

PRESENTACIÓN INUSUAL DE UN QUISTE DENTIGERO EN PACIENTE PEDIATRICO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Recibido para publicación: 27/04/2006

Aceptado para publicación: 03/08/2006

Romero Yulis, Jiménez Cecilia. Hernández Patricia, Alexis Ganai.

RESUMEN

El quiste dentígero es el quiste Odontogénico mas frecuente, generalmente se presenta rodeando la corona de un diente impactado, afecta a los caninos superiores y terceros molares inferiores, con mayor predilección en el sexo masculino, entre la segunda y tercera década de la vida . A continuación se presenta un caso clínico de un quiste dentígero mandibular inusual por presentar aspecto clínico y radiográfico de Osteomielitis crónica con osteítis proliferativa (Osteomielitis de Garré) , en un paciente femenino de 7 años de edad con una evolución de 2 meses, Así mismo se describe la conducta clínica que se tomó con respecto al caso para llegar al diagnóstico definitivo.

PALABRAS CLAVES: Quiste dentigero, quiste folicular, quiste Odontogénico.

ABSTRACT

The denture quiste it is the most frequent to surround the tooth, it affect the upper caninos and third below molars, the most affected is the male sex, between the second and third decade of life. It is showed a clinic case of a dental jaw quiste with an unusual apparience that suggest a Garre's Osteomyelitis cronic in a 7 year female patient, with an evolution of two months. Patient was subject to clinical, radiography and hystopatology test to confirm the final diagnostics of the lesion, and its described the clinical approachment in order to become the definitive diagnosis.

KEY WORDS: Dentigeous cyst, follicular cyst, odontogenic cyst.

INTRODUCCIÓN

Existe una gran variedad de lesiones quísticas que afectan cavidad bucal, una de las que se consigue con mayor frecuencia es el quiste dentígero, éste es un quiste odontogénico que rodea la corona de un diente impactado, se debe principalmente a la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la superficie del esmalte, produciéndose un quiste en cuya luz está situada la corona del diente mientras la raíz permanece por fuera. (1) ; Sin embargo otros autores apinan que se originan después de que la corona dentaria ha terminado su desarrollo y el diente no ha erupcionado. (2)

ETIOLOGÍA Y ETIOPATOGENIA

Este quiste es el resultado de los cambios degenerativos en el epitelio reducido del esmalte, produciéndose acumulación de líquido entre este epitelio y la corona del diente subyacente, constituyendo estas estructuras las superficies limitantes del quiste. (2) . Esta acumulación de fluidos puede ser el resultado de la presión ejercida por el folículo de un diente con potencial de erupción activo, el cual obstruye el drenaje venoso e induce a la transudación de suero hacia las paredes capilares. Sin embargo, basados tanto en los datos clínicos como experimentales, otros autores sugieren que "la inflamación de dientes inmaduros a partir de un diente deciduo no vital puede esparcirse hasta involucrar al folículo del diente permanente".(3)

Existen varias teorías que tratan de explicar el origen del quiste dentigero (QD):

- Una de ellas plantea que el quiste dentigero se origina después que la corona del diente se ha formado por completo, mediante la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del órgano del esmalte y la corona del diente subyacente formado. (4,5)
- También se habla del origen extrafolicular del QD, el cual sugiere que se origina de quistes periapicales en dientes primarios que van creciendo y englobando al germen del diente permanente. (4,5)
- Una tercera teoría propone que el QD puede comenzar su formación por degeneración del retículo estrellado durante la odontogénesis. (4,5)

EPIDEMIOLOGÍA

Afecta con mayor frecuencia el sexo masculino en una relación 2:1, entre la segunda y tercera década de la vida, la proporción de pacientes de 6 a 7 años con quistes dentígeros es de solo 9.1%, se encuentran asociados casi siempre a la corona de un diente permanente normal, impactado, no erupcionado; rara vez se presentan en dientes primarios. Se asocia con mayor frecuencia a terceros molares inferiores, seguido de caninos superiores, la región del segundo premolar superior se encuentra involucrada en solo el 3.6% de todos los quistes dentígeros, y los quistes que surgen de segundos premolares superiores impactados y se expanden al seno maxilar son más raros aún. Son los segundos quistes más frecuentes después de los quistes radiculares. (1,2,6)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El QD es de crecimiento lento, presenta escasa sintomatología, el paciente puede mostrar una erupción dental retardada generalmente asociada a un QD. Se puede producir complicaciones potenciales como: Movilidad dentaria, cuando la presión del quiste es excesiva se presenta desplazamiento dentario, el paciente puede mostrar asimetría facial, resorción radicular o rizálisis en un 55% de los casos, puede llegar a producir dolor y expansión ósea cuando alcanzan gran tamaño. (2,4,5,7)

A la compresión digital sobre la lesión provoca crepitación (signo de Dupuytren) por adelgazamiento de la corteza ósea; en otras ocasiones es blanda o esponjosa debido a la ausencia de hueso cortical durante el período de exteriorización del quiste. La mucosa que lo recubre presenta características normales; la mayoría son solitarios cuando se presentan bilaterales o de manera múltiple generalmente están asociados con algún síndrome. (2,4,5,7)

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

Este quiste puede observarse como una imagen radiolúcida uni o multilocular asociada a un diente retenido generalmente desplazado; en el maxilar inferior desplazado hacia el borde inferior y en el maxilar superior desplazado hacia el seno, la presencia de esta imagen mayor de 2mm es sugestiva de QD. (4,5) Generalmente ésta imagen radiolúcida llega hasta la unión del límite amelodentinario y puede tener un borde radiopaco periférico bien definido.

En ocasiones es difícil diferenciar entre un QD pequeño y un folículo dental. Mitsuru 2005 (8). reporta que el ancho de la radiolucencia pericoronar fue menor de 3mm en 61 casos de paciente que presentaban folículos dentales y en contraste los 27 casos estudiados de QD mostraban un borde de radiolucidez pericoronar mayor de 3mm. (8)

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS

El quiste se encuentra revestido por una capa relativamente uniforme de epitelio plano estratificado no queratinizado; que mide de dos a diez células de espesor. La inflamación suele alterar el revestimiento epitelial según el tipo de inflamación (aguda o crónica) el revestimiento epitelial puede convertirse en hiperplásico, atrófico o ulcerado. También se pueden ver ocasionalmente; depósitos de colesterol cristalino, depósitos de hemosiderina, cuerpos hialinos (cuerpos de Rushton) y macrófagos cargados de lípidos. Posee una cápsula de tejido conjuntivo fibroso denso. (1,9)

DIAGNÓSTICO

Se deben tomar en cuenta un conjunto de características recopiladas en el estudio clínico, radiográfico e histopatológico. La Tomografía resulta ser de gran beneficio sobre todo en QD múltiples; ya que provee detalles exactos en las tres dimensiones de la lesión quística sin distorsión ni superposición. La aspiración se usa como una conducta de rutina cuando estamos ante la presencia de lesiones radiolúcidas en los maxilares; la misma se realiza introduciendo una aguja de 2 mm de diámetro en la zona más depresible o fluctuante; el diagnóstico presuntivo del quiste dentígero se confirma si el aspirado es un líquido de color pardo claro, que al ponerlo al trasluz se evidencia cristales brillantes (cristales de colesterol). Si se encuentra infectado se puede observar un líquido seropurulento o sanguinopurulento de color pardo. (4,7)

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Desde el punto de vista clínico, el diagnóstico diferencial de un quiste dentígero debería incluir otras lesiones quísticas tales como el queratoquiste odontogénico y el quiste primordial, así como tumores odontogénicos tales como el ameloblastoma, el fibroma ameloblástico y el tumor odontogénico adenomatoide. Es necesario un diagnóstico diferencial con el tumor odontogénico adenomatoide ya que en las etapas tempranas de este no hay presencia de calcificaciones. (3)

TRATAMIENTO

La elección de un determinado método quirúrgico dependerá de la localización, el tamaño y su proximidad a estructuras vecinas. Las lesiones pequeñas se eliminan a través de la osteotomía, extracción del diente impactado y remoción de la lesión; en las lesiones grandes pueden ser necesario una cirugía extensa donde incluso puede haber resección de la mandíbula. Existen otros procedimientos quirúrgicos que se emplean para eliminar estos quistes, como la marsupialización, que es un procedimiento indicado en aquellos casos donde se presenta un QD de gran tamaño que involucra una pérdida ósea

importante ; es utilizado sobre todo en niños en los casos en que se pueda guiar la erupción del diente impactado hasta llevarlo a una posición normal. La enucleación se utiliza siempre que sea posible porque pueden existir transformaciones ameloblásticas o carcinomatosas asociadas a la pared del quiste. (3,4,6,7)

PRONÓSTICO

En lesiones pequeñas el pronóstico es bueno, ya que se puede eliminar quirúrgicamente sin dificultad, las recurrencias son poco frecuentes a menos que la eliminación no haya sido adecuada; si se elimina totalmente se disminuye la posibilidad de transformación desfavorables. Mientras que en las lesiones grandes el pronóstico es reservado ya que conllevan a una gran pérdida ósea; existiendo el riesgo de producir fracturas patológica del maxilar comprometido.(4)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presentó a la consulta una paciente femenina de 7 años de edad, natural y procedente de Caracas, estudiante del 1er. Grado de escolaridad. Acude al servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la U.C.V. referido por su pediatra por presentar lesión en el maxilar inferior del lado izquierdo. La lesión tenía 2 meses de evolución , y fue detectada por su pediatra mediante el examen médico de rutina, desde entonces aumentó de tamaño progresivamente, no era dolorosa a la palpación, de presentación primaria y para el momento de la consulta no había recibido ningún tratamiento.

Dentro de los antecedentes personales la paciente refería presentar Faringo amigdalitis estreptococo beta hemolítica del grupo A, los niveles de ASTO (Anticuerpos de antiestreptolisina) se encontraban alterados; por tal razón se encontraba bajo tratamiento con antibióticos (Bencetazil 3-3. y Ceclor), además de presentar una hernia inguinal del lado derecho. No refería ningún hábito . En cuanto a los antecedes familiares su madre de 35 años de edad padece de la enfermedad de Gaucher desde hace 22 años.

Al examen clínico extraoral se apreciaba una paciente de raza mestiza, quien presentaba asimetría del lado izquierdo de la cara. También se palpaba un nódulo de 1 centímetro de diámetro, móvil, indurado, no doloroso, localizado en zona cervical superior.

Al examen clínico intraoral se observaba una paciente en dentición mixta, que presentaba pérdida del fondo del vestíbulo por vestibular del 36 , se palpaba un aumento de volumen de aproximadamente 1 centímetro de diámetro, no doloroso, circunscrito, de consistencia dura, no móvil, recubierto por una mucosa aparentemente normal , localizado en el cuerpo de la mandíbula del lado izquierdo a nivel del 1er molar inferior permanente. Se detecto una caries incipiente a nivel de la cara oclusal del 85, el resto de las estructuras anatómicas en cavidad bucal se encontraban dentro de los parámetros normales. (Fig. 1)



Fig. 1

Se solicita radiografía panorámica, la cual revela una imagen radiolúcida de aproximadamente 1 centímetro de diámetro, de forma irregular, con cortical, que engloba la raíz distal del 36. (Fig. 2). A través de la Rx Periapical revelaba una imagen radiolúcida de bordes difusos, con cortical, localizada entre el 36 y 37. (Fig. 3). Mediante la Rx Oclusal se apreciaba una imagen radiolúcida en la región del 36, de un centímetro de diámetro que ocasionaba extensión de la tabla en sentido vestibulolingual, también se podía hacer notar la formación de imágenes laminadas concéntricas a la lesión que adoptaban un patrón de piel de cebolla. (Fig.4).



Fig. 2

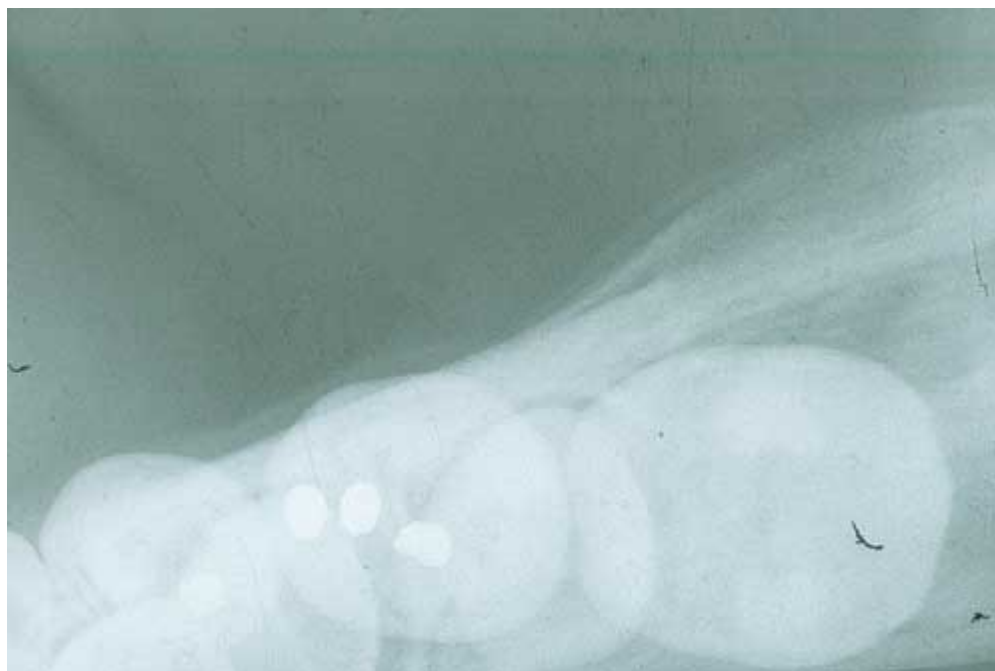


Fig. 3



Fig. 4

Se solicitaron exámenes hematológicos, incluyendo calcio, fósforo y fosfatasa alcalina, encontrándose dentro de los rangos normales. Las pruebas de vitalidad pulpar en los dientes 75 y 36 eran normales. El estudio genético resultó negativo. El estudio tomográfico no fué concluyente, determinaba una lesión de aspecto expansivo en el maxilar inferior del lado izquierdo adyacente al 1er. Molar permanente, con características subjetivas de quiste, a considerar entre lesiones de origen odontogénico Vs ósea. El estudio del gammagrama óseo de tres fases concluía con una lesión focal en maxilar inferior

izquierdo con un aumento de perfusión e hiperemia así como importante aumento de reacción osteoblástica local en relación con lesión expansiva conocida, no impresionando corresponder a proceso infeccioso.

De acuerdo con los datos recopilados de la clínica, el estudio radiográfico, tomografía y gammagrama óseo se estableció como diagnósticos diferenciales: Osteomielitis crónica con osteítis proliferativa (Osteomielitis de Garré), Sarcoma de Ewing o Enfermedad de Gaucher. Como plan de tratamiento se estableció : el uso de antibioticoterapia, se eliminó lesión de caries existente en el 85, se efectuó una evaluación pediátrica en el servicio de Postgrado de pediatría del hospital clínico de la UCV, para realizar el abordaje de la hernia inguinal y de la lesión bucal en un mismo evento quirúrgico.

El procedimiento quirúrgico fue realizado en el quirófano de postgrado de cirugía de la facultad de odontología de la UCV, se decide la extirpación de la lesión bajo anestesia general previa extirpación de la lesión inguinal se continuo el abordaje odontológico, efectuándose una incisión lineal a un centímetro bajo las papilas interdientarias que se extendía desde la zona del 37 hasta el 75, se levantó un colgajo mucoperióstico para abordar la lesión, constatándose una pequeña pérdida de la cortical vestibular mandibular, por donde se apreciaba que emergía una porción de la lesión, se realizó la osteotomía; exponiéndose una membrana quística, por lo que se tomó la decisión de eliminar por completo la lesión, se repuso el colgajo y se suturó con puntos separados. La muestra fue enviada para su estudio histopatológico, cuyo informe estableció un diagnóstico clínico de quiste dentígero. El postoperatorio cursó bien, sin complicaciones infecciosas ni hemorrágicas, a los 8 días se retiraron los puntos de sutura.

Posteriormente se realizaron una serie de controles clínicos y radiográficos. El primer control se realizó a los 2 meses. Clínicamente se apreciaba una herida operatoria sin signos de infección y con buen proceso de cicatrización, la radiografía panorámica revela una notable disminución de la cavidad operatoria en sentido mesiodistal, con zona de radiopacidad compatible con neoformación ósea a partir del hueso alveolar. A los 6 meses se realizó un segundo control evidenciándose una herida operatoria bien cicatrizada y sin complicaciones, las pruebas de vitalidad eran positivas para los dientes en relación con la lesión, la radiografía panorámica reveló relleno casi completo de la cavidad quística por hueso neoformado , excepto dos pequeñas zonas de menor densidad ósea en el extremo distal de la lesión original (Fig.5), la Rx oclusal demuestra una avanzada neoformación ósea. Es de hacer notar que las formación de imágenes laminadas concéntricas a la lesión que adoptaban un patrón de piel de cebolla habían desaparecido para este entonces. (Fig. 6).

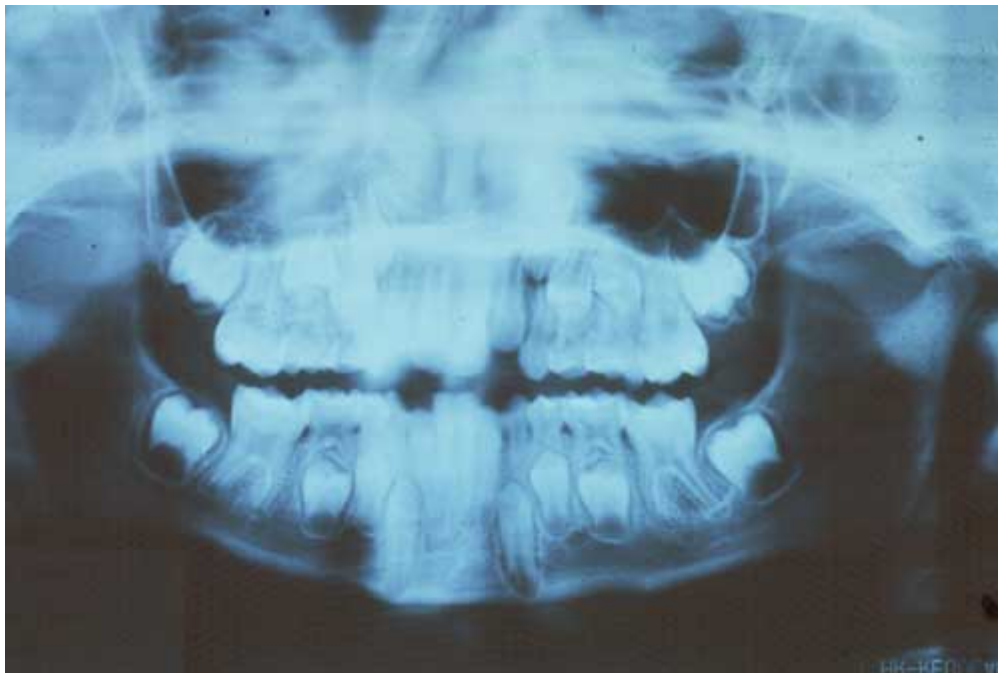


Fig. 5



Fig. 6

DISCUSIÓN:

El quiste dentigero es un quiste odontogénico que afecta generalmente a dientes impactados, por lo general caninos y terceros molares (11). Sin embargo nuestro caso se asocia a un primer molar inferior en etapa de formación radicular, situación que no es frecuente. La mayor incidencia se ve reportada en pacientes de edades entre 20 y 30 años (2,6,12) y en un porcentaje minoritario en etapa infantil, tal como lo reporta Laskary y col (13).

El odontólogo general debe efectuar una excelente historia clínica de ingreso , recurrir siempre a los diferentes métodos de diagnósticos para establecer un debido plan de tratamiento de las lesiones patológicas, en niños y adultos. En nuestro caso se presentó la discusión de visualizar mediante examen clínico y radiográfico, una lesión de tipo infecciosa; sin embargo recurrimos a otros medios que nos permitió obtener un diagnóstico definitivo , y así establecer el tratamiento acorde con el diagnóstico de un lesión de tipo quística , evitar posibles complicaciones y permitir una excelente recuperación del paciente.

CONCLUSIÓN:

Es importante destacar la interconsulta que debe existir entre las diferentes especialidades de la medicina y la odontología, muy especialmente el odontopediatra cuando evalúa a infantes y adolescentes que se encuentran en el periodo de recambio dentario; momento que es posible la presentación de lesiones patológicas con potencial de transformaciones, situación que es muy frecuente en esta población por los constantes traumas a nivel bucal.

Asimismo se debe de tomar en cuenta el uso de los distintos estudios especializados que nos orienten a establecer diagnósticos provisionales acertados , permitiendo establecer planes de tratamientos ajustados con el estudio histopatológico ; y brindándole una atención integral al paciente y mejorando su calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Sapp J. Eversole L. y Wysocky G. Compendio de Patología Bucal y Maxilofacial. Harcourt Brace. 1998.
2. Munzenmayer, J. Sarzosa M. y Giraudo J. Quiste dentigero mandibular. Caso clínico. Seguimiento después de 13 años. Rev. Fac. Odont. U. De C. Vol. III (5).37-42.1996.
3. Martínez, D. and Varela, M. Conservative Treatment of Dentigerous Cysts in Children: A Report

- of 4 Cases. J Oral Maxillofac Surg 59:331-334, 2001.
4. Maury, T. Lopez, T. Moustarih, Y. Quiste Dentígero. Revisión Bibliográfica y Presentación de un Caso. Acta Odontológica Venezolana. Vol. 38. N. 2. 61-67. 2000.
 5. Monserat, E. Gudiño, J. Seijas, A. Quiste dentígero. Presentacion de un caso. Acta Odontológica Venezolana. Vol.40. N. 2.165-68. 2001.
 6. Shin, T. and Koyama, S. Guided Eruption of an impacted second premolar associated with a dentigerous cyst in the maxillary sinus of a 6-year-old child. J Oral Maxillofac Surg. 56: 237-239. 1998.
 7. Barriuso, J. Estudio comparativo sobre la prevalencia del quiste dentígero en la población adulta e infantil. Alternativas quirúrgica de tratamiento. Trabajo Especial para optar al título de Especialista en Cirugía Bucal. 2000.
 8. Mitsuru, E. Kumamoto, H. Ooya, K. Apoptosis-related factors in the epithelial components of dental follicles and dentigerous cysts associated with impacted third molars of the mandible. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral radiol Endod. 99:17-23.2005.
 9. Regezi, J. and Sciubba J. Patología bucal. 3era. Edición. Editorial Interamericana. McGraw-Hill. 2000.
 10. Evren, U. y cols. Bilateral maxillary dentigerous cysts: A case report. (Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2003; 95: 632-5
 11. Shaffer, W. Hiney, M. Levy, B. (1986). Tratado de Patología Bucal. Nueva Editorial Interamericana, 4ta. Edición.
 12. Gorlin, R. Golman, H. (1984). Patología Oral. Editores Salvat Barcelona España, 7 séptima Edición.
 13. Laskaris G. (2001). Patología de la Cavidad Bucal en Niños y adolescentes. Actualidades Médicas Odontológica Latinoamericana C.A. 1era. Edición. Atena Grecia.