

TRATAMIENTO DE QUISTE DENTÍGERO BILATERAL MANDIBULAR POR MEDIO DE DOS TIPOS DE TRATAMIENTOS. RELATO DE CASO CLÍNICO Y COMPARACIÓN ENTRE LAS TÉCNICAS

Recibido para arbitraje: 10/02/2005

Aceptado para publicación: 31-10-2005

Allais de Maurette, Marvis E.* Maurette O'Brien, Paul E.* Haiter-Neto, Francisco** de Moraes, Márcio***

*Odontólogo USM Caracas - Venezuela. MSc en Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial. Facultad de Odontología de Piracicaba, Universidad de Campinas. SP - Brasil. Estudiante de Doctorado en Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial. Facultad de Odontología de la Universidad de Pernambuco. Recife - Brasil

**Odontólogo, PhD, Profesor Asociado del Área de Radiología de la Facultad de Odontología de Piracicaba de la Universidad Estadual de Campinas

***Odontólogo, PhD Cirujano Buco Maxilofacial. Profesor Asociado del Área de Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial de la Universidad Estadual de Campinas. Facultad de Odontología de Piracicaba -FOP-Unicamp. Piracicaba-SP-Brasil.

Dirección para correspondencia:

Marvis Allais de Maurette Av. Los Próceres Res. Jastol Park Ph-A San Bernardino, Caracas - Venezuela, Código Postal: 1010, Teléfonos: (58212) 5502105 / 5519862

e-mail: marvisallais@cirugia-maxilofacial.net

Resumen:

Los quistes dentígeros son el segundo tipo más común de lesión quística de desarrollo en la mandíbula y han sido asociados con la retención de los terceros molares. Son pocos los reportes sobre quistes dentígeros bilaterales o múltiples en pacientes no sindrómicos. Su tratamiento puede ser por medio de la enucleación o descompresión y este es determinado principalmente por el tamaño de la lesión. Algunos artículos hablan del tratamiento de los quistes dentígeros pero no encontramos en la literatura ninguno comparando ambos tratamientos. En este artículo reportamos un caso de quiste dentígero bilateral en un paciente no sindrómico en el cual se realizó como tratamiento, del lado izquierdo descompresión y del lado derecho enucleación, con un acompañamiento posterior de 5 años consecutivos, sin observarse recidiva de la lesión.

Palabras clave: Quiste Dentígero, Enucleación, Descompresión

Abstract:

Dentigerous cyst are the second most common developmental cyst of the jaws and its been associated with impacted third molar teeth. Its rare reports about bilateral or multiple dentigerous cysts in nonsyndromic patients. They treatment can be enucleation or decompression and must be predicated upon the size of lesion. Some articles talk about treatment of dentigerous cyst but we don't find any one comparing both treatments. Here, we report a case of bilateral nonsyndromic dentigerous cyst comparing the treatment decompression vs. enucleation and follow up for 5 years, without recurrence.

Key Words: Dentigerous Cyst, Enucleation, Decompression

Resumo:

Os cistos dentígeros são o segundo tipo mais comum de lesão cística de desenvolvimento na mandíbula e tem sido associado com a retenção dos terceiros molares. São poucos os relatos de cistos dentígeros bilaterais ou múltiplos em pacientes não sindrômicos. Seu tratamento pode ser por meio de enucleação ou descompressão e esta determinado principalmente pelo tamanho da lesão. Alguns trabalhos relatam o tratamento dos cistos dentígeros porém não encontramos na literatura nenhum comparando ambos os tratamentos. Neste trabalho relatamos um caso de cisto dentígero bilateral num paciente não sindrômico onde se realizou como tratamento, do lado esquerdo descompressão e do lado direito enucleação, com um acompanhamento pós-operatório de 5 anos consecutivos, sem observar recidiva da lesão.

Palavras chave: Cisto Dentígero, Enucleação, Descompressão

Introducción:

Los quistes dentígeros son el segundo quiste de origen odontogénico más común (1,2), siendo originados del epitelio reducido del esmalte que envuelve la corona de los dientes retenidos y resultante de una aberración en algún estadio de la odontogénesis (3,4). La región más comúnmente afectada es la del tercer molar inferior, presentándose principalmente en la segunda o tercera década de la vida 3,5, por lo que los dientes deciduos raramente se ven afectados (6,7,8). Usualmente, los quistes dentígeros son lesiones solitarias, asintomáticas y frecuentemente descubiertas por medio de radiografías periapicales o panorámicas hechas con el objetivo de localizar fallas en la erupción dentaria (4,9).

Frecuentemente los quistes dentígeros se presentan de forma solitaria, pero existen reportes en la literatura de casos de quistes múltiples, en conjunto con un sinnúmero de síndromes, tales como displasia cleidocranial y síndrome de Maroteaux-Lamy (4,10,11,12). Son escasos los reportes en la literatura sobre quistes dentígeros bilaterales en pacientes no sindrómicos (4,13).

La escogencia del tratamiento más idóneo de los quistes dentígeros es determinada principalmente por el tamaño de la lesión: lesiones pequeñas pueden ser tratadas por medio de enucleación y quistes de mayor diámetro son tratados de forma más segura por medio de marsupialización o descompresión, logrando por medio de estos tratamientos, reducir el tamaño de la lesión y realizando posteriormente en los casos que sea necesario, la remoción quirúrgica por medio de la enucleación secundaria.

Algunas complicaciones pueden ocurrir por causa de los quistes dentígeros, entre ellas encontramos: deformación permanente del hueso debido a la expansión cortical, pérdida de dientes permanentes, desarrollo de carcinomas epidermoides o ameloblastomas a partir del epitelio quístico.

Reporte de Caso:

Paciente masculino de 64 años de edad, leucodermo, atendido en el área de Cirugía Bucal y Maxilofacial de la Facultad de Odontología de Piracicaba de la Universidad Estadual de Campinas en São Paulo - Brasil, el cual fue referido por un odontólogo general en Junio de 1997 para evaluación y tratamiento de dos lesiones radiolúcidas uniloculares, de bordes definidos, asociadas a los dos terceros molares mandibulares incluidos, las cuales fueron descubiertas por medio de una radiografía panorámica de rutina. Al examen intrabucal el paciente se presentaba edéntulo parcial, con ausencia de los terceros molares inferiores, sin evidencia de aumento de volumen o expansión de las tablas óseas vestibular y lingual.

Examen Radiográfico

La radiografía panorámica revela dos terceros molares inferiores incluidos. Ambos dientes se encontraban asociados a una lesión radiolúcida, unilocular, de bordes bien definidos. En el lado derecho la lesión medía 47 mm x 26 mm aproximadamente y el borde anterior de la radiolucidez aparentemente no incluía la raíz distal del segundo molar. Ya en el lado izquierdo la lesión tenía 65 mm x 40 mm aproximadamente (Figura 1).



Fig. 1
Radiografía panorámica preoperatoria donde se observan dos lesiones radiolúcidas uniloculares, de bordes bien definidos, asociadas a los dos terceros molares inferiores impactados.

Tratamiento:

Bajo anestesia local se realizó un colgajo mucoperiostico vestibular a nivel del tercer molar inferior derecho, realizando la remoción total o enucleación del quiste en conjunto con el diente retenido, posteriormente los bordes de la herida fueron suturados con Seda 3-0, inmediatamente después las piezas fueron enviadas para estudios histológicos.

La lesión a nivel del tercer molar inferior izquierdo fue tratada el mismo día bajo anestesia local, realizándose inicialmente una

punción con una aguja n° 18 conectada a una jeringa de 10 cc, para poder determinar el contenido de la lesión. Fue aspirado un líquido seroso amarillento correspondiente al padrón típico a una lesión quística. Posteriormente, una incisión elíptica fue realizada a nivel del reborde alveolar y encía adherida, en la región del tercer molar y colectada parte de la mucosa que recubría el quiste para estudios histológicos. Finalmente fue colocado un cilindro de goma fabricado a partir de un gotero y seguidamente fue fijado con sutura nylon 3-0 por medio de puntos simples. La finalidad del cilindro de goma era la conformación de una comunicación permanente del quiste con el área bucal con la finalidad de disminuir la presión existente en la cavidad quística, favoreciendo la regresión de la lesión quística y a la neoformación ósea. El tercer molar inferior izquierdo fue removido en el mismo acto.

En ambos casos los resultados histológicos confirmaron el diagnóstico inicial de quiste dentígero bilateral con relación a los terceros molares incluidos.

Acompañamiento Postoperatorio:

En el post-operatorio inmediato le fue suministrada una jeringa al paciente y fue instruido para mantener la cavidad quística completamente limpia, por medio de irrigaciones realizadas dos veces al día con 60 cc de solución fisiológica al 0,9%. Además el paciente fue instruido a usar clorexidina 0,12% como enjuague bucal dos veces por día por 15 días y a mantener una higiene bucal adecuada. El cilindro de goma fue removido 3 semanas después de la cirugía.

El paciente fue examinado 1 semana después de la cirugía progresando satisfactoriamente, en este momento fue realizada una radiografía panorámica en la que se evidenció una fractura mandibular del lado derecho donde fue realizada la enucleación (Figura 2), al examen clínico no existía movilidad entre los fragmentos, ni alteración de la oclusión por lo que se decidió realizar tratamiento conservador con acompañamiento a cada dos semanas por un lapso de 2 meses consecutivos. Ya del lado izquierdo la imagen de la lesión se encontraba normal, sin evidencia de complicaciones (Figura 3). Después del segundo mes de tratamiento el paciente fue evaluado 1 vez a cada seis meses, realizándose control radiográfico en cada una de las consultas.



Fig. 2
Aproximación de la radiografía panorámica del lado derecho con 7 días de post-operatorio, donde se puede observar la remoción del tercer molar inferior además de una imagen compatible con fractura a nivel del ángulo mandibular.



Fig. 3
Aproximación de la radiografía panorámica del lado izquierdo con 7 días de post-operatorio, donde se puede observar la remoción del tercer molar inferior sin evidencia de pérdida de la continuidad ósea.

Radiográficamente se evidenció una reducción significativa del tamaño de las lesiones quísticas (Figura 4), con regeneración ósea, observando como principal diferencia entre las dos regiones una mayor radiopacidad del lado izquierdo donde fue realizada la descompresión. (Figura 5 y Figura 6).



Fig. 4
Radiografía panorámica con 3 meses de post-operatorio donde se evidencia una reducción significativa del tamaño de las lesiones quísticas, con regeneración ósea, observando como principal diferencia entre las dos regiones una mayor radiopacidad del lado izquierdo donde fue realizada la descompresión.



Fig. 5
Aproximación de la radiografía panorámica del lado derecho con 4 meses de post-operatorio, donde se puede observar la regeneración ósea pero con posibilidad de distinguir donde se encontraba localizada la lesión quística.



Fig. 6
Aproximación de la radiografía panorámica del lado izquierdo con 4 meses de post-operatorio, donde se puede observar la total regeneración ósea sin posibilidad de distinguir donde se encontraba ubicado el quiste dentígero.

Discusión:

Los quistes dentígeros son el segundo tipo de lesión quística de origen odontogénico más común, localizados en 75% de los casos en la mandíbula 2; ellos incluyen dientes incluidos, retenidos, supranumerarios, odontomas y en casos excepcionales dientes deciduos (6,14). Existen reportes en la literatura relatando casos de quistes dentígeros múltiples o bilaterales, siendo extremadamente raros, y encontrado en casi todos los casos relación con síndromes como displasia cleidocranial, síndrome de células basales y mucopolisacaridosis (4,11,12,15). El diente que se encuentra mas frecuentemente relacionado a este tipo de

lesiones es el tercer molar inferior seguido por el canino superior. El quiste dentígero usualmente se presenta como una lesión asintomática pero puede causar aumento de volumen considerable por medio de la expansión de las corticales óseas y retardo en la erupción dentaria (4,6,14).

En la literatura se han reportado casos que relatan la regresión espontánea de los quistes dentígeros (16,17,18) pero en la mayoría de ellos existe mucha controversia en cuanto a que este tipo de situaciones pueda ocurrir (19,20,21).

El potencial agresivo del quiste dentígero influye en el tipo de procedimiento terapéutico a utilizar. Lesiones de menor diámetro principalmente en pacientes jóvenes o niños son removidos completamente para prevenir daño al diente permanente que se encuentra envuelto y favorecer su erupción (3).

Debido al alto potencial de desarrollo, los quistes dentígeros pueden llegar a presentar tamaños extremadamente grandes antes de ser diagnosticados, por lo que es importante resaltar que si existe la posibilidad de causar lesiones a estructuras adyacentes o dejar la mandíbula debilitada incapaz de recibir de cargas funcionales que causarían una fractura patológica, se recomienda el tratamiento por medio de descompresión. En este caso pudimos observar una fractura patológica del lado derecho donde fue realizada la enucleación, debido a que el espacio que ocupaba la lesión era muy grande y fue capaz de dejar la mandíbula extremadamente débil. Algunos artículos de la literatura muestran que este tipo de situaciones es común en lesiones de gran tamaño, por lo que el tipo de tratamiento para esta complicación debe ser considerado por el profesional (22,23). Para resolver esta fractura el tratamiento escogido por nuestro equipo fue conservador, ya que la misma no se encontraba dislocada y no existía movilidad entre los fragmentos ni alteración en la oclusión.

En los casos donde encontramos lesiones de gran tamaño que pueden comprometer la integridad de la mandíbula, la técnica de descompresión, con un acompañamiento post-operatorio cercano debería ser el tratamiento de elección.

En este caso se pudo comparar la radiolucidez obtenida en cada una de las lesiones quísticas que fueron tratadas de diferentes formas. El acompañamiento hecho por medio de radiografías panorámicas demostró que hubo una reducción en el tamaño de ambas lesiones quísticas, siendo que del lado donde fue realizada la descompresión se evidenció una mejor y más rápida radiopacidad, probablemente por existir una formación ósea progresiva y más organizada que en el espacio vacío que quedó del lado derecho donde fue realizada la enucleación.

Conclusión:

Podemos concluir, que el mejor tratamiento ofrecido en este tipo de quistes de gran tamaño, es la descompresión con posterior enucleación de la lesión cuando exista la reducción significativa de la misma para no comprometer la integridad mandibular, con posibles complicaciones como es el caso de las fracturas patológicas decurrentes del debilitamiento óseo mandibular, además de obtener una formación ósea progresiva y más organizada con mejor radiopacidad en el espacio ocupado por la lesión.

Bibliografía:

1. Daley, t.d.; Pringle G.A.. Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaws cyst in a Canadian population. Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1994; 77 : 276-280.
2. Weber, A.I. Imaging of the cyst and odontogenic tumors of the jaw. Definition and classification. Radiol Clin North Am 1993; 31 (1) : 101-120.
3. Stanback J.S. The management of bilateral cyst of the mandible. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1970; 30 (5) : 587-591.
4. Ko, K.S.; Dover, D.G.; Jordan, R.C. Bilateral dentigerous cysts, report of an unusual case and review of the literature. J Can Dent Assoc 1999; 65 (1) : 49-51.
5. Kruger, G.O. Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery, St. Louis, 1979 C. V. Mosby Company, p. 254-265
6. O'Neil, D.W.; Mosby, E.L.; Lowe, J.W. Bilateral mandibular dentigerous cysts in a five-year-old child: report of a case. ASDC J Dent Child 1989; 56 (5) : 382-4.
7. Shafer, W.G.; Hine, M.K.; Levy, B.M. Textbook of Oral Pathology, ed.2, Philadelphia, 1968, W.b.

Saunders Company, p.202.

8. Swerdloff M, Alexander SA, Ceen RF, Ferguson FS. Bilateral mandibular dentigerous cysts in a seven-year-old child. *J Pediatr* 1980; 5 (1) : 77-84.
9. Goaz, p.w.; Stuart, C.W. Cysts of the jaws. In: *Oral radiology, principles and interpretation*. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1994. p. 400.
10. Gorlin, R.J. Cyst of the jaws, oral floor and neck. In: Gorlin RJ, Goodman HW, editors. *Thoma's oral pathology*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 1970. vol 1.
11. Norris, L; Piccoli, P.; Papageorge, M.b.. Multiple dentigerous cysts of the maxilla and the mandible: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1987; 45 : 694-697.
12. Roberts, M.W.; Barton, N.W.; Constantopoulos, G.; Butler, D.P.; Donahue A.H.. Occurance of multiple dentigerous cyst in a patient with the Morateax-Lamy syndrome (mucopolysaccharidosis, type VI). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1984; 58 : 169-175.
13. Ustuner E, Fitoz S, Atasoy C, Erden I, Akyar S. Bilateral maxillary dentigerous cysts: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003; 95 (5) : 632-5.
14. Miller, C.S; Bean, L.R.. Pericoronar radiolucencies with and without radiopacities. *Dental Clin North Am* 1994; 38 : 51-61.
15. Trimble, L.D.; West, R.A.; McNeill, R.W. Cleidocranial dysplasia. Comprehensive treatment of dentofacial anomalies. *J Am Dent Assoc* 1982; 88 : 27-29.
16. Adams, A.M.; Walton, A.G.. Case report. Spontaneous regression of a radiolucency associated with an ectopic third molar. *Dentomaxillofac Radiol* 1996; 25 : 162-164.
17. Freedman, G.L. A Disappearing Dentigerous Cyst: Report a Case. *J Oral Maxillofac Surg* 1988; 46 : 885-886.
18. Irving, S.P.; Winston-Salem, M.D.. Spontaneous regression of a dentigerous cyst in a middle-aged adult. *Oral Surg* 1984; 57 : 604-605.
19. Benn, D.K. Spontaneous regression of bilateral dentigerous cysts. *Br Dent J* 2002; 192 (11) : 606.
20. Makdissi, J. Spontaneous regression of bilateral dentigerous cysts. *Br Dent J* 2002; 193 (2) : 62-3.
21. Shah, N.; Thuau, H.; Beale, I. Spontaneous regression of bilateral dentigerous cysts associated with impacted mandibular third molars. *Br Dent J* 2002; 192 (2) : 75-6.
22. Gerhards, F.; Kuffner, H; Wagner, W. Pathological fractures of the mandible. A review of the etiology and treatment. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1998; 27 : 186-90.
23. Ézsiás, A.; Sugar, W. Pathological fractures of the mandible: a diagnostic and treatment dilemma. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1994; 32: 303-306.