

Quiste dentígero mandibular asociado a un tercer molar inferior retenido. Informe de un caso

Tte. Cor. C.D. Ret. Alfredo Saavedra Garduño,* Mayor C.D. Joel Omar Reyes Velásquez,**
Cap. 1/o. C.D. Mario Espinoza Castillo***

RESUMEN. Se presenta el caso de un quiste dentígero originado por la retención de un tercer molar inferior izquierdo, en un paciente masculino de 65 años de edad, el cual fue tratado quirúrgicamente con enucleación del mismo y extracción del diente problema. Se llevó un seguimiento clínico y radiográfico de un año nueve meses después de la operación. Hubo una buena evolución del caso.

Palabras clave: Quiste dentígero, retención dentaria, tercer molar.

Los maxilares son entidades anatómicas que se diferencian de los otros huesos del esqueleto por presentar tejido epitelial en el interior de su médula. Dicho epitelio es de origen odontogénico o no odontogénico. El epitelio odontogénico está representado por vestigios de los órganos del esmalte o de la lámina dental; a partir de este epitelio se desarrollan los llamados quistes odontogénicos. Una forma específica de estos quistes es el dentígero, el cual rodea la corona de un diente no erupcionado de la dentición normal o de la supernumeraria.^{1,2,8}

El quiste dentígero es una lesión unilocular, pero en ocasiones puede revestir apariencia multilocular. Por lo regular está compuesto de una pared delgada de tejido conectivo y una capa delgada de epitelio escamoso estratificado que reviste al lumen.³

El quiste dentígero aparece con más frecuencia alrededor de las coronas de los terceros molares inferiores, seguidos en incidencia por los caninos superiores y los terceros molares superiores,^{1,2,4,7} aunque se ha informado de casos de quistes dentígeros formados a partir de dientes deciduos⁹ y también de dientes incisivos permanentes los cuales han estado precedidos de un traumatismo en los dientes primarios.^{10,11}

La incidencia por grupos de edades ha sido diferente según los datos de diversos autores,^{2,4} pero es más frecuente su aparición en hombres que en mujeres.²

El quiste dentígero muchas veces pasa inadvertido y sólo se observa al tomar radiografías para estudiar alguna otra afección o cuando provocan inflamación aguda.⁶

SUMMARY. A 65 year old male patient was treated from a dentigerous cyst caused by the retention of the third inferior left molar treatment consisted on surgical enucleation of it plus the removal of said tooth, keeping a clinic and radiological post surgery follow up during a year and nine months period of time the evolution was satisfactory.

Key words: Dentigerous cyst, dental retention, third molar, enucleation.

En algunos casos el revestimiento epitelial del quiste dentígero puede tener transformación maligna a queratocistes o inclusive a carcinoma de células escamosas.^{2,5,7}

La incidencia de desarrollo de quistes o tumores a partir de los terceros molares difiere grandemente en diferentes estudios (de 0.3 a 6.2%), pero en la mayoría de ellos el diagnóstico de quiste no fue confirmado histológicamente y se basó únicamente en una apreciación radiográfica.⁴ Normalmente se ha considerado que con una anchura del espacio pericoronar de 2.5 mm o más se hace diagnóstico probable de quiste dentígero.^{1,13}

Actualmente para la evaluación radiológica de quistes mandibulares y tumores odontogénicos se utilizan películas radiográficas dentales convencionales, tomografía computada y resonancia magnética, en lo que se hace una clasificación radiológica de los mismos.¹²

Informe del caso

El paciente, un hombre de 65 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, aquejaba un aumento de volumen en la hemicara izquierda de cuatro años de evolución, de consistencia blanda, con crepitación; la tumefacción mandibular abarcaba desde la zona del tercer molar inferior izquierdo hasta la de premolares del lado derecho deformando la cara. Los exámenes de laboratorio, estuvieron dentro de los límites normales. La ortopantomografía reveló una zona radiolúcida relacionada con un tercer molar inferior izquierdo retenido (*Figura 1*), dicha zona abarcaba la rama ascendente mandibular, todo el cuerpo mandibular del mismo lado, hasta la zona de premolares del lado derecho, involucrando principalmente a las raíces del primero y segundo molares inferiores izquierdos. Se diagnosticó presumiblemente quiste dentígero. El tercer molar retenido se encontraba en una posición clase II de acuerdo a la clasificación de Sánchez Torres.

* Exjefe del Departamento de Odontología del Hospital Regional Militar de Mazatlán, Sinaloa. México.

** Jefe del Curso de Cirugía Maxilofacial del Hospital Central Militar, Jefe del Curso de Especialización y Residencia en Cirugía Maxilofacial de la Escuela Militar de Graduados de Sanidad.

*** Residente Rotatorio de Odontología, Escuela Militar de Graduados de Sanidad.

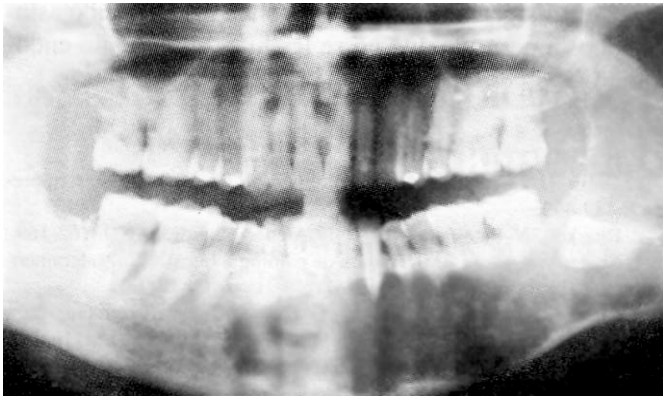


Figura 1. Ortopantomografía preoperatoria donde se observa al tercer molar inferior izquierdo retenido con su corona dentro de una gran lesión quística que atraviesa la línea media.

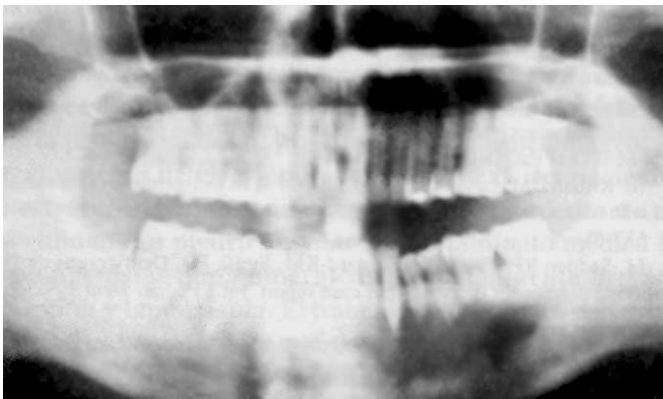


Figura 2. Radiografía después de nueve meses de la operación donde se observa que en el defecto óseo comienza a formarse hueso, sobre todo en el área correspondiente a premolares inferiores derechos.

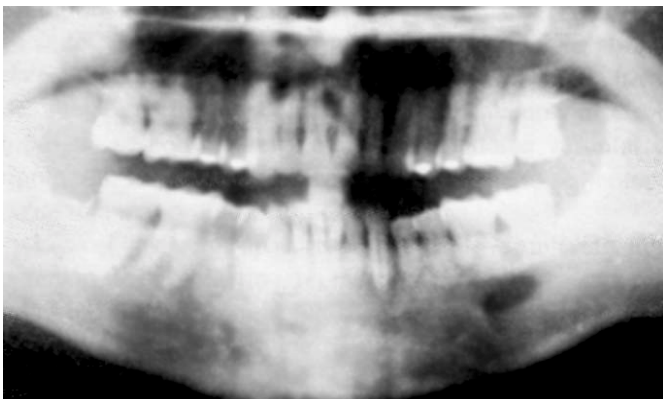


Figura 3. Vista radiográfica a los 17 meses después de la operación donde se observa que el defecto óseo se ha reparado en aproximadamente 60%, persistiendo en el área de molares inferiores izquierdos y en el ángulo mandibular del mismo lado.

La extracción del tercer molar y la enucleación del quiste fueron realizadas bajo anestesia general, en un sólo acto quirúrgico. El estudio histopatológico del tejido obtenido mostró quiste periodontal periapical radicular.

Al paciente se le trató con antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios durante siete días y también con un

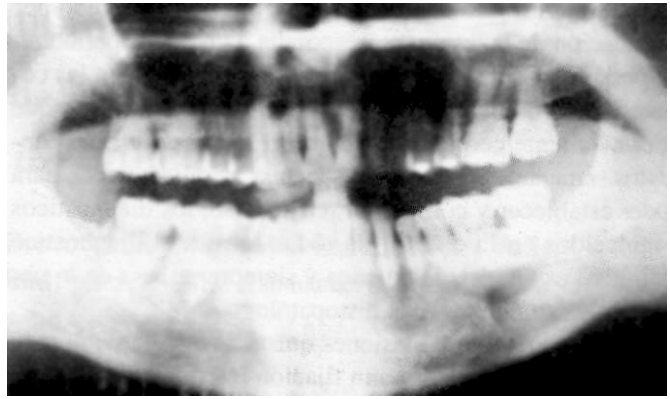


Figura 4. Radiografía panorámica a los 21 meses después de la operación, donde se aprecia que el defecto óseo ha disminuido en 90% persistiendo únicamente una zona radiolúcida debajo de los dos molares inferiores izquierdos, que probablemente se deba a la afectación de ambas corticales óseas, vestibular y lingual en esa zona.

complejo oseínico mineral a base de calcio y fósforo de origen orgánico (Ossopan), durante seis meses.

Se llevó a cabo un control radiográfico a los nueve, 17 y 21 meses después de la operación (*Figuras 2 y 4*), que mostró una reducción progresiva de la zona radiolúcida; sin embargo, después del último control, aún persistía una zona radiolúcida pequeña, de forma oval, situada debajo de la porción apical de la raíz distal del primer molar inferior izquierdo, que representaba 8 ó 10% de la lesión inicial.

El paciente aquejó parestesia del lado izquierdo, inmediatamente después de la operación, pero hubo recuperación en 80% después de 21 meses sin haber recibido tratamiento alguno. Actualmente hay recuperación total de la parestesia y ninguna otra complicación por la intervención quirúrgica. Tampoco existen datos de alteraciones pulpares en los dientes incluidos dentro del quiste, a pesar de no habérsele efectuado tratamiento de conductos radiculares.

Discusión

El caso presentado es un ejemplo de las consecuencias que llegan a presentarse por no realizar la remoción de los terceros molares retenidos, aun cuando éstos están sin síntomas, como medida preventiva para evitar la formación de quistes. Se ha hablado mucho acerca de las indicaciones para realizar la extracción de los terceros molares retenidos, entre las que podemos mencionar infecciones, lesiones tumorales, quistes, así como la destrucción del diente adyacente o del hueso.^{4,5}

Por lo que respecta a la enucleación de los quistes, se considera que la mayor edad de los pacientes trae consigo aumento del riesgo por la anestesia general y aun por la operación en sí.⁴

Si se considera, además, que las formaciones quísticas a partir de terceros molares retenidos, con tiempos de evolución entre dos y trece años,⁴ es conveniente subrayar estas posibilidades al informar a los pacientes de los riesgos y ventajas de la extracción de los mismos.

Según el estudio histopatológico, el tejido obtenido por enucleación de la lesión, correspondía a un quiste periodontal periapical radicular, lo cual no corresponde con las características clínicas y radiológicas de la lesión, por lo que es conveniente cerciorarse de que el patólogo utilice conceptos semejantes en lo que respecta a patología bucal, para poder establecer y comprobar, en su caso, los diagnósticos establecidos en la clínica; de todas formas el diagnóstico definitivo es una lesión quística y siempre se basa en lo observado y estudiado por el histopatólogo.

Existen informes de lesiones quísticas que han obligado a utilizar injertos óseos y aun fijación intermaxilar para poder restablecer la integridad ósea de la mandíbula,⁴ sin embargo éste no fue el caso ya que el paciente evolucionó satisfactoriamente con la terapia médica establecida.

Con la aparición de diversos sustitutos óseos que han probado su buena aceptación por los tejidos, puede ser que éstos se conviertan en una nueva opción de tratamiento para la restauración en este tipo de lesiones cavitarias, aunque un inconveniente es el costo considerable de tales productos.

La persistencia de una zona radiolúcida de forma oval, bien definida, precisamente en la zona en la que la ortopantomografía inicial mostró la inclusión del quiste en las raíces de dientes erupcionados, da indicio de una probable perforación ósea en dicho sitio, lo cual puede confirmarse clínicamente al realizar la enucleación.

A los dientes erupcionados que tienen relación con quistes, se recomienda que se les haga tratamiento de conductos radiculares; sin embargo, en este caso, tanto el primero como el segundo molares inferiores izquierdos, que son los

que estaban afectados por el quiste, han permanecido asintomáticos a pesar de que no se les hizo tratamiento endodóntico.

Referencias

1. Golin RJ y Goldman HM. Patología oral. Edit Salvat, 2a. reimpresión. : 489-493.
2. Bhaskar SN. Patología bucal. Edit Ateneo 6a. Edic. AÑO: 162-169.
3. Shafer WS, Cevy BM. Tratado de patología bucal. Edit. Interamericana, 2a. Edic. AÑO: 265-267.
4. Gorod SC, Gerlach KL, Krueger G. Cystis associated with long-standing impacted third molars. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1993; 22: 110-112.
5. KGH van der Wal, JGAM de Visscher, HF Eggink. Squamous cell carcinoma arising in a residual cyst. A case report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1993; 22: 350-352.
6. Pasquale B, Vito L. Ectopic third molar associated with a dentigerous cyst in the subcondylar region. Report of case. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52: 630-632.
7. Loche MJJ, Philip S. McIntire DN. Squamous cell carcinoma arising in a dentigerous cyst. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52: 987-990.
8. Somm PM, Shangold LM, Biller HF. A palatal dentigerous cyst arising from a mesiodente. *Am J Neuroradiol* 1992; 13: 212-214.
9. Kusukawa J, Irie K, Morimatsu M, Koyanagi S, Kamayama T. Dentigerous cyst associated with a deciduous tooth. A case report, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73: 415-418.
10. Killian CM, Leventhal PH, Tamaroff JL. Dentigerous cyst associated with trauma to a primary incisor: A case report. *Quintessence Int* 1992; 23: 683-686.
11. Seddon RP, Fung DE, Barnard KM, Smith PB. Dentigerous cysts involving permanent incisors; four case report. *Int J Pediatr Dent* 1992; 2: 105-111.
12. Weber AL. Imagin of cyst and odontogenic tumors of the jaw. Definition and classification. *Radiol Clin-North-Am* 1993; 31: 101-120.
13. Eliasson S, Heindahl A, Nordenram A. Pathological changes related to long-term impaction of molars. A radiologic study. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1989; 18: 210-211.