



caso  
CLÍNICO

# IMPORTANCIA EN EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL QUISTE DENTÍGERO; A PROPÓSITO DE UN CASO

Pascual Fernández, B.; Loughney González, A.; Fernández Domínguez, M.; Adell Pérez, A.; Caparros Espinosa, M. Importancia en el diagnóstico temprano del quiste dentígero; a propósito de un caso. *Cient. Dent.* 2013; 10; 1: 59-62.



**Pascual Fernández, B.**  
Odontóloga. Profesora de la facultad de Medicina USP-CEU. Alumna del Máster en Cirugía Bucal e Implantología.

**Loughney González, A.**  
Coordinadora del Máster en Cirugía Bucal e Implantología USP-CEU Madrid. Odontóloga. Máster en Cirugía Bucal e Implantología. Máster en Medicina molecular y daño oxidativo. Profesora en la facultad de Medicina USP-CEU Madrid.

**Fernández Domínguez, M.**  
Director del Máster en Cirugía Bucal e Implantología USP-CEU. Jefe de Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del grupo Hospital Madrid. Director del departamento de odontología en la USP-CEU Madrid.

**Adell Pérez, A.**  
Odontóloga. Profesora de la facultad de Medicina USP-CEU. Alumna del Máster en Cirugía Bucal e Implantología.

**Caparros Espinosa, M.**  
Odontóloga. Máster en Cirugía e Implantes. Profesora del Máster en Cirugía Bucal e Implantología USP-CEU.

#### Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

#### Correspondencia:

Aitana Loughney González  
Teléfono: 653 929 979  
C/ Prado del Rey, 75.  
28223 Pozuelo, Madrid  
ailogo\_8146@hotmail.com

Fecha de recepción: 15 de octubre de 2012.  
Fecha de aceptación para su publicación:  
23 de noviembre de 2012.

## RESUMEN

El quiste dentígero, también denominado folicular, es un quiste odontogénico de origen epitelial. Es el segundo quiste odontogénico más común, después del quiste radicular. Los dientes más frecuentemente afectados son los terceros molares mandibulares, caninos maxilares y segundos premolares mandibulares. Se relacionan con la corona de un diente en desarrollo, no erupcionado o incluido.

Se presenta un caso clínico de un quiste dentígero en una paciente, mujer, de 58 años de edad. A la exploración extraoral no se apreciaron signos relevantes. A la exploración intraoral se observó una tumefacción no dolorosa relacionada con el cordal inferior izquierdo impactado. La exéresis del quiste fue realizada bajo anestesia general. El diagnóstico anatomopatológico, que confirmaba el diagnóstico de presunción, reveló un quiste dentígero.

La exodoncia de terceros molares incluidos es una práctica rutinaria en el gabinete odontológico. En ocasiones el área radiolúcida que rodea estos dientes tiene potencial para desarrollar condiciones patológicas. Es necesario el seguimiento radiológico periódico en aquellos pacientes que presentan cordales incluidos, para poder intervenir de forma temprana la posible aparición de un quiste folicular.

## PALABRAS CLAVE

Quiste dentígero; Quiste folicular.

## IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS OF DENTIGEROUS CYSTS; A CASE STUDY

### ABSTRACT

The dentigerous cyst, also called follicular, is an odontogenic cyst of epithelial origin. It is the second most common odontogenic cyst, following the radicular cyst. The most frequently affected teeth are the mandibular third molars, maxillary canines and mandibular second premolars. They are related to the crown of a developing, not erupting or impacted tooth.

A clinical case is presented of a dentigerous cyst in a patient, female, 58 years of age. No relevant signs were observed in the extraoral examination. In the intraoral examination, a non-painful numbness was observed, related to the impacted left lower third molar. The exeresis of the cyst was performed under general anaesthesia. The anatomopathological diagnosis, which confirmed the presumed diagnosis, revealed a dentigerous cyst.

The extraction of impacted third molars is a routine practice in dental surgery. On occasion, the radiolucent area that surrounds the teeth has the potential of developing pathological conditions. The periodic radiological monitoring is necessary in those patients who present impacted third molars, in order to intervene early in the possible appearance of a follicular cyst.

## KEY WORDS

Dentigerous cyst; Follicular cyst.

## INTRODUCCIÓN

Los quistes dentígeros son los quistes del desarrollo de los maxilares más comunes. Son uno de los tipos más prevalentes de quistes odontogénicos asociados con la corona de dientes no erupcionados o durante el desarrollo de dientes permanentes o deciduos<sup>1</sup>.

El quiste dentígero o folicular, se encuentra relacionado con dientes que no han erupcionado, con mayor incidencias en los terceros molares, caninos y dientes supernumerarios; ocupan el segundo lugar después de los quistes radiculares inflamatorios, y son los primeros dentro de los quistes odontogénicos del desarrollo<sup>2</sup>.

Los quistes odontogénicos se originan del componente epitelial del aparato odontogénico o de sus restos celulares que quedan retenidos dentro del hueso o en el tejido gingival que cubre los maxilares. De acuerdo a su patogénesis, se clasifican como lesiones del desarrollo o de tipo inflamatorio<sup>3</sup>.

Los quistes pueden ser asintomáticos durante un largo periodo de tiempo, pueden cursar con una destrucción considerable de hueso<sup>4</sup>. Su tratamiento incluye la exodoncia del diente asociado y la extirpación de la totalidad del quiste. En casos de quistes de grandes dimensiones, una complicación poco frecuente puede ser la fractura mandibular<sup>5</sup>.

## CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 58 años, sin antecedentes médicos de interés, que acudió al servicio de cirugía del Máster en el Hospital de Madrid derivado por su odontólogo general, para la exodoncia de 38 incluido. A la exploración extraoral no se apreciaron signos relevantes. En la exploración intraoral se observó una tumefacción en el fondo de vestíbulo a nivel del tercer cuadrante. Se solicitaron pruebas radiológicas complementarias, panorámica (Figura 1) y tomografía computerizada (TC) mandibular (Figura 2), que revelaron la presencia de un quiste folicular localizado en ángulo mandibular izquierdo, relacionado con un 38 incluido, de 5x3cm, que se extendía hasta el 36. En su límite inferior se acercaba mucho a la basal mandibular y rechazaba el nervio dentario inferior de manera caudal. La paciente aportó una panorámica, realizada 6 años antes, donde se identificaba el quiste con un menor tamaño (Figura 3).

Debido al tamaño del folículo y la posible fractura patológica mandibular, se decidió realizar la intervención en ámbito hospitalario, bajo anestesia general. Se comienza por una incisión en bayoneta con descarga mesial al 36, despegamiento del colgajo mucoperióstico, amplia ostectomía, quistectomía, seguido de legrado y curetaje de la cavidad quística (Figura 4), y exodoncia de 38 (Figura 5). Por último se comprobó la integridad mandibular y se suturó con Vicryl® 3/0.

Como indicaciones postoperatorias, se prescribió dieta blanda durante 20 días, enjuagues con agua y sal tras cepillado a las

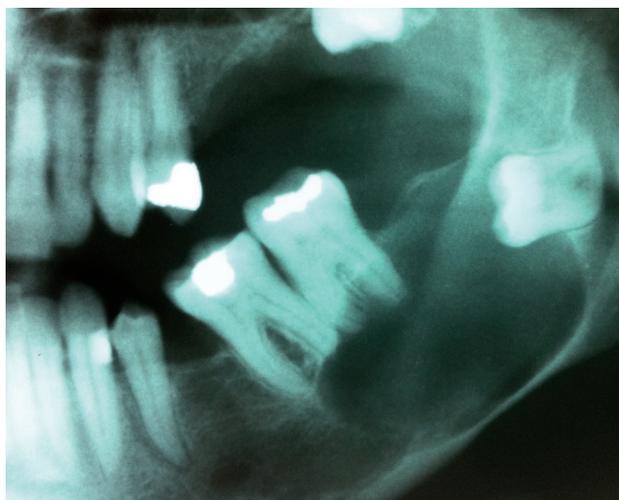


Fig. 1. Detalle límites anatómicos de la lesión.

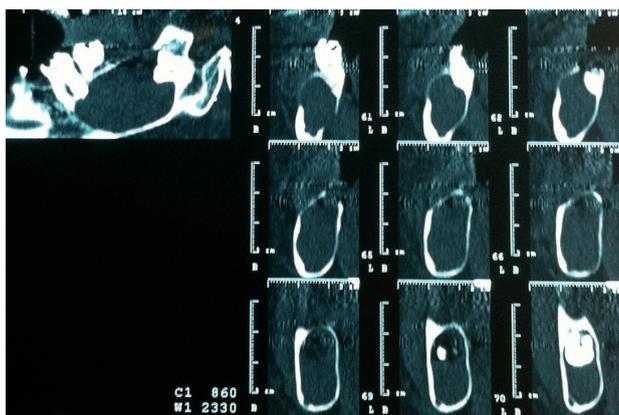


Fig. 2. Cortes tomográficos correspondientes al quiste folicular.

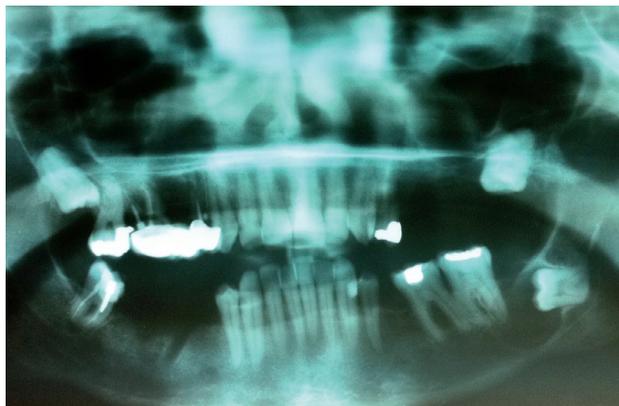


Fig. 3. Imagen de la lesión hace 6 años.

veinticuatro horas, Augmentine® 875mg (Glaxo Wellcome Production, Francia) 1/8h durante 7 días, Ibuprofeno 600mg (Laboratorios Cinfa, S.A, España) 1/8h durante 5-7 días, Nolotil® comprimidos (Boehringer Ingelheim, España) 1/8h si había dolor y Omeprazol® 20mg (Laboratorios Cinfa, S.A, España) 1/24h durante 7 días.

El diagnóstico anatomopatológico confirmó el diagnóstico de presunción de quiste folicular, presentando áreas de inflama-



Fig. 4. Cavity quística residual.



Fig. 5. 38 y quiste folicular asociado.

ción y reacción xantogranulomatosa.

Un mes después, el paciente refería una parestesia en el hemilabio izquierdo; tras la pauta de Hidroxil® B12-B6-B1, cada 8 horas, durante 21 días, se produjo la recuperación completa de la sensibilidad.

## DISCUSIÓN

Los quistes odontogénicos representan una de las principales causas de destrucción del hueso maxilar<sup>3</sup>.

El quiste dentígero o folicular es el segundo quiste odontogénico más frecuente, siendo aproximadamente un 20-24% de los epiteliales maxilares<sup>6</sup>. Los foliculares son aproximadamente el 16'6% de todos los quistes maxilares<sup>5</sup>. La mayoría se relacionan con terceros molares mandibulares, seguidos por caninos maxilares permanentes, segundos premolares mandibulares y terceros molares maxilares<sup>2,5,6</sup>.

Generalmente se presentan como una patología aislada, aunque puede estar asociada en ocasiones con algunos síndromes como la disostosis cleidocraneal o la mucopolisacaridosis tipo IV. Son más frecuentes entre la segunda y la tercera década de la vida<sup>2</sup>. No tienen predilección por sexo,

según algunos autores, mientras que otros sostienen que ocurren con más frecuencia en hombres que en mujeres y en blancos más que en negros<sup>2,5</sup>.

Se desarrolla alrededor de la corona de un diente no erupcionado mediante expansión del folículo cuando se acumula fluido o se produce un espacio entre el epitelio reducido del esmalte y el diente impactado<sup>6</sup>.

La histogénesis exacta es desconocida, pero la mayoría de los autores describen un origen de desarrollo desde un folículo dental de un diente no erupcionado. Algunas de estas lesiones provienen de la proliferación de restos del epitelio de Malassez, y se cree que el epitelio, que deriva de los restos celulares de Malassez, se dirige al lumen quístico dentígero<sup>5</sup>. La expansión de los quistes dentígeros se relaciona con un incremento secundario en la osmolaridad del fluido quístico, como resultado del paso de células inflamatorias y células epiteliales descamativas en el lumen quístico. En casos raros, los quistes dentígeros se desarrollan como resultado de la proliferación intrafolicular de la inflamación periapical desde un diente primario subyacente<sup>5,6</sup>.

La exodoncia de terceros molares incluidos es una práctica rutinaria en el gabinete odontológico<sup>7,8</sup>. Se conoce que los terceros molares impactados (no erupcionados y parcialmente erupcionados) se asocian con el desarrollo de entidades patológicas<sup>9</sup>.

El área radiolúcida (tejido folicular) alrededor de estos dientes tiene un potencial para desarrollar condiciones patológicas, sin embargo, no existe un consenso aceptado internacionalmente en la literatura que establezca un criterio clínico para diferenciar entre condiciones normales y patológicas en los tejidos foliculares basada en las pruebas radiológicas alrededor de terceros molares impactados. Generalmente se asumía que la ausencia de una radiolucidez anormal indica la presencia de un folículo normal<sup>7</sup>.

Estudios previos sugirieron que la radiolucidez pericoronar normal se sitúa en un rango de 2-3 mm; sin embargo, hay escasos datos en la literatura científica que establezcan la validez de esta teoría<sup>7,8</sup>.

Existen criterios bien establecidos para la exodoncia de cordales impactados. Infección, caries no restaurable, quistes, tumores y destrucción del diente adyacente y el hueso se definen como indicaciones de exéresis de acuerdo con el National Institutes of Health Consensus Development Conference<sup>9</sup>. A pesar de estas recomendaciones de la Conferencia Consenso acerca de la exodoncia de terceros molares, todavía existen controversias acerca del diagnóstico clínico para diferenciar entre rangos de radiolucidez de condiciones normales o patológicas en tejidos blandos alrededor de cordales incluidos<sup>7,8</sup>.

Para justificar la extracción de terceros molares asintomáticos, diversos autores basan sus argumentos en la posibilidad de desarrollo de quistes y tumores si sus dientes son retenidos. Otro punto fuerte de la remoción profiláctica es la reducción

de la morbilidad resultante de la extracción en pacientes más jóvenes en comparación con adultos<sup>9</sup>. En ocasiones, pueden convertirse en lesiones agresivas potencialmente malignas que pueden originar expansión y destrucción ósea, asimetría facial, desplazamiento de dientes adyacentes, y/o dolor entre otras<sup>2</sup>.

En general, todos los quistes odontogénicos suelen ser asintomáticos en sus etapas iniciales, a menos que se infecten secundariamente o alcancen un tamaño significativo que produzca deformidad del hueso afectado, retención o desplazamiento de los dientes adyacentes<sup>3</sup>. Son detectados accidentalmente durante un examen radiológico rutinario<sup>5</sup>.

Radiográficamente, aparecen como una imagen de márgenes escleróticos, bien definidos, redondo u ovoide, corticalizado, de lesiones radiolúcidas alrededor de coronas de dientes no erupcionados, generalmente terceros molares. Las raíces del diente afectado con frecuencia se encuentran fuera de la lesión y en el hueso mandibular<sup>5</sup>.

Los quistes dentígeros foliculares pueden variar en tamaño, pero cuando su tamaño es mayor o igual a dos cm de diámetro pueden causar expansión mandibular<sup>5</sup>.

Los resultados de la apariencia radiográfica es comparable con la de quistes, queratoquiste unicular odontogénico, o ameloblastoma<sup>5</sup>. El tumor adenomatoide odontogénico tipo folicular es con frecuencia diagnosticado como quiste dentígero<sup>10</sup>.

El diagnóstico no se debe basar exclusivamente en una evidencia radiográfica, sino en examen microscópico y macroscópico del espécimen<sup>5</sup>.

El tratamiento de quistes dentígeros depende en el tamaño, localización y la configuración, y con frecuencia requiere una ostectomía de hueso variable para asegurar la exéresis total del quiste, especialmente en caso de quistes de gran tamaño<sup>7</sup>. El tratamiento incluye la extracción del diente asociado y la eliminación de la totalidad del quiste<sup>5</sup>.

Las complicaciones incluyen fractura quística patológica, pérdida del diente permanente, diseminación ósea, y transformación del epitelio en un ameloblastoma que raras veces evoluciona a un carcinoma celular escamoso y/o carcinoma mucoepidermoide<sup>5</sup>.

El seguimiento debería durar al menos hasta la completa neoformación ósea de la cavidad quística durante al menos dos años. Esto incluye exploración, ortopantomografía cada seis meses y escáner CT en caso de duda<sup>4</sup>.

## CONCLUSIÓN

Es de vital importancia el seguimiento radiológico periódico en aquellos pacientes que presentan cordales incluidos, ante el riesgo que presenta el tejido folicular alrededor de estos dientes de producir patología, pudiendo dar lugar a un quiste dentígero.

Ante el diagnóstico casual de una lesión quística asociada a un cordal incluido, se deberá valorar la indicación de exéresis quística temprana, junto con el diente implicado y la posible necesidad de planificación preoperatoria con ayuda de pruebas radiológicas específicas.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Tikekar S, Degwekar SS, Bhowate RR. Bilateral Dentigerous Cyst: An Unusual Case Report and Review of Literature. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2010;22(2):116-118.
2. Quintana JC, Zwiad AA, López S, Vega S, Pinilla R, Hussein Z. Quiste dentígero gigante en una niña. Presentación de un caso. *Rev Cub Estomatol* 2007;44(2):62-66.
3. Mosqueda-Taylor A, Irigoyen-Camacho MA, Díaz-Franco MA, Torres-Tejero MA. Quistes Odontogénicos. Análisis de 856 casos. *Med Oral* 2002; 7:89-96.
4. Meningaud JP, Oprean N, Pita k-Arnop P, Bertrand JC. Odontogenic Cyst. A clinical study of 695 cases. *J Oral Sci* 2006;48:59-62.
5. Tieghi R, Consorti G, Clauster LC. Pathologic fracture of the mandible after removal of follicular cyst. *J Craniofac Surg*. 2011; 22(5):779-780.
6. Shivaprakash PK, Rizwanull T, Bawega DK, Noorani HH. Save-a-tooth: conservative surgical management of dentigerous cyst. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2009; 27(1):52-57.
7. Mesgarzadeh AH, Esmailzadeh H, Abdollahimi M, Shahamfar M. Pathosis associated urth radiographically normal follicular tissues in third molar impactions. A clinicopathological study. *Indian J Dent Res* 2008; 19:208-212.
8. Kotrashetti VS, Kate AD, Bhalaerao SS, Hallikeremath SR. histopatologic changes in roft tissue associated urth radiographically normal impacted third molars. *Indian J Dent Res* 2010; 21:385-390.
9. Stathopoulos P, Mezitis M, Kappatos C, Titsinides S, Stylogianni E. Cyst and tumors associated urth impacted third molars: Is prophylactic removal justified? *J Oral Maxillofac Surg* 2011; 69(2): 405-408.
10. John JB, John RR. Adenomatoid Odontogenic tumor associated urth dentigerous cyst in posterior maxilla: A case report and review of literature. *J Oral Maxillofac Patho* 2010;14(2):45-48.