



caso
CLÍNICO

QUISTE FOLICULAR EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gallardo Ramos, G.; Loughney González, A.; Pezzi Rodríguez, M.; Fernández Domínguez, M.
Quiste folicular en el paciente pediátrico. A propósito de un caso. Cient. Dent. 2012; 9; 3: 219-222.



Gallardo Ramos, G.
Licenciada en odontología.
Máster en Cirugía Oral Avanzada
e implantología Universidad San
Pablo-CEU Madrid.

Loughney González, A.
Coordinadora del Máster en
Cirugía Oral Avanzada e
Implantología USP-CEU Madrid.
Máster en Cirugía Bucal e
Implantología. Máster en
Medicina molecular y daño
oxidativo. Profesora de la facultad
de medicina USP-CEU Madrid.
Licenciada en Odontología

Pezzi Rodríguez, M.
Cirujano maxilofacial del grupo
Hospital de Madrid. Profesor del
Máster en Cirugía Oral Avanzada
e Implantología USP-CEU

Fernández Domínguez, M.
Jefe de servicio de Cirugía Oral y
Maxilofacial del Hospital
Universitario Madrid
Montepríncipe. Director del
Departamento de Odontología de
la Facultad de Medicina USP-
CEU Madrid. Director del Máster
en Cirugía Oral Avanzada e
Implantología USP-CEU

Indexada en / Indexed in:

- IIME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:

Gema Gallardo Ramos
Avenida de Bularas, 29
28224 Pozuelo de Alarcón.
Madrid

Fecha de recepción: 16 de octubre de 2012.
Fecha de aceptación para su publicación:
22 de octubre de 2012.

RESUMEN

El quiste folicular es un quiste inflamatorio, del desarrollo odontogénico, que deriva de restos de la lámina dental o del órgano del esmalte. Son los segundos quistes odontogénicos más comunes, después de los quistes radiculares. Se presenta en la segunda y cuarta década de la vida. En niños es poco frecuente, pero puede ser más rápido su avance y puede llegar a producir asimetría facial, expansión del hueso y desplazamientos dentarios.

La localización más característica es en mandíbula. Puede estar asociado a dientes supernumerarios o dientes retenidos como el tercer molar, canino superior y segundo premolar inferior.

Radiológicamente se evidencia como una imagen radiolúcida, bien delimitada en relación a la corona del diente implicado.

El tratamiento de estas lesiones dependerá de la extensión de la misma, en el paciente pediátrico se recomienda realizar la exéresis del quiste con el diente implicado para evitar posibles recidivas en un futuro.

Se expone un caso de un paciente pediátrico que acude por un retraso en la erupción, tras realizar una panorámica de control se evidencia un quiste folicular en maxilar superior.

El objetivo de este caso es reseñar la importancia del diagnóstico, así como la actitud terapéutica más adecuada a escoger, en el paciente pediátrico que presenta este tipo de patología.

PALABRAS CLAVE

Quiste folicular; Enucleación; Quiste dentígero.

FOLLICULAR CYST IN PAEDIATRIC PATIENTS. A CASE REPORT

ABSTRACT

A follicular cyst is an inflammatory cyst, of odontogenic development, that is derived from remains of the dental lamina or of the enamel organ. They are the second most common odontogenic cysts, following the radicular cysts. It appears in the second and fourth decade of life. In children it is not frequent, but its advance can be more rapid and it can even produce facial asymmetry, bone expansion and tooth displacement.

The most characteristic location is in the mandible. It can be associated with supernumerary teeth or retained teeth such as the third molar, upper canine and lower second premolar.

It is shown in X-rays with a radiolucent image, well delimited in relation to the crown of the involved tooth.

The treatment of these lesions will depend on their extension; in the paediatric patient exeresis of the cyst with the involved tooth is recommended in order to avoid possible recurrences in the future.

A case is presented of a paediatric patient who is attended due to a delay in the eruption; after performing a panoramic x-ray, a follicular cyst is shown in the upper maxilla.

The purpose of this case is to stress the importance of the diagnosis, as well as the most suitable therapeutic attitude to choose, in the paediatric patient who presents this type of pathology.

KEY WORDS

Follicular cyst; Enucleation; Dentigerous cyst.

INTRODUCCIÓN

Un quiste es una cavidad tapizada por un epitelio, que desde un punto de vista histológico puede ser plano, estratificado, queratinizado, no queratinizado, pseudoestratificado o cilíndrico, en función del tipo de quiste. La pared tendrá vascularización propia, un tejido conjuntivo y un contenido de consistencia líquida o semisólida¹.

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 odontogénesis².

Un quiste folicular es un quiste inflamatorio, del desarrollo odontogénico, que deriva de restos de la lámina dental o del órgano del esmalte. Puede estar asociado a la corona dentaria o a un supernumerario no erupcionado.

Son los segundos quistes odontogénicos más comunes, después de los quistes radiculares, representando aproximadamente el 24% de todos los quistes verdaderos.

No tienen predilección por el sexo para algunos autores, mientras que otros señalan una mayor incidencia en el sexo femenino. La edad de diagnóstico se establece entre la segunda y cuarta década de la vida¹. En niños se presenta entre los 5 a 12 años².

Es más frecuente en mandíbula (75%), correspondiendo más del 50% a la zona molar; sus localizaciones más frecuentes son: tercer molar mandibular, canino superior y segundo premolar inferior.



Fig. 2. TAC corte coronal.

Radiológicamente se evidencia como una imagen radiolúcida, unilocular, que puede cursar con rizólisis, expansión cortical o desplazamiento dentario entre otros. Se relaciona con un diente incluido.

El diagnóstico suele ser casual, al solicitar una prueba radiológica por anomalías en el patrón eruptivo¹.

Los quistes foliculares suelen ser asintomáticos, aunque a veces se manifiestan con tumefacción, dolor y/o fiebre, entre otros síntomas.

En niños es más rápido su avance y puede llegar a producir asimetría facial, expansión del hueso, desplazamientos dentarios y reabsorción radicular de los dientes adyacentes.

La opción de tratamiento depende de diferentes factores como la edad del paciente, tamaño de la lesión, compromiso de estructuras adyacentes o la ubicación del diente retenido. Generalmente el pronóstico es bueno si la exéresis de la cápsula quística es completa².

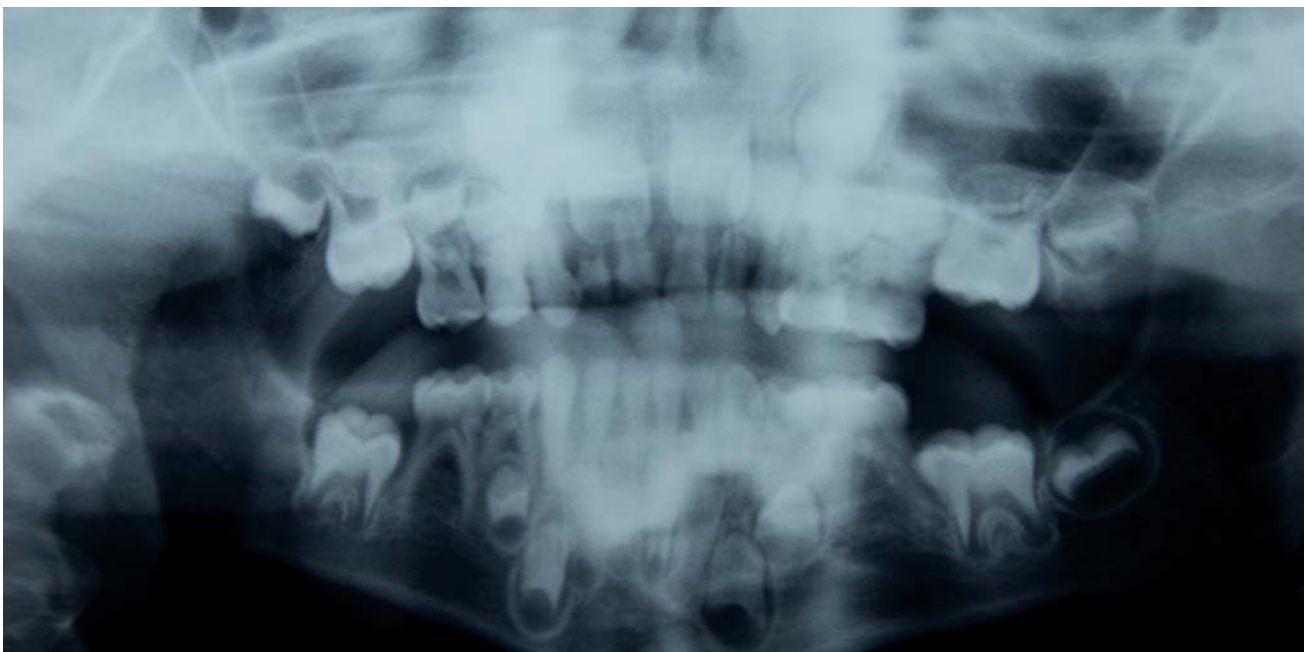


Fig. 1. Radiografía panorámica de la lesión.



Fig. 3. Pared quística de la lesión.

CASO CLÍNICO

Paciente varón, hiperactivo de 6 años, que acude al servicio de Cirugía Bucal del Máster en Cirugía Oral Avanzada e Implantología CEU-USP.

Durante la anamnesis el paciente no refiere antecedentes médicos relevantes, dolor, disestesia o problemas respiratorios.

A nivel extraoral se evidencia una tumefacción en zona vestibular de la premaxila derecha, pero sin asimetrías relevantes ni adenopatías.

A nivel intraoral se observa una lesión en el vestíbulo superior derecho no dolorosa a la palpación que no compromete los dientes temporales.

En los exámenes radiológicos tipo TAC (Tomografía Axial Computarizada) y OPG (Ortopantomografía) solicitados para un diagnóstico completo, se observa una imagen radiolúcida de gran tamaño (4x2cm), localizada en el maxilar superior derecho, en relación con el incisivo central superior derecho¹¹. En el TAC se diferencia la relación del quiste con las fosas nasales y seno maxilar donde se confirma que la lesión abomba la cortical vestibular, llegando a desplazar la fosa nasal sin invadirla.

Bajo anestesia general, se realizó un colgajo tipo Newmann

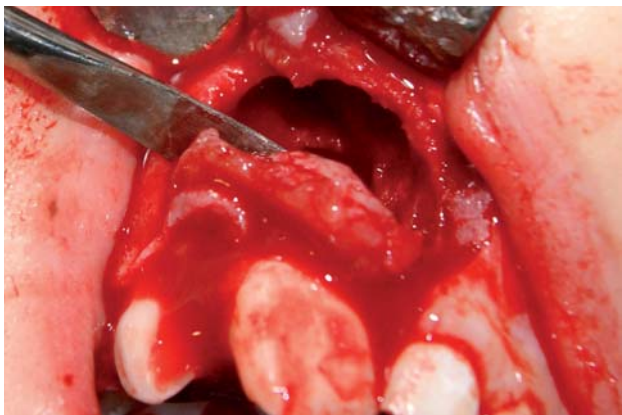


Fig. 4. Exéresis del quiste con incisivo central superior.

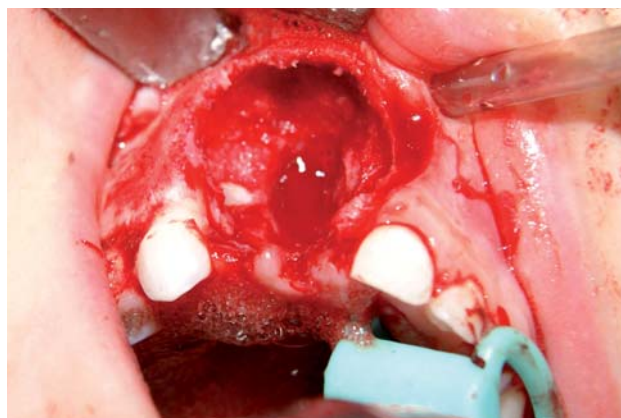


Fig. 5. Cavity residual after the cystectomy.

completo mucoperióstico, que permitió observar un adelgazamiento de la cortical vestibular. Tras exponer la pared quística en toda su extensión mediante la realización de una amplia osteotomía, se realizó el despegamiento de la cápsula del quiste junto con la exodoncia del incisivo central superior incluido. También se realizaron las exodoncias del 51 y 52 implicados en el quiste.

Finalmente se terminó de legar la cavidad quística y se suturó con un vicryl 4/0.

Se pautó tratamiento antibiótico intravenoso: Amoxicilina 250 mg cada 8 horas, antiinflamatorio urbason® 40 mg cada 12 horas y analgésico: dexketoprofeno 50 mg cada 12 horas.

Durante el postoperatorio el paciente presentó una evolución favorable. En el momento actual se encuentra asintomático y en tratamiento ortodóncico para mantener ese espacio y colocar una fijación cuando finalice su crecimiento.

DISCUSIÓN

El quiste folicular inflamatorio se presenta en la segunda y tercera década de la vida. En niños puede debutar entre los 5 y 12 años de edad, en periodo la dentición mixta^{2,5}.

La localización más frecuente es la mandíbula. Los dientes



Fig. 6. Size of the follicular cyst with the central incisor.



Fig. 7. Sutura con puntos simple.

con mayor prevalencia son: tercer molar, canino superior y segundo premolar inferior.

Las manifestaciones clínicas son variables según el tamaño que alcance. Puede producir asimetrías faciales, desplazamientos de dientes adyacentes, inflamación, dolor, abombamiento de corticales, fiebre e incluso parestesia, si el quiste afectara al nervio dentario inferior.

Generalmente estas lesiones son asintomáticas, según Lustig y cols, el 22% son detectados durante evaluaciones de rutina. El resto de las lesiones dan clínica durante su fase aguda cuando se infecta o cuando se produce un retraso en la erupción.

En el examen radiográfico se observa una zona radiolúcida delimitada asociada a un diente incluido^{1,2}.

Las características histológicas son similares a las del quiste dentígero presentando un epitelio hiperplásico, cápsula de tejido conectivo, células inflamatorias con pigmentos de hemo-siderina y placas de colesterol⁶.

Se han descrito distintos tipos de tratamientos; el primero es la exodoncia del diente temporal, exéresis del quiste y mantener el diente permanente. Éste es el tratamiento más fisiológico ya que elimina el factor causal y tiene una baja morbilidad. Está indicado en lesiones pequeñas, circunscritas sin posibilidad de dañar estructuras adyacentes.

En quistes de gran tamaño se realiza la exodoncia del diente temporal, enucleación del quiste y exodoncia del diente permanente que suele estar involucrado en la lesión, presenta una alteración del desarrollo o no tiene espacio para su erupción^{1,4}.

El tratamiento es satisfactorio en la mayoría de los pacientes, sin recidivas⁶.

CONCLUSIÓN

Es de sumo interés un diagnóstico precoz, con radiografías de control ante una ausencia dentaria. Así se descarta la existencia de posibles quistes foliculares relacionados con dientes no erupcionados, supernumerarios o dientes incluidos.

En niños el crecimiento es muy rápido y puede llegar a producir asimetrías faciales, obstrucción de la vía aérea, dolor, inflamación, fiebre y desplazamiento de dientes adyacentes.

El abordaje quirúrgico se planifica en función del tamaño del quiste y de las estructuras anatómicas contiguas afectadas.



BIBLIOGRAFÍA

1. Loughney González A, Fernández Domínguez M, Loughney Castells C, Sánchez Sánchez R. Diagnóstico y actitud terapéutica del quiste dentígero. Aportación de dos casos. *Científica Dental* 2011;8(3):35-40.
2. Castellón Zirpel L, Montini Santori C, Uribe Fenner F, Fariña Sirandoni R. Quiste folicular inflamatorio: revisión bibliográfica y reporte de tres casos clínicos. *Acta odontol Venez.* 2009; 47(4): 303-316.
3. 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.
4. 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.
5. Motamedi MH, Talesh KT. Management of extensive dentigerous cysts. *Br Dent J.* 2005; 26;198(4):203-206.
6. 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.
7. Vázquez Diego J, Gandini Pablo C, Carvajal Eduardo E. Quiste dentígero: diagnóstico y resolución de un caso. Revisión de la literatura. *Av Odontostomatol* 2008;24 (6):359-364
8. Ferrés Padró E. Estudio de la prevalencia de quistes foliculares en dientes supernumerarios. *Universitat de Catalunya.* Nov. 2008.
9. Kozelj V, Soto•ek B. Inflammatory dentigerous cyst of children treated by tooth extraction and decompression ...report of four cases. *Br Dent J.* 1999;187(11):587-590.