

# **PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE CON QUISTE DENTÍGERO ASOCIADO A DIENTE SUPERNUMERARIO**

**Autor:** Dra. Adis Mirtha Reyna Leyva. Especialista de primer grado en Estomatología General Integral. Master en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Asistente. Clínica Estomatológica Docente “26 de Julio”. Banes. Cuba. Correo electrónico: [adism@banes.hlg.sld.cu](mailto:adism@banes.hlg.sld.cu)

## **RESUMEN**

Se presentó un paciente masculino de 6 años de edad, acompañado de su madre; quien se mostró preocupada por la demora en el brote de un diente permanente, en cuya zona apareció área de color violáceo, refiriendo antecedente de traumatismo en dicha región que ocasionó la pérdida del diente temporal correspondiente. El examen intrabucal corroboró la presencia en región de 11 de tejido de color púrpura y consistencia renitente. Radiográficamente se pudo apreciar un área radiolúcida de aproximadamente un centímetro de diámetro que se extiende desde el borde inferior de la apófisis alveolar, delimitada por una delgada línea radiopaca y que presuntamente guarda relación con estructura radiopaca compatible con diente supernumerario retenido, ubicado en la zona correspondiente al germen dentario del 11. Se apreció además área radiopaca con aspecto conoide superpuesto al folículo del 21 compatible también con otro diente supernumerario retenido. El paciente fue remitido al Servicio de Cirugía Maxilofacial Pediátrica donde se le realizó la exéresis de los dientes supernumerarios conjuntamente con la lesión quística. El estudio histopatológico evidenció la presencia de un quiste dentígero. El paciente mostró una evolución postquirúrgica satisfactoria. Se estableció un plan de tratamiento integral orientado hacia el monitoreo de la erupción de los dientes permanentes ubicados en el área intervenida.

**Palabras clave:** quiste dentígero, diente supernumerario, quiste folicular

## **INTRODUCCIÓN**

Un quiste se define como una cavidad patológica tapizada de epitelio, que por lo general estará ocupada por un contenido líquido o semisólido y que, además presenta una cápsula de tejido conectivo fibroso periféricamente.<sup>1</sup>

Los quistes maxilares tienen distinto origen y comportamiento clínico. Su crecimiento es siempre lento, expansivo y no infiltrante. No se consideran neoplasias pero ocasionalmente pueden malignizarse.<sup>2</sup>

Los maxilares, al contrario de los otros huesos del organismo, constituyen un sitio anatómico frecuente de aparición de quistes por dos razones fundamentales: la formación embriológica de los dientes y la unión de distintos procesos embriológicos y huesos que participan en la formación de la cara y la cavidad bucal. Ello hace que quede epitelio atrapado dentro de dichos huesos con potencialidades para sufrir degeneración quística.<sup>1</sup>

La inmensa capacidad embrionaria de las células residuales del desarrollo dental de derivar hacia diferentes formas epiteliales, a partir de las cuales se originan estas lesiones, no permite una caracterización hística definida que posibilite particularizar diagnósticos microscópicos; por tanto, su ubicación patognomónica se plantea sobre la base de una íntima correlación clinicoradiográfica, donde la microscopia es un medio imprescindible, no solo para clasificar los quistes entre sí, sino para establecer el diagnóstico diferencial con histoblastomas odontogénicos, cuya presentación anatomoclínica es muy semejante a la de los quistes.

El quiste dentígero o folicular es aquel que se desarrolla circundando la corona de un diente que no ha erupcionado.<sup>3</sup> Se origina después de la formación de la corona del diente por licuefacción del epitelio reducido del órgano de esmalte.<sup>1</sup>

Son tres las teorías que intentan explicar el origen del quiste folicular: una de ellas describe que el quiste se crea tras la formación completa de la corona dentaria, quedando entre esta y el órgano del esmalte una gran cantidad de líquido. Según la segunda teoría, el quiste dentígero tiene un origen extrafolicular, desarrollándose a partir de un quiste periapical que engloba al diente permanente. La última teoría explica la creación del quiste por la degeneración durante la odontogénesis del retículo estrellado.

El quiste folicular es un quiste odontogénico, el segundo más frecuente después del radicular.<sup>4</sup>

Generalmente se asocia a la corona de un diente permanente normal que no ha brotado o está retenido. También puede encontrarse relacionado a un odontoma, empleándose el término de quiste odontomático o afectando a un diente supernumerario.<sup>1</sup>

Cuando se asocian con dientes supernumerarios son poco frecuentes y constituyen el 5-6% de todos los quistes dentígeros. En región maxilar, el 90% de los casos se asocian a mesiodens.<sup>5</sup>

El diagnóstico es casual. El paciente acude a consulta ante la falta de erupción de alguno de sus dientes. Suele ser asintomático y rara vez alcanza grandes proporciones. Cuando esto sucede, el diagnóstico puede ser clínico: puede cursar con asimetría facial, dolor o movilidad dental.<sup>4</sup>

La expansión del hueso con ocasional asimetría facial y rechazo de dientes desde su posición original, desplazando terceros molares inferiores contra el borde inferior de la mandíbula o inclusive hasta las cercanías del cóndilo, pueden ser secuelas del agrandamiento quístico que, en ocasiones, puede excavar considerablemente el cuerpo y/o la rama mandibular y expandir la cortical por la presión excesiva de la lesión.<sup>1</sup>

En los niños por las características del hueso, tienen crecimiento rápido y alcanzan gran tamaño.<sup>6</sup>

La tendencia de los quistes dentígeros a degenerar en ameloblastomas ha sido expresada en múltiples reportes. Esta propensión a la proliferación epitelial neoplásica es bastante más pronunciada en los quistes dentígeros que en otros quistes odontogénicos.<sup>1</sup>

El material microscópico evidencia la clásica formación quística, donde a diferencia de los quistes periodontales, hay menos cantidad, o está ausente el infiltrado inflamatorio; la pared fibrosa puede, en muchos casos, estar constituida por un componente fibroblástico muy joven, de aspecto mixoide.<sup>3</sup>

Radiográficamente, se observa una imagen radiolúcida unilocular que se encuentra bien definida alrededor de la corona del diente afecto. La zona radiolúcida suele estar rodeada de un halo radiopaco y puede haber rizólisis de los dientes adyacentes.<sup>4</sup>

La corona suele estar rodeada de manera simétrica por la radiolucencia, aunque la expansión del quiste suele rechazar la corona desde su posición original hacia la periferia de amplias cavidades quísticas. En unos pocos casos el quiste desde sus inicios puede involucrar asimétricamente la corona en el llamado quiste dentígero lateral.<sup>1</sup>

En cuanto al tratamiento de los quistes dentígeros se tendrán en cuenta el tamaño de la lesión, la localización, la edad del paciente y las estructuras anatómicas adyacentes. Cuando el tamaño lo permita, se recomienda la exéresis completa del quiste y del diente implicado para minimizar el riesgo de recidivas.<sup>4</sup>

Las opciones terapéuticas del quiste dentígero son la descompresión, marsupialización o la enucleación según las características de las lesiones. La exéresis simple estará indicada cuando no haya riesgo de lesionar estructuras anatómicas, tales como, ápices de dientes vitales vecinos, seno maxilar o el nervio dentario inferior. En cambio, la marsupialización estará indicada cuando el quiste haya desplazado dientes, o si queremos que el diente impactado asociado al quiste erupcione.<sup>7</sup>

## **PRESENTACIÓN DE CASO**

Se presentó un paciente masculino de 6 años y 9 meses de edad, de la raza mestiza, sin antecedentes médicos de interés; acompañado de su madre quien refirió sentirse preocupada por la demora en el brote de un diente anterosuperior permanente así como por la presencia de un tejido de color violáceo en el sitio donde debía haber hecho erupción dicho diente, expresando que 10 meses atrás aproximadamente el paciente sufrió traumatismo dentoalveolar en la referida zona que le ocasionó la pérdida del diente temporal, apareciendo un tiempo después el mencionado tejido de color púrpura revistiendo la zona.

Al examen físico intrabucal se apreció ausencia clínica de 51 y aumento de volumen circular de aproximadamente 12 mm, localizado en zona correspondiente al diente 11, de color violáceo y consistencia renitente. El paciente presenta dentición mixta

temprana, habiendo brotado ya los primeros molares permanentes tanto superiores como inferiores y los dientes anteroinferiores con excepción del 42. (Figura1)

El examen radiográfico periapical y oclusal permitió apreciar en el espacio correspondiente a 51 u 11 un área radiolúcida de aproximadamente un centímetro de diámetro que se extiende desde el borde inferior de la apófisis alveolar, delimitada por una delgada línea radiopaca y que presuntamente guarda relación con estructura radiopaca compatible con diente supernumerario retenido, ubicado en la zona correspondiente al germen dentario del 11. Se pueden apreciar además folículos dentarios correspondientes a los dientes 11,12,13,21,22,23 y área radiopaca con aspecto conoide superpuesto al folículo del 21 compatible también con otro diente supernumerario retenido. (Figura 2)



Figura1. Nótese aumento de volumen de color violáceo en zona correspondiente a 11.



Figura 2. Rx Oclusal. Pueden apreciarse ambos dientes supernumerarios, así como el área radiolúcida localizada en zona correspondiente al 11.

## DISCUSIÓN

El quiste de erupción se manifiesta clínicamente como un aumento de volumen de color violáceo y típicamente renitente, relacionado con un diente que no ha hecho erupción y en el que se ha producido una condensación fibroblástica que impide la ruptura de la encía y con ello la emergencia del diente en la cavidad bucal, como parece suceder en el presente caso, a juzgar por los elementos aportados por la exploración clínica. Sin embargo, el examen radiográfico no muestra la presencia de una corona dentaria cuyo borde incisal ha roto la cresta alveolar y se encuentra próxima a la mucosa que lo recubre, como es característica del quiste de erupción, todo lo contrario, se aprecia inmediatamente en relación con el tejido blando, un área radiolúcida delimitada por

delgada línea radiopaca que parece guardar relación con un diente retenido que ocupa la posición en la que debía encontrarse ubicado el germen dentario del 11, lo cual orienta la impresión diagnóstica hacia un quiste dentígero desarrollado a partir de un diente supernumerario.

De cualquier forma, la presencia de dos dientes supernumerarios advertida en el examen radiográfico, así como la imagen sugerente de un quiste dentígero asociado a la corona de uno de estos, indican la necesidad de su remoción quirúrgica, por lo que el paciente fue remitido al Servicio de Cirugía Maxilofacial Pediátrica.

Se realizó intervención quirúrgica bajo anestesia local en la que se logró la exéresis de los dientes supernumerarios conjuntamente con la lesión quística. Durante el propio acto quirúrgico se realizó la exodoncia de los dientes 52, 61,62. El paciente mostró una evolución postquirúrgica satisfactoria. El estudio histopatológico corroboró la presencia de un quiste dentígero. Se estableció un plan de tratamiento integral orientado hacia el monitoreo de la erupción de los dientes permanentes ubicados en el área intervenida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Guerra Pando JA. Quistes de los maxilares y región cervicofacial. En: Marimón Torres ME. Medicina Bucal I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas,2009: 186-210.
- 2- Quintana Diaz JC, Quintana Girarl M. Quistes de los maxilares en el Servicio de Cirugía Maxilofacial de Artemisa. Rev Acta Odontológica Colombiana. [revista en la Internet] 2014 [citado 2014 Oct 29] 4(1) Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/42640/>
- 3- Santana Garay JC. Quistes y tumores odontogénicos de los maxilares y la mandíbula. En: Atlas de Patología del complejo bucal.2ed.- La Habana: Editorial Ciencias Médicas,2010: 421- 436.
- 4- L Pardo Casanueva, A Loughney González, M Fernández Domínguez. Quiste folicular. A propósito de un caso. Rev DENTAL PRACTICE REPORT. [revista en la Internet] 2013 [citado 2014 Oct 29] Disponible en: <http://dy7gy3y759lna.cloudfront.net/n54/Operatoria-dental.pdf>
- 5- Rodríguez Romero FJ, Cerviño Ferradanés S, Muriel Cueto P. Quiste dentígero asociado con mesiodens: Exposición de un caso, revisión de la literatura y diagnóstico diferencial. Rev Avances en Odontoestomatología. [revista en la Internet] 2011 [citado 2014 Oct 29] 27 (6) Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v27n6/original2.pdf>
- 6- Levi Alfonso J. Principales lesiones quísticas del complejo bucofacial. En: Cirugía Máxilo facial Pediátrica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2007:45-50
- 7- Vega Llauradó A, Ayuso Montero R, Teixidor Olmo I, Salas Enric J, Marí Roig A, López López J.Opciones terapéuticas en quistes odontogénicos. Revisión. Rev AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA. [revista en la Internet] 2013 [citado 2014 Oct 29] 29 (2) Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v29n2/original3.pdf>

