

Asociacion de Quiste Dentigero a Molares Incluidas: Reporte de Caso.

Association cyst dentigerous the molars included: A case report.

Ricardo Eugenio Varela Ayres de Melo¹, Neme Portal Bustamante², Marcela Côrte Real Fernandes³, Rodrigo Henrique Mello Varela Ayres de Melo⁴, Milena Mello Varela Ayres de Melo Pinheiro⁵, Victor Leonardo Mello Varela Ayres de Melo⁶, Camilla Siqueira de Aguiar⁷

RESUMEN

El quiste dentigero corresponde a los quistes ontogénicos de desenvolvimiento más común dentro de los quistes relacionados en esa clasificación, Se cree que su origen está en la separación del fluido que queda alrededor de la corona de un diente incluido. Este quiste se caracteriza por envolver la corona de un diente incluido y se conecta al diente por la unión amelocementaria. Este quiste ataca con mayor frecuencia de los terceros molares inferiores. El grupo de edad más acometida va desde los once años hasta los treinta años, presentando ligera predilección por el sexo masculino y mayor prevalencia a la raza blanca. Los quistes dentigero son de tamaño pequeño y asintomático, pudiendo en algunos casos a llegar a tamaño considerable. Radiográficamente, se verifica una imagen radiolúcida, unilocular, asociada a la corona de un diente incluido, con márgenes bien definidos y frecuentemente escleróticos. Este trabajo es un relato de caso de quiste dentigero asociado a los molares incluidos, en paciente del sexo femenino con 20 años de edad. La paciente buscó el servicio después de la realización de examen radiográfico para tratamiento ortodrómico. Al evaluar la radiografía, se observó la presencia de imagen radiolúcida sugestiva de quiste en el segundo y tercer molar superior izquierdo y en el tercer molar inferior derecho, todos incluidos. El diagnóstico de quiste dental fue confirmado después del examen histopatológico. En este relato discutiremos sobre las características clínicas, radiográficas, histopatológicas y terapéuticas del caso.

Palabras clave: Cito dentigero, tercer molar, diente incluido.

ABSTRACT

The dentigerous cyst is the most common developmental odontogenic cysts involved in this classification. It believes that originates at the separation of the fluid that is around the crown of an impacted tooth. This cyst is characterized for envolving the crown of an impacted tooth and connects to the tooth in the cemento-enamel junction. This cyst most often affects the mandibulars third molars. The most affected age group is from ten to thirty years old, with a slight preference for the male sex and higher prevalence of caucasians. The dentigerous cysts are generally small size and asymptomatic, but may in some cases reach a considerable size. Radiographically, there is an unilocular radiolucent image associated with the crown of an impacted tooth, with well-defined and often sclerotic margins. This work is a case report of dentigerous cyst associated with molars enclosed in a female patient of 20 years old. The patient searched treatment after radiographic examination for orthodontic treatment. At radiographic evaluation, it was noticed the presence of radiolucence area suggestive of cyst at left maxilar second and third molar and right mandibular third molar, all enclosed. The diagnosis of dentigerous cyst was confirmed after histopathological examination. In this report we will discuss the clinical, radiographical, pathological and therapeutical case.

Keywords: Dentigerous cyst, molar third, tooth unerupted.

¹ Coordinador del Curso de Especialización en Cirugía y Traumatología Buco Maxilo Facial de la Universidad Federal de Pernambuco (UFPE), Brasil.

² Profesor principal de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Federico Villareal. Profesor Invitado en la Universidad Nacional Toribio Rodriguez de Mendoza de Amazonas. Perú.

³ Especialización en Cirugía y Traumatología Buco Maxilo Facial. Brasil.

⁴ Médico. Brasil.

⁵ Fisioterapeuta; Estagiaria en Cirugía y Traumatología Buco Maxilo Facial. Brasil.

⁶ Estudiante de Odontología de UNINASSAU; en Cirugía y Traumatología Buco Maxilo Facial. Brasil.

⁷ Estudiante de Odontología de la Universidad Federal de Pernambuco - UFPE; Estagiaria en Cirugía y Traumatología Buco Maxilo Facial. Brasil.

I. INTRODUCCIÓN

Quiste es una cavidad patológica revestida por epitelio, la cual contiene en su interior material líquido o semi-sólido. Según De Avila et al.1, se consideran lesiones benignas que, cuando están presentes por un largo período de tiempo, pueden causar alguna incomodidad y promover deformidades. De acuerdo con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2012, los quistes odontogénicos se dividieron en: quistes de desarrollo: dentígero, de erupción, queratoquiste, gingival del adulto, gingival del recién nacido, periodontal lateral y glandular ; y quistes inflamatorios: radicular o periapical, radicular residual y de la bifurcación vestibular2.

En cuanto a la presencia de procesos inflamatorios estimulantes a la proliferación epitelial odontogénica, estas patologías se clasifican como lesiones de origen inflamatorio. Conforme a Allais et al. 3, la variante inflamatoria puede resultar de un proceso inflamatorio o infeccioso del diente desdido. Sin embargo, las lesiones cuyo origen aún no se conoce son clasificadas como quistes del desarrollo.

Hyun-Soo et al. 4, relataron que entre las lesiones císticas que acomete la región maxilo-mandibular, los quistes dentígeros representan la lesión quística más común entre los quistes de origen del desarrollo y el segundo tipo más común entre los quistes odontogénicos. Los quistes múltiples o bilaterales de Maroteaux-Lamy y la displasia cleidocraniana, quistes dentígeros bilaterales inferiores también se comunicaron después del uso simultáneo prolongado de ciclosporina A y bloqueadores de los canales de calcio5.

La mayoría de los pacientes con un quiste dentígero están en la segunda o tercera década de vida. Este quiste, raramente observado en la dentición decidua, tiene ligera predilección por hombres, mayor incidencia en blancos y la mandíbula es el sitio más acometido6.

La patogénesis del quiste dentígero es incierta, pero aparentemente se desarrolla por la acumulación de fluido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona del diente7.

Clínicamente, son usualmente, asintomáticos con crecimiento lento y caracterizados por el involucramiento de la corona y erupción retardada de la unidad dental. Además, poseen potencial para llegar a ser extremadamente grandes y promover la expansión de la cortical ósea. Las lesiones extensas pueden causar asimetría facial y normalmente, este descubrimiento se realiza en una rutina de radiografías8.

El quiste dental se presenta como un área radiolúcida bien circunscrita, unilocular y asimétrica, circundando la corona de un diente no erupcionado.1,4, 6 Sin embargo, los hallazgos radiográficos todos no son diagnósticos de un quiste dentígero, porque los queratocistos odontogénicos, los ameloblastomas uniloculares y muchos otros tumores odontogénicos y no odontogénicos pueden presentar características radiográficas que son esencialmente idénticas a las del quiste dentígero9.

Para De Carli 10, el diagnóstico de quiste dentígero puede ser realizado por medio de un examen clínico y radiográfico asociado al examen microscópico. Por lo tanto, se debe considerar la asociación de ambos cuadros para determinar el diagnóstico de esa condición y el tratamiento adecuado que implica desde la marsupialización hasta la enucleación de la lesión.

Históricamente, el quiste dentígero presenta una cápsula de tejido conjuntivo fibroso. El epitelio de revestimiento es generalmente del tipo pavimentado estratificado no queratinizado, con dos a cuatro capas de células epiteliales cúbicas. 9.11

La remoción del diente asociado al quiste y la enucleación cuidadosa del tejido blando es el tratamiento definitivo en la mayoría de los casos de quiste dentígero, y en promover la erupción espontánea del diente envuelto en el interior de la lesión.12.

Graziani13 propone otra técnica quirúrgica para el tratamiento de los quistes, el tapizado. Este método, no es más que una combinación de los dos primeros métodos (enucleación y marsupialización) y consiste en obtener una regresión postoperatoria de la cavidad, después de su transformación en cavidad accesoria de la cavidad bucal; con este método, esto es obtenido sin el riesgo ofrecido por la conservación de la membrana quística.

Sin embargo, Martínez-Pérez et al.14 afirma que el tratamiento clásico y considerado patrón oro para los quistes dentígeros consiste en la enucleación y la extracción de los dientes involucrados en el proceso.

Edamatsu et al.15, afirma que este quiste, cuando completamente removido, presenta tasa de recurrencia mínima o muy baja.

RELATO DE CASO.

Paciente S.O.C. 20 años de edad genero femenino, leucoderma, fue enviado al consultorio de Cirugía y Traumatología Buco Maxilo Facial del Hospital de las Clínicas de la Universidad Federal de

Pernambuco, después de la realización del examen imagenológico para fines de tratamiento ortodóntico, el examen del tipo radiografía panorámica (Figura 1), reveló imágenes radiolúcidas, delimitadas, uniloculares envolviendo el segundo y tercer molar superior izquierdo (27 y 28 respectivamente) y el tercer molar inferior derecho (48), que permanecían incluidos. La paciente no presentaba queja de dolor o sangrado, sólo de un pequeño aumento de volumen del lado izquierdo de la cara.

Se solicitó a la paciente el examen de Tomografía volumétrica de cortes cónicos para regiones de tuberosidades maxilares y retromolares derecha e izquierda (Figuras 2 y 3) el cual se observaron áreas osteolíticas en dichas regiones. El tratamiento quirúrgico realizado fue la enucleación quística.

Después de la anestesia general, se realizaron incisiones en las regiones de tuberosidades maxilares y retromolares. A continuación, se realizaron los desprendimientos de los colgajos mucoperiosteos. (Figura 4) Las osteotomías y las ostectomías se realizaron utilizando instrumentos rotatorios (40.000 rpm) y uso de cincel y martillo (Figura 4). En las excresis de los dientes incluidos se utilizó de elevadores del tipo Seldin. Después de las excresis del segundo y tercer molar superior izquierdo (27 y 28 respectivamente) y el tercer molar inferior derecho (48), se realizaron las enucleaciones císticas a través de curetajes. Se procedió al lavado de las cavidades con intensa irrigación con cloruro de sodio al 0,9% (NaCl al 0,9%) y aspiraciones. Después de los reposicionamientos de los colgajos mucoperiosteos, se realizaron las suturas con hilos del tipo mononylon 5-0 con aguja de 2,0 cm.

El material fue encaminado para análisis en el Laboratorio de Histopatología Oral de la Universidad Federal de Pernambuco.

En la mayoría de los casos, se observó un aumento de la concentración de la sustancia en el suelo, 3 cm. En la mayoría de los casos, se observó un aumento en el tamaño de la piel, .

La paciente fue orientada con: Control de los signos vitales (C.S.V); dieta líquida, pastosa, hiperprotéica, hipercalórica de 2 / 2horas; suero glucosado al 5%, 1500ml, 21gotas / min, continuo; complejo B + Vitamina C (1g) en suero, 01 ampolla en cada fase; Keflin 1g, 01 frasco-ampolla IV de 06 en 06 horas; Dexametazona 4mg, 01 vial IV de 06 en 06 horas (2,5 ml = 10mg); Metoclopramida 10 mg, 01 ampolla IV de 06 en 06 horas, en caso de náuseas o vómitos; Tylex 30mg, 01 comprimido VO de 08 en 08 horas; mantener una cabecera elevada a 30 °; higiene bucal con Agua Oxigenada 10 Volúmenes- hacer enjuague

con 5 cucharadas de Agua Oxigenada diluidos en medio vaso de agua tibia, 04 veces al día, después de cepillados; la crioterapia continua en las primeras 24 horas, después del primer día. Termoterapia intensiva en el segundo día de postoperatorio.

II: DISCUSIÓN

El presente estudio corrobora con Nogueira et al 11, que afirman que la mayoría de los pacientes con quiste dentígero están entre la segunda o tercera década de vida, teniendo nuestra paciente, en el momento del acto quirúrgico, 20 años de edad.

Neville et al.8 afirma que este quiste tiene ligera predilección por hombres, mayor incidencia en blancos y la mandíbula es el sitio más acometido, sin embargo el caso presenta una variante de lo que es más observado, por tratarse de un paciente del sexo femenino y desarrollar quistes también en la región de la mandíbula.

Según Meleti et al. 6, Allais et al. 3 y De Biase et al. Las características clínicas sólo se hacen presentes cuando el quiste presenta un gran aumento volumétrico, de aspecto sordo (indoloro), crecimiento lento y constante, lo que concuerda con el caso presentado, una vez que la paciente buscó servicio de un ortodoncista quejándose de mal posicionamiento de los elementos dentales y aún relataba un pequeño aumento de volumen del lado izquierdo de la cara, probablemente por el tamaño considerado de la lesión que envolvía el segundo y tercer molar superior izquierdo.

Para el diagnóstico preciso de la lesión, fue necesaria la combinación de los exámenes clínico, radiográfico y microscópico, corroborando con lo propuesto por Hyun-Soo et al 4 y De Carli.10

Concordamos cuando Manor et al. 9 y Carvalho et al. 2, afinaron que el tratamiento está generalmente, en la dependencia del tamaño de la lesión y podemos optar desde la marsupialización hasta la enucleación cística. Aquellas consideradas pequeñas pueden ser removidas por cirugía. Las mayores, que involucran gran pérdida ósea y adelgazan peligrosamente el hueso, son a menudo tratados por inserción de un drenaje quirúrgico o por marsupialización. En el relato, es posible observar por los exámenes imagenológicos de la paciente no presentaban pérdida ósea o adelgazamiento de la cortical, hecho que refuerza la adecuada y precisa conducta del equipo por la enucleación cística.

Aunque la marsupialización presente como ventaja preservar el diente asociado al quiste dentígero y promover la erupción espontánea del diente envuelto,

en el caso aquí relatado, no se pretendía la erupción de los elementos dentales de la paciente involucrados por la lesión y, concordando con Martínez-Pérez et al. 14 que consideran la enucleación con extracción de los elementos involucrados el tratamiento patrón-oro, concordando con Avila et al. 1, que afirma que éste es el tratamiento definitivo para la mayoría de los casos. No hallamos viable para el tratamiento del caso la técnica operativa del tapizamiento, propuesto por Graziani 13 y De Carli 10, una combinación de los métodos de enucleación y marsupialización.

La paciente no presentó complicación postoperatoria y sigue siendo acompañada sin ningún tipo de queja complementaria o signos clínicos y radiográficos de recidiva de la lesión, lo que nos lleva a confirmar el pronóstico favorable al tratamiento quirúrgico realizado, resaltando la afirmación de Marzola 7.

En el examen imagenológico del tipo radiografía panorámica (12 meses del postoperatorio) (figura 5), se observaron áreas de condensación ósea, mostrando aspecto de normalidad. Comprobación que resalta la conducción del caso por el equipo al optar por la enucleación cística, el cual, reafirma la posición de Martínez-Pérez et al. 14 y Avila et al. 1 en relación con el tratamiento de los quistes dentígeros.

En el examen histopatológico, se observó, en las secciones examinadas y coloreadas en hematoxilina y eosina (HE), respectivamente del segundo y tercer molar superior izquierdo (27 y 28), la cavidad patológica revestida por epitelio cúbico estratificado. En nuestro caso, la cápsula de tejido conjuntivo fibroso exhibía discreta reacción inflamatoria crónica, características estas concluyentes de quiste dentígero. En las secciones examinadas y coloreadas también en HE del tercer molar inferior derecho (48), observamos cavidad patológica revestida por epitelio cúbico estratificado. En la cápsula, reacción inflamatoria crónica moderada. Los resultados de estos resultados de quiste dental, reafirmando según Caliente et al. 12 y Neville et al. 8 características microscópicas propias de este tipo de lesión. (Figuras 6 y 7)

Históricamente, el caso presentado también concuerda con el estudio realizado por Edamatsu et al. 15, por presentar cápsula de tejido conjuntivo fibroso y epitelio de revestimiento pavimentado estratificado con capas de células epiteliales cúbicas, como citado en el examen histopatológico de la paciente.

III. CONCLUSIONES

El tratamiento preconizado por el Ambulatorio de Cirugía y Traumatología de la UFPE, es la enucleación por eliminar por completo la lesión y el examen histopatológico se vuelve imprescindible para el diagnóstico diferencial, incluso después de la remoción de la lesión. Es de suma importancia el conocimiento en lo que se refiere a las características de este quiste para que se pueda tener un correcto diagnóstico. El seguimiento postoperatorio es muy importante para constatar ausencia de signos de recidiva, a través de la solicitud de exámenes imagenológicos periódicos. De esta forma se certifica la pronta rehabilitación del paciente.

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- De Avila ED, de Molon RS, Massucato EM, Hochuli-Vieira E. Relationship between the prevalence of the dentigerous cyst and the odontogenic keratocyst tumor and the current etiologic hypothesis. *J Craniofac Surg* 2009; 20(6):2036-40.
- Carvalho GM, Guimarães AC, Amstalde EMI, Gusmão RJ, Pfeilsticker LN. Tratamento de cisto dentígero agressivo com preservação dentária. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac* 2011; 14(4): 218-20.
- Allais de Maurette ME, Maurette O Brien PE, Haiter-Neto F, De Moraes M. Tratamiento de quistedentígero bilateral mandibular por médio de dos tipos de tratamientos: Relato de caso clínico y comparación entre las técnicas. *Acta Odontol. Venez.* 2007; 45910:109-12.1.
- Hyun-Soo P, In-Seok S, Byoung-Moo S, Jong-Ho L, Myung-Jin K. The effectiveness of decompression for patients with dentigerous cysts, keratocystic odontogenic tumors, and unicystic ameloblastoma. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg* 2014; 40: 260-265
- De Biase A, Ottolenghi, Polimeni A, Benvenuto A, Lubrano R, Magliocca FM. Bilateral mandibular cysts associated with cyclosporine use: a case report. *Pediatr Nephrol* 2001; 16:993-5.
- Meleti M, van der Waal, I. Clinicopathological evaluation of 164 dentals follicles and dentigerous cysts with emphasis on the presence of odontogenic epithelium in the connective tissue. The hypothesis of

- “focal ameloblastoma”. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013 Jan 1;18 (1):60-4.
- Marzola C. *Fundamentos em Cirurgia Buco Maxilo Facial*. CDR. Bauru: Ed. Independente, 2005.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
- Manor E, Kachko L, Puterman MB, Szabo G, Bodner L. Cystic Lesions of the Jaws – A Clinicopathological Study of 322 Cases and Review of the Literature. *Int. J. Med. Sci*. 2012, 9
- De Carli, ML. et al. Conservative surgical-orthodontic treatment of a young patient with a dentigerous cyst. *Rev Odontol UNESP*. 2013 Sept-Oct; 42(5): 389-392.
- Nogueira AS, Sampieria MBS, Gonçalves ES, Gonçalves AGB, Soares ECS. Simultaneous occurrence of dentigerous cyst and residual cyst in the maxilla. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2014; 80(1):88-89.
- Caliento R, Mannarino SF, Hochuli-Vieira E. Cisto dentígero: modalidades de tratamento. *Rev Odontol UNESP*. 2013 Nov-Dec; 42(6): 458-462.
- Graziani M. Cirurgia dos Cistos Foliculares ou Dentígeros. In: *Cirurgia Bucomaxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995; 19: 299-307.
- Martínez- Pérez D, Varela-Morales M. Conservative treatment of dentigerous cysts in children: a report of 4 cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 2001; 59 (3):331-3.
- Edamatsu M, Kumamoto H, Ooya K, Echigo S. Apoptosis-related factors in the epithelial components of dental follicles and dentigerous cysts associated with impacted third molars of the mandible. *Oral Surg Oral Pathol Oral RadiolEndod*. 2005; 99 (1);17-23.