

QUISTE FOLICULAR INFLAMATORIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y REPORTE DE TRES CASOS CLÍNICOS

Recibido para arbitraje: 03/02/2008

Aceptado para publicación: 25/03/2009

- **Dra. M. Loreto Castellón Zirpel.** Cirujano Máxilofacial ¹⁻²
- **Dra. Claudia Montini Santori.** Cirujano Bucal, Implantólogo ²
- **Dra. Francisca Uribe Fenner.** Cirujano Dentista ¹⁻²
- **Dr. Rodrigo Fariña Sirandoni.** Cirujano Máxilofacial ²

1. Hospital Luis Calvo Mackenna. Servicio de Odontología.
2. Facultad de Odontología Universidad Mayor. Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomáxilofacial.

Correspondencia

Dirección: Av. Kennedy 7120 Depto. 405, Vitacura. Santiago, Chile. Teléfono: + 56 2 3716233, Fax: +56 2 3716232. Correo Electrónico: fran.uribe@gmail.com

Resumen

El quiste folicular se ubica según la clasificación de la OMS como un quiste inflamatorio, siendo una patología poco frecuente. Se presenta en los niños entre los 5 a 12 años, es más frecuente en hombres y la zona anatómica más afectada es la región mandibular correspondiente a los premolares.

La etiología, es inflamatoria ya que existe una progresión del proceso inflamatorio de los molares temporales tratados endodónticamente hacia el folículo del premolar.

El tratamiento de ésta patología varía desde la extracción del diente temporal hasta un tratamiento más invasivo como la enucleación del quiste. La selección del tratamiento depende de diferentes factores como la edad del paciente, tamaño de la lesión, compromiso de estructuras adyacentes, ubicación del diente retenido etc. Generalmente el pronóstico es bueno.

Se presenta una revisión de la literatura sobre el quiste folicular inflamatorio, y tres casos pediátricos. Se revisarán las características clínicas, imagenológicas, posibles diagnósticos diferenciales y el tratamiento.

Palabras Clave: Quiste Folicular Inflamatorio

Summary

The follicular cyst was classified by the OMS in 1992 as an inflammatory cyst. The prevalence is poor and may be encountered in patients between 5 and 12 years old. There is a male predilection and a higher prevalence in the mandibular premolars

The pathogenesis is a result of the progression from a periapical inflammation from an overlying primary tooth that has been pulpotomized to the premolar follicle.

The treatment for the follicular cyst varies from the extraction of the primary tooth to enucleation of the cyst. The selection of the treatment depends on the age of the patient, extension of the cyst, the compromise of the adjacent structures, location of the impacted tooth etc. Generally the prognosis is excellent.

A review of the literature about the follicular cyst and three pediatric cases will be presented. The clinical and radiographic features, differential diagnosis and treatment will be discussed.

Key Words: Follicular Cyst, Inflammatory Cyst.

Introducción

La patología de los huesos maxilares es variada y se caracteriza por su íntima relación con las estructuras dentarias y faciales. Las lesiones quísticas que encontramos en esta región, resultan de una anomalía en el proceso del desarrollo dentario o producto de un estímulo inflamatorio como lo que encontramos en el quiste folicular inflamatorio. La importancia de este tipo de lesiones radica en que presentan una alta incidencia en el territorio maxilofacial, alcanzando hasta un 20% de estas.

La clasificación actual para los quistes maxilares corresponde a la OMS del año 1992. Ésta clasificación divide a los quistes como quistes del desarrollo y quistes inflamatorios. Dentro de los quistes del desarrollo existen los quistes odontogénicos donde los epitelios de la lámina dental o del órgano reducido del órgano del esmalte proliferan y forman una lesión quística. Los quistes del desarrollo no odontogénicos provienen de epitelios que no están involucrados en la odontogénesis, por ejemplo de los procesos faciales. En cambio los quistes inflamatorios se producen por una activación y proliferación de restos epiteliales producidos por la inflamación. Los quistes inflamatorios son; Quiste radicular (Apical, Lateral y Residual), Quiste Paradental, Quiste folicular inflamatorio y mandibular vestibular infectado.

El objetivo del presente trabajo es dar a conocer una revisión de la literatura acerca del quiste folicular inflamatorio y se presentarán tres casos clínicos de pacientes pediátricos. Se discutirán las características clínicas e imagenológicas, posibles diagnósticos diferenciales y los distintos tratamientos.

Casos Clínicos

Caso 1

Paciente del sexo masculino de 9 años de edad, sano, sin antecedentes mórbidos de importancia. Fue derivado a la unidad de cirugía maxilofacial por un aumento de volumen en la zona mandibular derecha de aproximadamente 2 cm de diámetro. Presentaba expansión delimitada de la tabla vestibular de consistencia dura. Asintomática y de evolución indeterminada. Al examen intrabucal el diente 8.5 (Segundo molar temporal inferior derecho) presentaba una obturación extensa. La radiografía reveló una zona radiolúcida unilocular de límites netos en relación al premolar. El diente 8.5 presentaba tratamiento endodóntico y rizalísis (Figura 1) y en la radiografía oclusal se observa la expansión de la cortical ósea vestibular. (Figura 2).



Figura 1

Radiografía retroalveolar diente 8.5 con obturación extensa y reabsorción radicular avanzada. Se aprecia lesión radiolúcida delimitada asociada a diente 4.5 incluida.



Figura 2
Radiografía oclusal diente 8.5 donde se aprecia la expansión de la cortical ósea vestibular.

El tratamiento realizado fue la extracción del diente temporal. Se realizó un control radiográfico a los 4 meses en donde se aprecia formación ósea y la erupción del premolar (Figura 3).

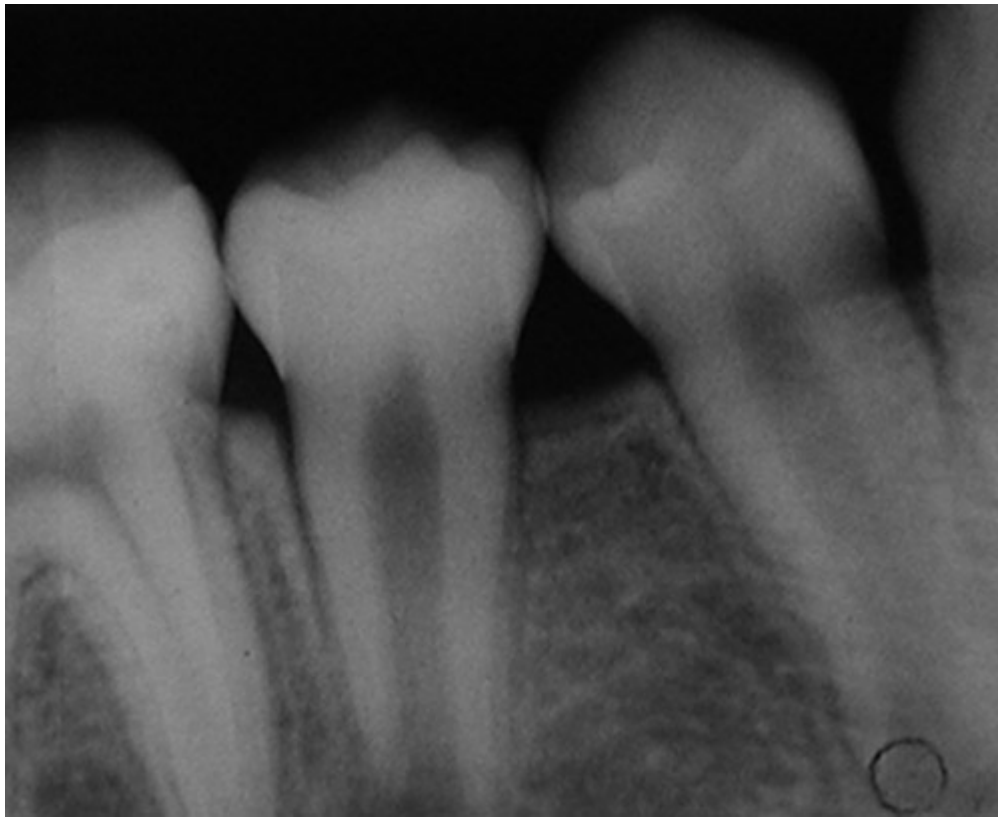


Figura 3

Radiografía retroalveolar diente 4.5. Control radiográfico 4 meses posterior a la exodoncia del diente 8.5. Se aprecia formación ósea y erupción del premolar.

Caso 2

Paciente del sexo masculino de 5 años de edad es derivado por un aumento de volumen de la tabla vestibular de consistencia dura en la zona maxilar izquierda en relación a un resto radicular del diente 6.4 (Primer molar temporal superior izquierdo). El paciente presentaba una sepsis bucal generalizada y se encontraba asintomático. Al examen radiográfico se apreciaba el resto radicular del diente 6.4 y la evolución intraósea del premolar permanente sin formación radicular. Se encontraba incluido en una lesión radiolúcida de límites netos que desplaza el resto de las estructuras dentarias (Figura 4).

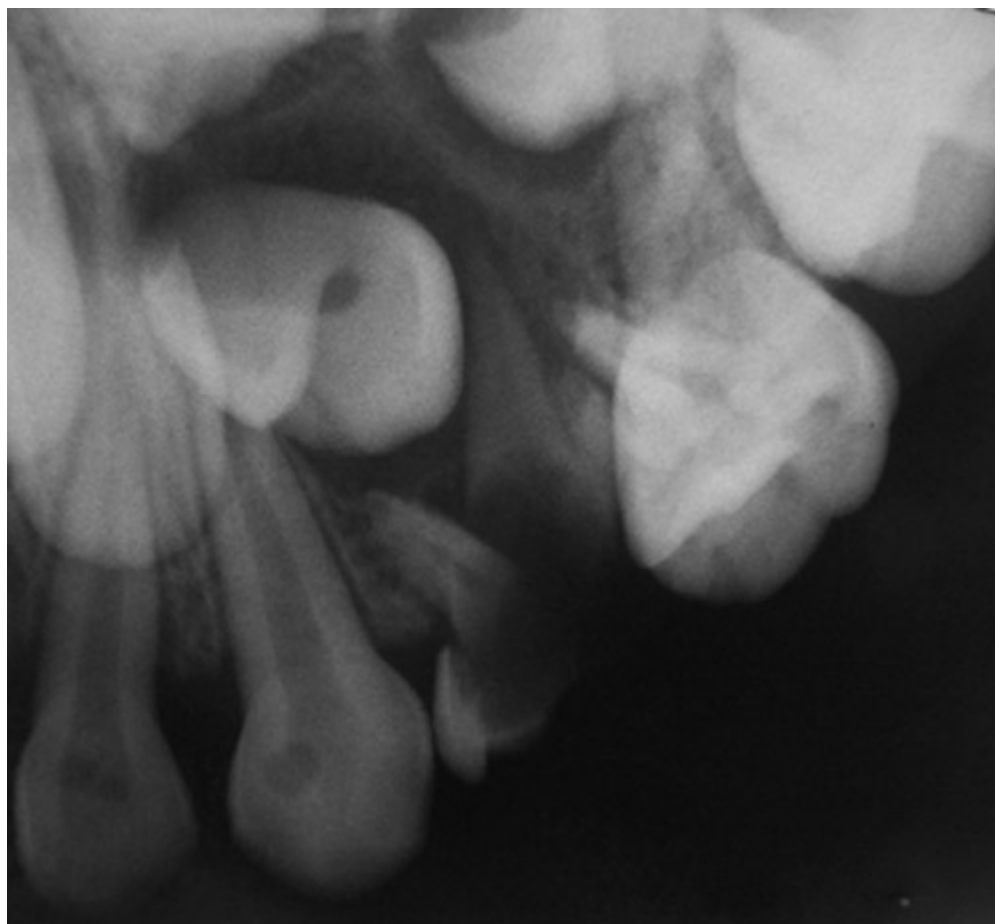


Figura 4
Radiografía retroalveolar resto radicular diente 6.4 asociado a lesión radiolúcida de límites netos que desplaza germenes dentarios.

Se realizó la exodoncia del diente temporal 6.4, junto con la enucleación del quiste y la exodoncia del premolar incluido en la lesión (Figura 5). La radiografía de control a los 10 meses después de la cirugía revela formación ósea en la zona de la lesión (Figura 6).

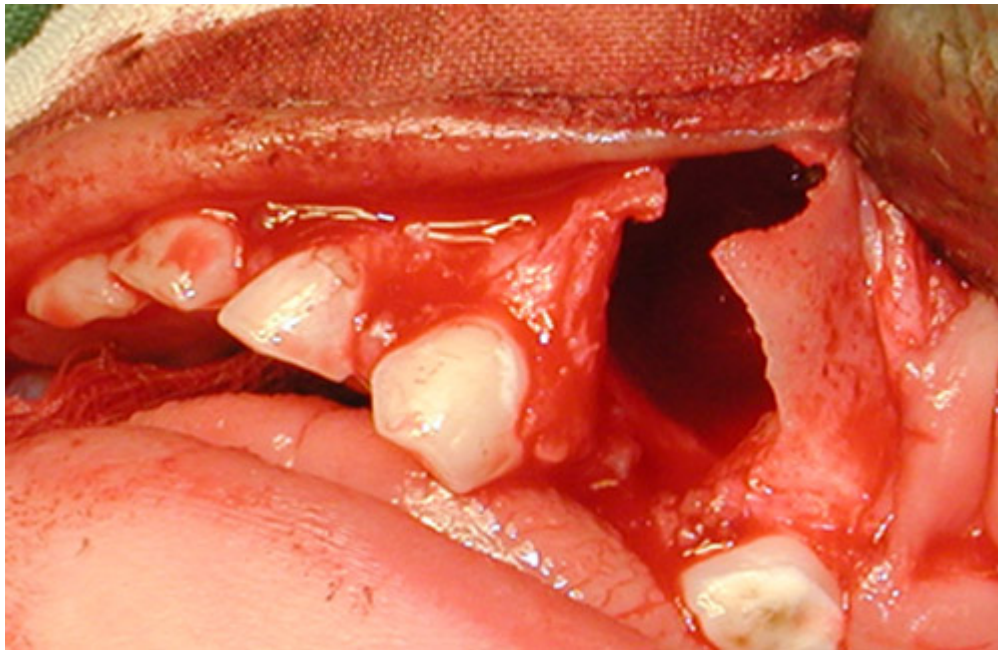


Figura 5
Exodoncia resto radicular 6.4, enucleación de la lesión y exodoncia de premolar incluido.

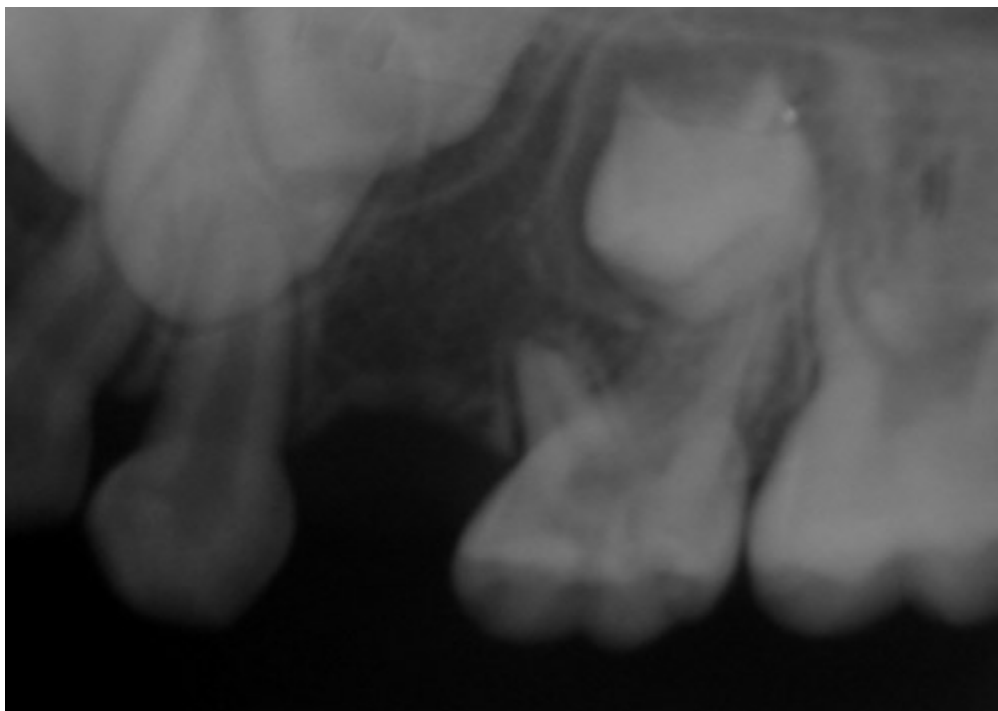


Figura 6
Radiografía retroalveolar diente 6.4. Control radiográfico 10 meses postquirúrgico. Se aprecia formación ósea de la zona.

Caso 3

Paciente del sexo masculino de 10 años de edad consulta por aumento de volumen vestibular en cuerpo mandibular izquierdo en relación al diente 7.5 con un año de evolución. El aumento de volumen era de aproximadamente 3cm, consistencia dura, límites netos, indoloro a la palpación y cubierto por mucosa sana. Presentaba persistencia del diente temporal con una obturación extensa y desplazada hacia lingual (Figura 7). La radiografía panorámica reveló una zona radiolúcida de límites netos en relación al diente 3.5 incluido y en posición ortográfica. El diente 7.5 estaba tratado endodónticamente y con rizálisis (Figura 8). En la radiografía oclusal se apreciaba la expansión de la cortical ósea vestibular (Figura 9).



Figura 7

Persistencia diente 7.5 que presenta obturación extensa y se encuentra en posición lingual. El diente está asociada a un aumento de volumen vestibular.

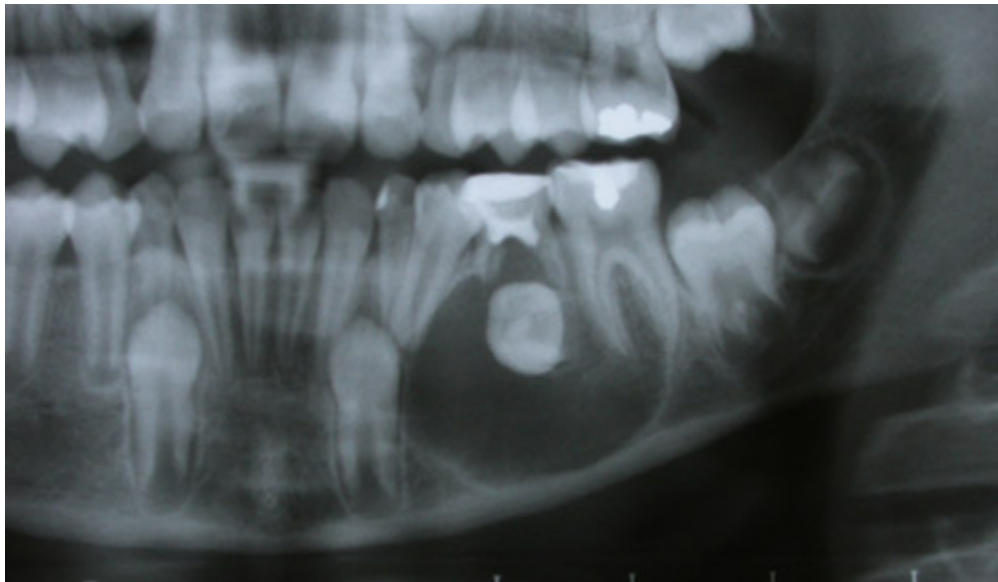


Figura 8

Radiografía panorámica. Se aprecia diente 3.5 incluido en posición ortográfica asociada a lesión radiolúcida de límites netos entre dientes 3.4 y 3.6 que se extiende hasta el borde basilar.



Figura 9

Radiografía oclusal diente 7.5 donde se aprecia expansión de la cortical ósea vestibular. El ápice del diente 3.5 se encuentra desplazada hacia lingual.

Se realizó la exodoncia del diente temporal 7.5, la enucleación de la lesión junto con la extracción del diente permanente 3.5 (Figura 10). Se realizó un control radiográfico a los 9 meses donde se aprecia formación de tejido óseo en la zona del quiste (Figura 11).

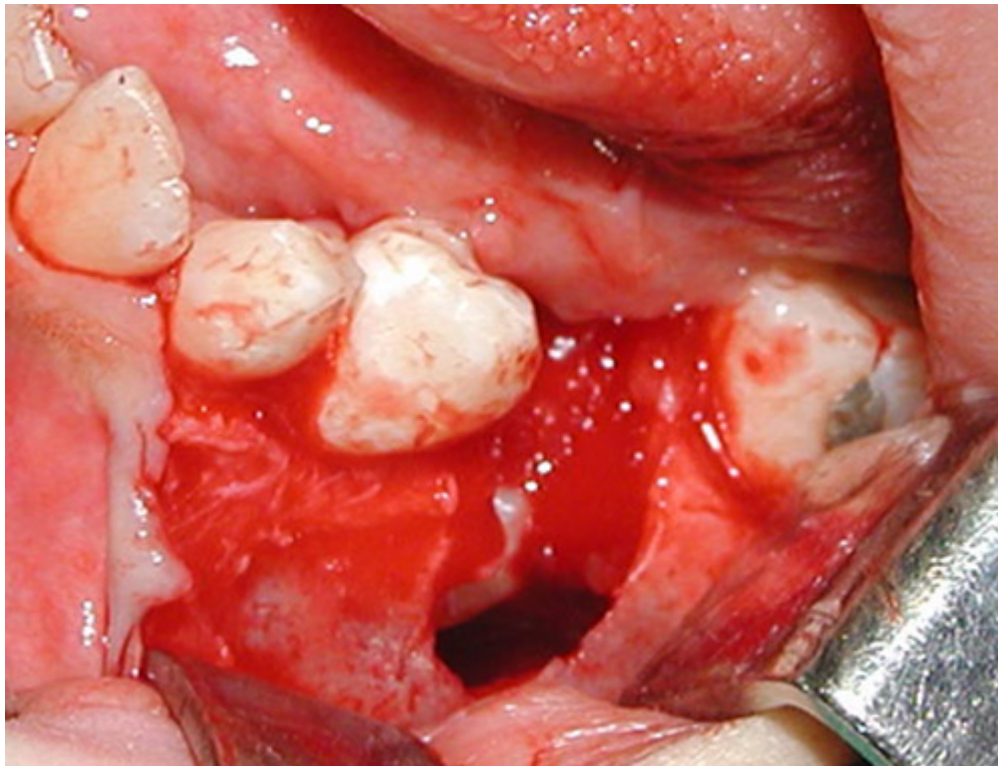


Figura 10
Exodoncia diente 7.5, enucleación de la lesión y exodoncia del diente 3.5.



Figura 11
Radiografía panorámica. Control radiográfico 9 meses postquirúrgico. Se aprecia formación ósea de la zona.

Discusión

El quiste folicular inflamatorio es una lesión que se presenta asociada a dientes temporales no vitales provocando un quiste en relación al folículo del diente permanente. Actualmente la clasificación de la OMS en el año 1992 incluye al quiste folicular inflamatorio dentro de los quistes inflamatorios, pero hay autores que han postulado que el quiste folicular inflamatorio es similar al quiste dentígero (1). El origen del quiste dentígero es una alteración del desarrollo del epitelio reducido del órgano del esmalte que resulta en una acumulación de líquido entre éste y la corona de del diente permanente (2). Según Benn y cols (1996) (3), existen dos tipos de quistes dentígeros, el primero es derivado del desarrollo, ocurre en dientes maduros como resultado de la impactación, asociado a terceros molares durante la 2ª y 3ª década. En este caso se produce una presión sobre el folículo ejercida por el diente al erupcionar (3). El segundo tipo es de origen inflamatorio, se presenta en dientes inmaduros durante la 1ª y 2ª década de vida. Es el resultado de la inflamación desde un diente temporal no vital hacia el folículo del diente permanente (3,4,5). Aunque el epitelio que origina al quiste folicular es el epitelio reducido del órgano del esmalte, al igual que el quiste dentígero, la etiología es distinta. El quiste dentígero es del desarrollo, en cambio el quiste folicular es de origen inflamatorio, son entidades diferentes con un mismo epitelio de origen. Por ésta razón creemos que no se puede clasificar al quiste folicular como un tipo de quiste dentígero.

El quiste folicular inflamatorio se caracteriza por presentarse en la primera y segunda década entre los 5 y 12 años de edad, durante la dentición mixta. Es más frecuente en hombres y en molares temporales mandibulares del lado izquierdo (6,7,8,9). Existen dos teorías para explicar la asociación de estos quistes con los segundos molares temporales inferiores, la primera es que el segundo molar es más susceptible a caries y la segunda es que el germen del segundo molar temporal está más próximo al premolar permanente (2). Las manifestaciones clínicas son variables según el tamaño que alcance. Se aprecia un aumento de volumen duro por una expansión de la tabla vestibular cubierto por mucosa sana (7,8). Generalmente estas lesiones son asintomáticas, según Lustig y cols (1999) (2), el 22% son detectados durante evaluaciones de rutina. El resto de las lesiones son detectadas durante su fase aguda cuando se infectan, se observa un aumento de volumen facial, dolor, aumento de la temperatura local y descarga purulenta. Se ha descrito que el tiempo entre la pulpotomía y la aparición del quiste es de 3,5 años (2).

Al examen radiográfico se aprecia como una zona radiolúcida delimitada asociada a las raíces de un diente temporal no vital y a la corona del diente sucesor (7,9). Las características histológicas son similares a las del quiste dentígero presentando un epitelio hiperplásico, cápsula de tejido conectivo, células inflamatorias con pigmentos de hemosiderina y placas de colesterol (1,10,11).

Se ha descrito como diagnóstico diferencial el quiste radicular, quiste paradental (10), queratoquiste, ameloblastoma unicístico, fibroma ameloblástico y tumor odontogénico adenomatoide inmaduro sin calcificaciones en su interior (2,3,7).

La literatura es escasa y poco específica en relación a las opciones de tratamiento de los quistes foliculares inflamatorios y de sus resultados. Los tipos de tratamientos son variados, las indicaciones y contraindicaciones de cada uno no han sido definidas claramente en la literatura.

Motamedi y cols (2005) (6) recomiendan el uso de criterios como el tamaño del quiste, la edad del paciente, el compromiso de estructuras vitales y la importancia del diente impactado para indicar distintos tratamientos.

Se han descrito distintos tipos de tratamientos; el primero es la exodoncia del diente temporal, curetaje de la lesión y mantener el diente permanente. Así se realiza una descompresión de la cavidad quística permitiendo la erupción del diente incluido y eliminación de la lesión. Según Koželj y cols (1999) (9) este es el tratamiento más fisiológico ya que elimina el factor causal y tiene una baja morbilidad. Se puede indicar en lesiones pequeñas, circunscritas sin posibilidad de dañar estructuras adyacentes (5,9).

La exodoncia del diente temporal y luego una descompresión de la lesión es otro tipo de tratamiento del quiste folicular. Esto consiste en eliminar una parte de la lesión y comunicarla a la cavidad bucal, evitando el cierre de la mucosa mediante gases yodoformadas, cánulas de silicona o aparatos removibles (3,9). La principal ventaja de esta técnica es la disminución del tamaño de la lesión sin dañar estructuras adyacentes como los ápices de los dientes, gérmenes de dientes permanentes, seno maxilar o nervio dentario inferior (5). Se indica en quistes de gran tamaño que involucran múltiples dientes y próximas a estructuras vitales (6). Tiene como desventaja que no se realiza un estudio histológico completo ya que sólo se elimina una parte de la lesión dejando tejido patológico en el lugar (5). Se ha descrito que los pacientes pediátricos tienen una mayor capacidad de regeneración ósea y que los dientes con ápices abiertos tienen una mayor capacidad de erupción. Al considerar que es una lesión benigna se recomienda un tratamiento conservador (3,6).

La exodoncia del diente temporal, enucleación de la lesión y evaluación de la exodoncia del diente permanente es otro tipo de tratamiento de los quistes foliculares. Se debe evaluar caso a caso, pero se ha postulado que debe realizarse la exodoncia del diente permanente en quistes de gran tamaño, si es que el diente involucrado se encuentra completamente incluido en la lesión, si es que presenta una alteración del desarrollo, si se encuentra severamente desplazada o no tiene espacio para su erupción (5,9). Es fundamental la evaluación de cada paciente.

Se debe controlar a los pacientes hasta la erupción completa del diente permanente y la regeneración ósea de la cavidad quística (9). El tratamiento es exitoso en la mayoría de los pacientes, sin recurrencia de la lesión (10).

En el primer caso clínico el tratamiento realizado fue la extracción del diente temporal. En este caso las variables analizadas fueron; el tamaño de la lesión, la reabsorción radicular avanzada del diente temporal, la formación radicular incompleta y la correcta posición del diente permanente, así como también el espacio suficiente en la arcada para su erupción. En este caso la exodoncia del diente temporal fue suficiente para la correcta erupción del premolar. En el segundo caso, se realizó la exodoncia del diente permanente, enucleación de la lesión y exodoncia del premolar permanente. Se decidió realizar este tratamiento por la edad del paciente, la extensión de la lesión y el premolar permanente estaba incluido completamente en la lesión sin desarrollo radicular. En el tercer caso se indicó el mismo tratamiento que en el caso anterior por el gran tamaño de la lesión, la severa malposición del diente permanente (ortográfica), el ápice del premolar sobresalía por la tabla lingual. Un tratamiento conservador en este caso no había sido suficiente para eliminar la lesión y la malposición del diente permanente era tan severa que no estaba indicado conservarla.

Conclusión

Existen distintas opciones de tratamiento del quiste folicular inflamatorio. Se deben evaluar variables como la edad del paciente, el tamaño de la lesión, el compromiso de estructuras vitales, la importancia del diente incluido, ubicación y posibilidad de ser reubicada en la arcada además de la posición del diente permanente. Según estos parámetros se pueden indicar desde tratamientos conservadores como la exodoncia del diente temporal hasta tratamientos más agresivos como la enucleación de la lesión junto con la exodoncia del diente permanente.

Bibliografía

1. Philipsen HP, Reichart PA: Revision of the 1992 - edition of the WHO histological typing of the odontogenic tumours. A Suggestion. J Oral Pathol Med 2002(31)253-158.
2. Lustig JP, Schwartz-Arad D, Aspira A: Odontogenic cysts related to pulp-tomized deciduous

- molars. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1999(87)499-503.
3. Benn A, Altini M: Dentigerous cysts of inflammatory origin. A clinicopathologic study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1996;81(2)203-209.
 4. Martínez-Pérez D, Varela-Morales M: Conservative Treatment of Dentigerous Cysts in Children: A Report of 4 Cases. J Oral Maxillofac Surg. 2001(59)331-334.
 5. Ümit E, Yavuz S: Interesting Eruption of 4 Teeth Associated With a Large Dentigerous Cyst in Mandible by Only Marsupialization. J Oral Maxillofac Surg. 2003(61)728-730.
 6. Motamedi MH, Talesh KT: Management of extensive dentigerous cysts. Br Dent J. 2005; 26; 198(4): 203-206.
 7. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE: Oral & Maxillofacial Pathology. Segunda Edición, USA, W.B. Saunders Company. 2002.
 8. Regezi J, Sciubba J: Patología Bucal. Segunda Edición, Philadelphia, W.B. Saunders Company, USA. 1993.
 9. Koželj V, Sotošek B: Inflammatory dentigerous cyst of children treated by tooth extraction and decompression - report of four cases. Br Dent J. 1999; 187(11):587-590.
 10. Morimoto Y, Tanaka T, Nishida I, Kito S, Hiroshima S, Okabe S, Ohba T: Inflammatory paradental cyst (IPC) in the mandibular premolar region in children. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2004(97)286-293.
 11. Savage NW, Adkins KF, Weir AV, Grundy GE: An histological study of cystic lesions following pulp therapy in deciduous molars. J Oral Pathol 1986(15)109-212.