

Abordaje quirúrgico del quiste dentígero

Surgical approach of the dentigerous cyst

Resumen

Este reporte de caso clínico presenta la secuencia del tratamiento quirúrgico de un quiste dentígero y la complicación intraoperatoria del desplazamiento de la pieza dentaria dentro del quiste. El quiste dentígero es el segundo quiste odontogénico más común. Generalmente está asociado con la corona de un diente normal impactado, usualmente con los terceros molares inferiores y caninos superiores. Uno de los tratamientos quirúrgicos (enucleación) de los quistes está indicado en los casos que se requiera la extirpación completa del tejido patológico e incluso la extirpación de las piezas dentarias que involucren a los quistes odontogénicos; sin embargo, su no abordaje y tratamiento pueden devenir en otras patologías dentarias que involucren piezas adyacentes a la lesión. Se presenta la secuencia clínica del abordaje quirúrgico para extraer una pieza dentaria asociada a un quiste dentígero.

Palabras clave: Quiste dentígero; Exodoncia; Quiste odontogénico.

Abstract

This clinical case report presents the sequence of surgical treatment of a dentigerous cyst and intraoperative complication of displacement of the tooth within the cyst. The dentigerous cyst is the second most common odontogenic cyst. It is generally associated with the crown of an impacted normal tooth, usually with lower third molars and maxillary canines. One of the surgical treatment (enucleation) of the cysts is indicated in cases where complete removal of pathological tissue is required and even removal of the teeth involving odontogenic cysts; however, if treatment is not done they can become other dental pathologies involving adjacent pieces to injury. Clinical sequence of surgical approach is presented for extracting a tooth associated with a dentigerous cyst.

Keywords: Dentigerous cyst; Extraction; Odontogenic cyst.

Lizardo Saenz-Quiroz¹, Elmo Palacios-Alva¹, Yuri Castro-Rodríguez², Martha Pineda-Mejía³

1. Departamento Académico de Estomatología Médico Quirúrgico. Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
2. Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara. Lima. Perú.
3. Departamento Académico de Estomatología Rehabilitadora. Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.

Correspondencia

Yuri Castro-Rodríguez

Jr. Tomás Catari 463, Dpto 201. Urbanización El Trébol. Los Olivos. Lima. Perú.

Correo electrónico: yuricastro_16@hotmail.com

Coautores:

Saenz-Quiroz: lizardosaenz@hotmail.com

Palacios-Alva: epalacios@hotmail.com

Pineda-Mejía: mpinedam@unmsm.edu.pe

Fecha de recepción: 27-10-14

Fecha de aceptación: 04-12-14

Introducción

Un quiste es una entidad patológica llena de líquido y cubierta por un epitelio que suele poseer un material líquido o semisólido¹.

Su frecuencia en los maxilares es mayor que en otros huesos del cuerpo humano; suelen encontrarse en el centro de los huesos maxilares, son de crecimiento lento y aproximadamente un 90% son de origen odontogénico².

Los quistes odontogénicos son aquellos que derivan de algún tipo de epitelio del tejido dentario embrionario (restos de Malassez, epitelio reducido del esmalte y de la lámina dental). Dentro de estos quistes se incluyen al quiste periapical, quiste dentígero, quiste de erupción, quiste paradental, quiste residual, quiste periodontal lateral y el quiste gingival del adulto¹.

La mayoría de los quistes son asintomáticos, muchos se relacionan con la ausencia de piezas dentarias, la mucosa suele encontrarse con cambios de coloración; si existiese algún signo la mucosa adquiere una consistencia dura con aumento de volumen y ex-

pansión ósea^{1,3}. En raras ocasiones se observan parestesias⁴.

El quiste dentígero deriva del epitelio reducido del esmalte que rodea la corona de un diente no erupcionado⁵. Cualquiera que sea su tamaño el quiste permanece unido al margen cervical del diente afectado⁶. La corona del diente se localiza, por ello, dentro de la luz del quiste y la raíz permanece en el exterior⁷.

El quiste dentígero suele permanecer asintomático, pero puede producir alguna tumefacción o dolor, especialmente si es grande y se inflama. Puesto que el quiste dentígero se forma alrededor de la corona de un diente retenido o incluido la arcada presentará, clínicamente, ausencia de al menos un diente^{8,9}.

El presente reporte de caso clínico tiene como objetivo mostrar la secuencia clínica del abordaje quirúrgico para extraer un quiste dentígero y las piezas dentarias involucradas.

Descripción del caso

Se reporta el caso clínico de un paciente de 18 años, sin enfermedades sistémicas ni otras patologías, que acude a consulta

al servicio de cirugía buco maxilofacial del Hospital María Auxiliadora para realizarse la extracción de las terceras molares impactadas, al examen clínico se observa un aumento del volumen de la zona postero inferior derecha, con ligera asimetría facial, desviación de la línea media dentaria inferior y la ausencia de la pieza 48. Al examen radiográfico se observa la impactación de la pieza 48 en posición invertida según la clasificación de Winter; además se visualiza una imagen radiolúcida que rodea la corona de la pieza 48, la imagen es de bordes definidos, redondeada, no desplaza las piezas dentarias mesiales pero alcanza hasta la raíz distal de la pieza 46 expandiéndose hasta el borde inferior de la mandíbula (Fig. 1).

Plan de tratamiento

Se planifica un tratamiento integral que abarca tratamiento periodontal, obturación de fosas y fisuras de forma preventiva, cistectomía del posible quiste dentígero y exodoncia de la pieza 48.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico del quiste consistió en la remoción completa del

mismo (cistectomía) y la extracción de la pieza dentaria involucrada. La intervención quirúrgica se realizó con anestesia local (lidocaína al 2% con epinefrina 1: 80000), el primer paso fue la realización de incisiones a espesor total y a deflexión total a nivel de la línea oblicua externa de la zona postero inferior derecha; luego se elevó un colgajo a espesor total a partir de las incisiones; una vez obtenido visibilidad de la zona ósea a trabajar se procedió a la osteotomía del mismo con fresas quirúrgicas y pinzas gúbeas hasta tener acceso al quiste (Fig. 2).

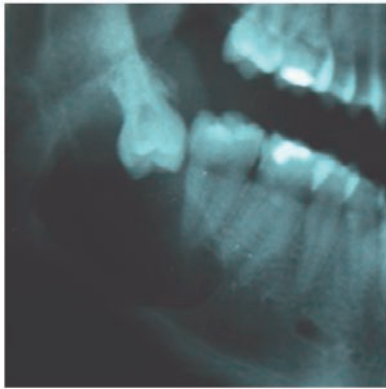


Fig. 1.

Pieza 48 impactada con una imagen radiolúcida amplia que rodea la corona de la pieza dentaria.

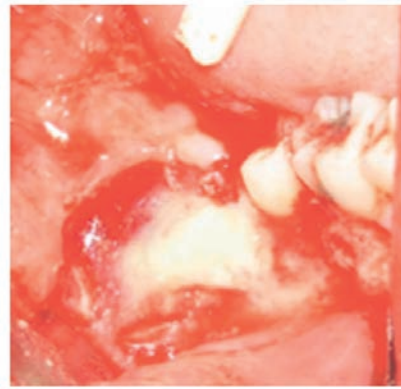


Fig. 2.

Incisiones y colgajo realizados para tener acceso a la lesión. Se observa además el epitelio de revestimiento de la lesión.

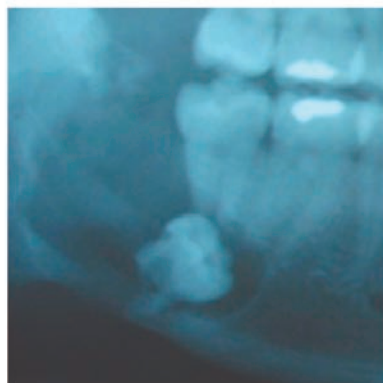


Fig. 3.

Complicación intraoperatoria con desplazamiento de la pieza dentaria al interior de la lesión.

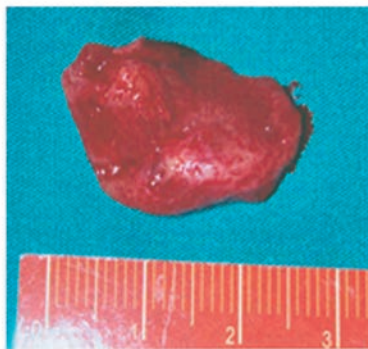


Fig. 4.

Lesión patológica llevada a analizar.

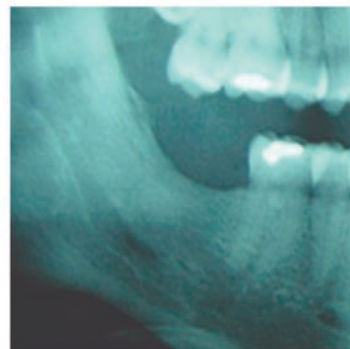


Fig. 5.

Control posoperatorio al cabo de un año. Se observa una clara regeneración de la zona sin necesidad de utilizar un injerto óseo.

Una vez logrado el acceso a la lesión se intentó el retiro del quiste a través de la pared de tejido conectivo, sin embargo; durante el procedimiento de cistectomía una complicación intraoperatoria hizo que la pieza dentaria se desplace hacia el interior del quiste e imposibilitando en ese momento su extracción. Debido a esta complicación se procedió a la toma radiográfica intraoperatoria para determinar la posición de la pieza dentaria (Fig. 3). Una vez localizada la pieza dentaria se procedió a la segunda intervención quirúrgica haciéndose la extracción de las piezas 48 y 47 y el quiste dentario.

El análisis histopatológico mostró una capa de epitelio plano estratificado no queratinizado, una capa de tejido conectivo fibroso a modo de cápsula; en el interior de la lesión se encontró depósitos cristalinos y macrófagos cargados de lípidos con lo cual se confirmó el diagnóstico de quiste dentígero (Fig. 4). El control posoperatorio del caso, un año después, mostró una regeneración ósea completa en la zona intervenida sin necesidad de colocar injertos óseos (Fig.5).

Discusión

La ausencia clínica de dientes permanentes que hayan sobrepasado su tiempo estimado de erupción nos hace suponer de la presencia de problemas que pudiesen contribuir a la alteración en dicho proceso eruptivo, como por ejemplo: inclusiones dentarias (dientes impactados en hueso), presencia de diente supernumerarios, odontomas, quistes dentígeros, entre otros¹⁰.

La presencia de dientes supernumerarios, caninos en transposición, odontomas y quistes representa un serio problema y necesariamente deben ser tratados multidisciplinariamente⁴. En nuestro caso la ausencia de la pieza 48 y el aumento de volumen facial de la zona postero inferior derecha nos hicieron suponer de la existencia de alguna patología intraósea en dicho sector.

El examen radiográfico del maxilar que está afectado por un quiste dentígero revelará una lesión radiolúcida bien definida, con cortical, alrededor de la corona de un diente no erupcionado. Las lesiones pequeñas de menos de 2,0 cm de diámetro son "uniloculares". Sin embargo, si no son detectadas tempranamente, la lesión puede crecer y se vuelve un quiste dentígero "grande

y multilocular", lo que hace posible la confusión con otras lesiones más agresivas, como por ejemplo el ameloblastoma¹¹. En nuestro caso la semejanza con la literatura y los reportes de caso nos hizo suponer un posible diagnóstico de un quiste dentígero que luego sería confirmado con el examen histopatológico.

El tratamiento es quirúrgico, las lesiones uniloculares pequeñas se eliminan a través de la osteotomía, extracción del diente impactado y remoción de la lesión.

Las lesiones grandes como se mencionó anteriormente, pueden eliminarse por marsupialización y/o enucleación¹¹. Goss, Ojo y Akpata^{12,13} recomiendan realizar los procedimientos de enucleación o cistectomías pues nos permite remover todo el tejido patológico.

En relación al caso tratado, se puede considerar que debido a las características que presentaba la lesión y a las condiciones socioeconómicas y de salud del paciente, se debió realizar desde un principio la enucleación, tomando en cuenta todas las medidas pertinentes con la finalidad de eliminar de una vez todo el tejido patológico y de ésta manera evitar al paciente el inconveniente de tener en boca una gran cavidad que tarda en cicatrizar, irrigar la herida diariamente y el uso del tapón de acrílico para evitar la entrada de restos alimenticios en la cavidad. Sin embargo, cada caso debe ser evaluado aisladamente y no se debe descartar a la marsupialización como tratamiento de este tipo de lesiones.

Conclusiones

- Un reconocimiento y abordaje temprano del quiste dentígero evitará que siga creciendo y se convierta en multilocular lo que hace pensar en lesiones más serias, que pueden dar complicaciones en su tratamiento.
- La incidencia de transformaciones desfavorables aumenta con la longevidad y el tamaño de los quistes.
- Es conveniente la remoción preventiva de los terceros molares impactados, porque son frecuentes los quistes dentígeros asociados a estos dientes.

Referencias bibliográficas

1. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2da ed. Madrid: Elsevier. 2006.

2. Bermudo AL. Atlas de cirugía oral. Madrid. 1era edición. A.G. Gutermerg. 2001.
3. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 3ª edición. Madrid: Elsevier. 1998.
4. Mupparapu M, Milles M, Singer S, Rinaggio J. Rare, simultaneous, multiple, and recurrent mandibular bone cysts. Quintessence International, 2008;39(4):331-336.
5. Saia GG, Fusetti SS, Emanuelli EE, Ferronato GG, Procopio OO. Intraoral endoscopic enucleation of a solitary bone cyst of the mandibular condyle. Int J Or Maxi Surg. 2012;41(3):317-320.
6. Ochsenius G, Escobar E, Godoy L, Peñafi C. Odontogenic Cysts: Analysis of 2,944 cases in Chile. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007;12:e85-91.
7. Burket IW, Eversole LR. Oral medicine diagnosis and treatment, cysts of the jaw and benign odontogenic tumors. 10 ed. Madrid: EC Decker Inc. 2010.
8. Shear M. Developmental odontogenic cysts. An update. J Oral Pathol Med 1994;23:1-11.
9. Takagi S, 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 1998;56(2):237-239
10. Shane M. Adjacent dentigerous cysts with the ectopic displacement of a third mandibular molar and supernumerary (forth) molar: a rare occurrence. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2009;107:15-20.
11. Bhayya D, Shyagali T. Dentigerous cysts of inflammatory origin. A case report. The Internet Journal of Dental Science 2009;7 (2):51-6.
12. Goss A. Dentigerous cyst: an excellent prognostication. Oral Surg 1983;56(1):110-
13. Ojo M, Akpata O. Case report of dentigerous cyst of lower incisor. Afr Dent J. 1992;6:34-37