

QUISTE DENTÍGERO ASOCIADO A RETENCIÓN DE CANINO SUPERIOR

[DENTIGEROUS CYST ASSOCIATED WITH CANINE RETENTION OF SUPERIOR]

Carlos Enrique Valdivia Silva¹

Cirujano Dentista. Profesor Asociado. Escuela de Odontología. Facultad de Ciencias Médicas, UNJBG.

RESUMEN

Presentamos un caso clínico de quiste dentígero asociado a un canino superior izquierdo retenido. Paciente de 13 años de edad, de sexo masculino. Se utilizó las técnicas radiográficas extraoral lateral de cráneo y panorámica e intraoral periapical con desplazamiento de cono y Oclusal para localizar y diagnosticar presuntivamente dicha patología. Posteriormente se realiza la intervención quirúrgica para realizar la extracción del diente retenido y la enucleación del quiste el que es enviado para realizar los estudios anatomopatológicos que corroboran el diagnóstico presuntivo. Se decide hacer seguimiento del caso y se analiza al quiste dentígero realizando una revisión de la literatura.

ABSTRACT

We describe a cyst dentition associated with a left superior cuspid retained . A 13-Year-old male patient. Extraoral lateral and panoramic X Rays and intraoral periapical with moving Cone and occlusal radiographic techniques are use to locate and presumptive diagnose this pathology. Subsequently the surgery is performed to extract the retained tooth and enucleation of the cyst that is sent to the pathology that corroborate the presumptive diagnosis studies. Choose to follow up the case and discusses the cyst dentition to carrying out a review of the literature.

INTRODUCCIÓN

Quiste es una cavidad patológica ocupada por una sustancia líquida o semisólida, revestida por epitelio organizado.

La evolución de los quistes se relaciona con la fisiología de las células que componen la capsula, conteniendo líquido intersticial del tejido conectivo que la rodea, por osmosis hacia el interior de la cavidad quística provocando como consecuencia, el aumento de presión intracavitaria, presionando la pared ósea, reabsorbiéndola lentamente, de manera regular.

Este proceso puede durar años teniendo cada quiste aspectos particulares, en relación a la localización, tamaño, contenido entre otros.

Se originan a partir de estímulos inflamatorios, traumáticos o también por el desarrollo y multiplicación de células o restos celulares aprisionados en medio del tejido óseo, durante la embriogénesis, ene lel interior del hueso. (SILVIO BORAKS PAG 265)

Es conveniente resaltar que el caso clínico que se presenta en este artículo que es un QD asociado aun canino tiene una incidencia baja (2.56%) (Morales y Cols. 1994). Cuando afectan la región canina en el maxilar se puede reconocer una extensión al seno maxilar o al piso de la órbita. Algunas veces hay resorción de las raíces de los dientes adyacentes erupcionados (Shaffer pag. 299)

Etiopatogenia

El epitelio reducido del esmalte designa la capa de epitelio que permanece alrededor de la corona del diente después de completarse la formación del esmalte. Esta capa de epitelio deriva de los componentes epiteliales especializados del órgano del esmalte (epitelio del esmalte interno, estrato intermedio, retículo estrellado y epitelio del esmalte externo), que fueron activos durante la amelogénesis (formación del esmalte) y se colapsan originando una fina membrana inactiva de dos o tres células de espesor. Además, el epitelio reducido del esmalte puede incluir una pequeña población de células derivadas de la lámina dental que estaban conectadas

con el órgano del esmalte durante su formación. El epitelio reducido del esmalte es, por tanto, una colección compleja de células postsecretorias cuyas proporciones pueden diferir entre unos dientes y otros y entre individuos. Se desconoce actualmente si la composición celular del epitelio reducido del esmalte afecta al potencial de crecimiento de quistes de dentición individuales. (J Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki Pag 41).

Características Clínicas

El quiste dentígero suele permanecer asintomático, pero puede producir alguna tumefacción o dolor, especialmente si es grande y se inflama, Puesto que el quiste de dentición se forma alrededor de la corona de un diente impactado o incrustado, la arcada presentará clínicamente ausencia de al menos un diente. (J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki Pag 42).

Este quiste particular es capaz de alcanzar dimensiones significativas, a menudo como resultado de la expansión del hueso cortical. Las lesiones raras veces alcanzan un tamaño que predisponga a la fractura patológica. (Joseph A. Regezi, James J. Sciubba PAG 298).

Características Radiográficas

Los quistes se diagnostican con mayor frecuencia por su aspecto radiográfico. Se presentan como imágenes radiolucidas bien circunscritas que rodean la corona de un diente. La interface con el hueso circundante posee una capa cortical, indicativa de un crecimiento lento y uniforme. (J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki Pag 42).

Las lesiones pequeñas de menos de 2 cm de diámetro son "uniclocales".

Sin embargo si no son detectadas tempranamente, la lesión puede crecer y se transforma ne un quiste dentígero "grande multilocular", lo que hace posible sea confundido con otras lesiones más agresivas como el ameloblastoma. (School of Dentistry U.S.C. 1997).

Histopatología

No hay aspectos microscópicos característicos que se pueden usar con confianza para distinguir el quiste dentigero de los otros tipos de quistes odontogenos (SHAFFER PAG 267)

CASO CLINICO

Solo la correlación adecuada de las características recogidas en el estudio clínico, radiográfico e histopatológico nos permitirá un diagnóstico certero de la lesión.

La suma de estos estudios nos aportan datos para determinar los posibles diagnósticos diferenciales que puedan identificar esta lesión, y junto al estudio histopatológico, nos permiten establecer el diagnóstico definitivo.

El diagnostico diferencial debe incluir queratoquiste odontogeno, ameloblastoma y otros tumores odontogenos. La transformación ameloblástica del revestimiento de un quiste dentigero también debe ser parte del diagnostico diferencial. (Joseph A. Regezi , James J. Sciubba PAG 300)

Pronóstico

Cuando se trata de lesiones pequeñas, el pronóstico es bueno ya que se elimina quirúrgicamente sin dificultad y en su mayoría no hay recidiva. Mientras que si las lesiones son grandes, el pronóstico es reservado ya que conllevan una gran pérdida ósea y adelgazan peligrosamente al hueso, existiendo el de producir fractura patológica del maxilar comprometido (School of Dentistry. U.S.C., 1997). También es importante destacar que los quistes odontogénicos tienen que ser considerados una posible fuente de enfermedades metastásicas (Manganaro y cols., 1997).

Tratamiento

El tratamiento del quiste dentigero se determina por lo regular según su tamaño. Las lesiones más pequeñas se quitan Quirúrgicamente en toda su totalidad con muy poca dificultad.

Los quistes más grandes, que conllevan una gran pérdida de hueso y lo adelgazan de manera peligrosa, con frecuencia son tratados mediante la inserción de un drenaje quirúrgico o marsupialización. Este procedimiento origina el alivio de la presión y el gradual encogimiento del espacio quístico por aposición periférica de hueso nuevo. A menudo es necesario dicho procedimiento debido al peligro potencial de fractura del maxilar si se intenta una extirpación quirúrgica completa. (Shaffer pag 268)

Reporte Del Caso

Se presenta el caso clínico de paciente de sexo Masculino de 13 años de edad el que acompañado de su padre llega a la Clínica Docente Asistencial de la UNJBG – Tacna, derivado por la clínica de Ortodoncia que en examen rutinario de diagnostico establece la ausencia de la Pza 1.3.

EXAMEN CLÍNICO

El paciente presenta ligera asimetría facial por aumento de volumen en zona nasogeniana izquierda, no refiere dolor a la palpación.

En el examen intrabucal se evidencia ausencia de pza 1.3 y permanencia extemporánea de la pza. 5.3, así como palatinización de la pza 1.2, se observa muy ligera expansión de la tabla vestibular a nivel apical entre las pzas. 1.2 y 1.4, la cual a la palpación es de ligeramente retinente, la mucosa no presenta signos de inflamación.

EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA

Se le indica al paciente radiografía Lateral de cráneo y panorámica. En la radiografía se evidenció el canino retenido en posición oblicua (Pza 1.3), con evidente relación con piso de fosas nasales y seno maxilar, con imagen radiolucida bien definida, unilocular que rodea de forma simétrica la corona del diente no erupcionado, la interface con el hueso circundante presenta una cortical definida; de igual forma se aprecia que la periferia de la lesión involucra los ápices de las pzas 1.1 y 1.2 ; características compatibles con quiste odontogeno dentigero. (Foto 1).

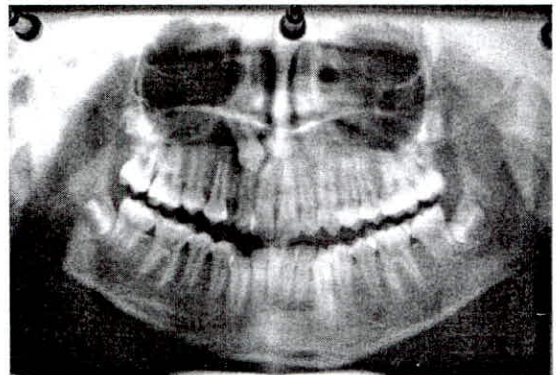
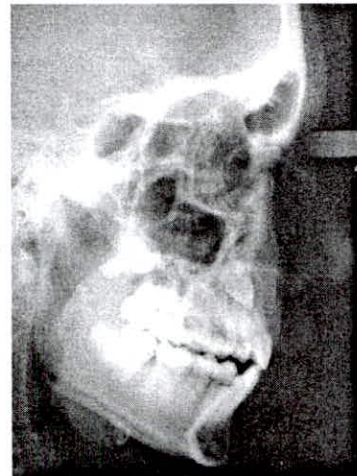


Foto 1. Rx

En la radiografía lateral de craneo se aprecia la inclinación lateral y palatina del ápice radicular y la corona sobre los ápices de las pzas. 1.1 y 1.2 rodeada de una imagen radiolucida con proyección vestibular y palatina , así como una delgada cortical vestibular. (Foto 2).



Rx. Lateral

Se indica al paciente de manera complementaria radiografía oclusal en la cual se observa la pza 1.3 con su raíz con inclinación lateral y en relación apical a las pzas 1.4 y 1.5, así mismo se verifica una clara relación con el ápice de la pza 1.2, la imagen radiolucida que circunscribe la corona del diente retenido es de aproximadamente un diámetro de 3 cm (Foto 3).

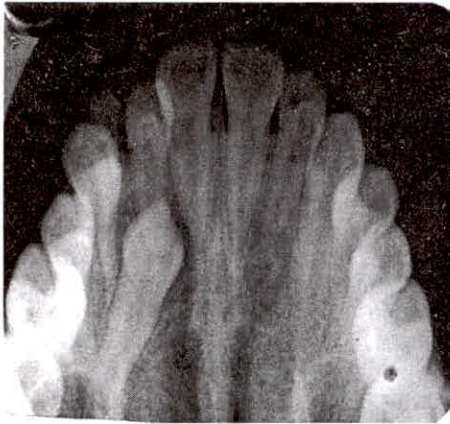


Foto 3.Rx.

Para complementar el estudio radiográfico se toman radiografías periapicales con la Técnica de Clark determinando la posición vestibular de la lesión y de la corona del diente retenido. (Foto 4).



Foto 4. Rx. Periapical con desplazamiento de cono Técnica de Clark

Evaluación Preoperatoria:

Se le indicó al paciente exámenes de laboratorio, encontrando todos los valores dentro de los niveles normales.

Tratamiento:

Se planificó la realización de la extracción del canino y la excisión de la lesión.

Se opta por una incisión semilunar (Parch) a fin de no comprometer el nivel de la encía marginal y papilar.

Se levanta colgajo de espesor total, e inmediatamente se visualiza fenestración de la tabla vestibular y una masa de tejido color rosado (epitelio) que se proyecta en sentido vestibular. (Foto5.)

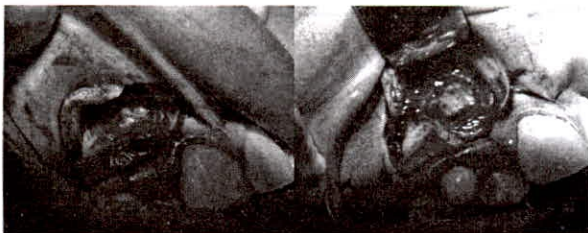


Foto 5 y 6 Incisión de Parcht y levantamiento de colgajo

Se inicia la enucleación parcial del quiste con la finalidad de descubrir la corona del canino. (Foto 7).



Foto 7 y 8. Enucleación parcial del quiste. Visualización de la corona dentaria.



Foto 9. Odontosección del tercio incisal del canino para extracción por partes.



Foto 10 Enucleación total de la lesión. Compromiso de pzas



Foto 11 y 12. Grado de resorción ósea causada por la lesión.



Foto 13. Canino extraído. Obsérvese la unión del quiste al limite amelocemetario



Foto 14. Reposición del Colgajo y sutura. Hilo de seda N°000

Se procedió a la eliminación total de la lesión y exodoncia del canino retenido.

La muestra fue colocada inmediatamente en formol al 10% y enviada para su estudio histopatológico.

El diagnóstico definitivo resultó Quiste dentígero.

CONCLUSIONES

Es conveniente y necesario que todos los tejidos provenientes de lesiones sospechosas de la cavidad bucal sean sometidos a un examen histopatológico, especialmente los provenientes de un QD, ya que como se estableció en la revisión de literatura al respecto es posible que en algunas áreas de la pared del quiste pueden presentarse cambios a nivel de las células epiteliales que no deben pasar desapercibidos.

Se recomienda la extracción de piezas dentarias retenidas que presenten imágenes radiolucidas de gran tamaño en los maxilares como una conducta preventiva, porque son frecuentes los QD asociados a estos dientes.

En el caso de caninos retenidos estos deben ser tratados para llevarlo a su posición correcta, de no darse las condiciones para lograrlo debe ser extraído lo más tempranamente posible.

Un Diagnóstico temprano evitará que el QD siga creciendo y se convierta en multilocular lo que puede derivar en lesiones más serias ya que la incidencia de las transformaciones desfavorables aumentan con la longevidad y el tamaño de los quistes.

La completa remoción del QD eliminará todo el epitelio que representa un potencial para desarrollar o dar origen a un nuevo QD, es decir, de esta manera se prevee su recurrencia y la posible formación de otras lesiones de comportamiento más agresivo.

En cavidades óseas de gran tamaño es conveniente realizar un relleno biológico que garantice la integridad del maxilar y disminuya el riesgo de fracturas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silvio Boraks. (2004) Diagnostico Bucal. Brasil. Editora Artes Medicas Ltda.
2. J Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki. (MCMXCVII, 39.) Patología oral y maxilofacial contemporánea. Madrid España. Ediciones Harcourt España, S.A.
3. Regezi J. Y Sciubba J. (1995). Patología bucal. 2da. . Mexico. Editorial Interamericana. McGraw-Hill.
4. School Of Dentistry. U.S.C. (University of Southernm of California). (1997). Jaws: cyst. **O b t e n i b l e e n :** <http://www.usc.edu/hsc/dental/opath/chapters/chapter10-text.html>. (31/1/98).
5. Shafer W., Hine M., Levy B. (1986). Tratado de Patología Bucal. 2da. Edición. Mexico. Editorial Interamericana.
6. Laskin D. (1987). Cirugía bucal y maxilofacial. Tomo I. México. Editorial Médica Panamericana.
7. Killley H., Kay L., Seward G. (1979). Lesiones quísticas benignas de los maxilares, su diagnóstico y tratamiento. Buenos Aires, Argentina. Editorial Mundi.
8. Concha, Guillermo. Radiología de quistes de los maxilares. Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile 2002;13:23-32.
9. Morales C., Camacho S., Fonseca N. (1994). Transformación ameloblástica de quistes dentígeros. Reporte de dos casos. Acta Odontol Venez. 32 (1): 29-38.
10. Montilla G. Y Rivera H. (1998). Tumor Odontogénico Adenomatoides. Reporte de un caso en Mandíbula. Revisión bibliográfica. Acta Odontol Venez. 36 (1): 9-13.

CORRESPONDENCIA:

C.D. CARLOS ENRIQUE VALDIVIA SILVA
cavalsi8@hotmail.com