento a 10 años de la epidemiología del comportamiento de los quistes maxilares menciona que suelen ser de aparición entre los 20 y 40 años de edad así como de mayor prevalencia en el sexo femenino y que se presentan con mayor frecuencia en maxilar inferior (15). Lo anterior no coincide con el estudio de Piña Godoy y cols. (2007) donde evidenciaron una incidencia representativa de 78% en pacientes de sexo masculino y de mayor validez para el presente caso ya que fue realizado en pacientes de 0 a 14 años de edad (10). Pocos datos son reportados en la literatura con respecto a la incidencia de lesiones quísticas en pacientes pediátricos, destacando la importancia de un diagnóstico temprano para esta entidad debido a la posibilidad de originar deformaciones, asimetría facial, gran desplazamiento de los órganos dentarios y reabsorción radicular de las piezas adyacentes; esta situación coloca al profesional de la salud bucal en el compromiso de reportar los casos en Odontopediatría para continuar con las evidencias de los seguimientos a corto, mediano y largo plazo, así como de su manejo para ir enriqueciendo la investigación clínica y el control a los pacientes con estas condiciones.

REFERENCIAS

1. Calero JA, Rodríguez ML. Quiste Dentígero - Reporte de Casos. *Revista Estomatología* 2006;14(1):6-10.
2. Romero Y, Jiménez C, Hernández P, Alexis G. Presentación inusual de un quiste dentígero en paciente pediátrico. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venezolana* 2007;45(2):1-8.
3. Del Valle SC, Cedeño JA, García-Arocha R, Guerrero C. Tratamiento quirúrgico conservador del quiste dentígero en pacientes pediátricos atendidos en el postgrado de cirugía bucal facultad de odontología de la UCV. Seguimiento a largo plazo. *Acta Odontológica Venezolana* 2007;47(3):1-21.
4. Tello de Hernández TJ, Hernández J, Gutiérrez N. Epidemiología oral de tejidos duros y blandos en escolares del estado de Yucatán, México. *Rev Biomed* 1997;8:65-79.
5. Rodríguez OL. Frecuencia De Alteraciones Bucales Tratadas Quirúrgicamente. *Rev Cubana Estomatol* 1999;36(2):151-7.
6. Kozelj V, Sotosek B. Inflammatory dentigerous cysts of children treated by tooth extraction and decompression—report of four cases. *Br Dent J* 1999;187(11):587-90.
7. Murakami A, Kawabata K, Suzuki A, Murakami S, i Ooshima T. Eruption of an impacted second premolar after marsupialization of a large dentigerous cyst: case report. *Pediatr Dent* 1995;17(5):372-74.
8. Concha G. Radiología de quistes de los maxilares. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*. 2002;13(1):22-30.
9. Maroo S. Clinic-radiological aspects of dentigerous cyst. *East Afr Med J* 1991;168(4):249-54.
10. Vázquez DJ, Gandini PC, Carvajal EE. Quiste dentígero: diagnóstico y resolución de un caso. Revisión de la literatura. *Av Odontostomatol* 2008; 24 (6): 359-364.
11. Pina Godoy G, Dantas da Silveira EJ, Gordón Núñez MA, Guedes Queiroz LM, Medeiros Dantas Gomes D. Quistes de los maxilares en niños: un análisis clínico. *Rev ADM* 2007;LXIV(6):226-229.
12. Calero JA, Rodríguez ML. Quiste Dentígero - Reporte de Casos. *Rev Estomatol* 2006;14(1):6-10.
13. Quintana JC, Zwiad AA, López S, Vega S, Pinilla R, Hussein Z. Quiste dentígero gigante en una niña. Presentación de un caso. *Rev Cubana Estomatol* 2007;44(2):0.
14. Allais M E, Maurette PE, Haiter F, de Moraes M. Tratamiento de quiste dentígero bilateral mandibular por medio de dos tipos de tratamientos. Relato de caso clínico y comparación entre las técnicas. *Acta Odontológica Venezolana* 2007;45 (1):1-7.
15. Marquez E, Mediana LD, Basalto JF, Martin J. Comportamiento Epidemiológico de los quistes maxilares. Estudio de 10 años. [en línea]. 2003. [fecha de acceso 10 de noviembre 2014]; 95(5):632-5. Disponible en: <http://www.odontologia-online.com>.
16. Vega A, Ayuso R, Teixidor I, Salas J, Marí A, López J. Tratamiento quirúrgico de los quistes maxilares: Técnica Descompresiva. *Av Odontostomatol* 2013;29(2):81-93.
17. Guberman C, Ochotorena A, Calogero S. Tratamiento quirúrgico de los quistes Maxilares: Técnica Descompresiva. *RAAO* 2012;50(1):11-5.