

QUISTES DENTÍGEROS

Autores: Katia Pereira García. Estudiante de Segundo Año de Estomatología. Alumna Ayudante de Cirugía Maxilofacial.

Coautores: Dra. Yamina Bárbara Sarracent Valdés. MSc. Especialista de I Grado y Profesora Asistente de Cirugía Maxilofacial.

RESUMEN

Introducción: El Quiste Dentígero es el segundo quiste odontogénico más común, resultan una aberración en algún estadio de la odontogénesis y son originados del epitelio reducido del esmalte. **Objetivos:** Identificar la etiología, características clínicas, histológicas, radiográficas de los quistes dentígeros, describir tratamientos y complicaciones de los quistes dentígeros. **Material y Métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica empleando los descriptores: quistes dentígeros y quistes de los maxilares en los motores de búsqueda: scielo, Ediciones Electrónicas Publicadas y otras, seleccionando un total de 14 artículos por tener un mayor grado de actualización en el tema. **Desarrollo:** Los quistes dentígeros están asociados con un diente que no ha erupcionado. Existen teorías que tratan de explicar su origen y sus características clínicas son variadas. Histológicamente está compuesto por una delgada pared de tejido conjuntivo tapizado por un epitelio escamoso estratificado. Suelen descubrirse por un estudio radiográfico de rutina. Su tratamiento depende del compromiso anatómico de la lesión y de no tratarse pueden complicarse. **Conclusiones:** La etiología de los quistes dentígeros se basa en 3 teorías fundamentales. Generalmente son diagnosticados a partir de pruebas radiológicas rutinarias, poseen gran variabilidad en cuanto a sus características clínicas y no poseen características microscópicas específicas. Su tratamiento consiste fundamentalmente en la enucleación del mismo y de no tratarse pueden causar serias complicaciones.

Palabras Clave: quistes dentígeros, quistes odontogénicos.

INTRODUCCIÓN

Se entiende por quiste a una estructura con tendencia a la forma redondeada, constituida por una pared externa de tejido conectivo fibroso denso, que en la parte más adyacente al hueso aumentan, gradualmente, su vascularización. La pared interna se encuentra formada por un tapiz epitelial de una o más capas que se interrumpen en varios puntos. ¹ Pueden aparecer en distintas partes del organismo humano siendo frecuentes en la cavidad bucal. Dentro de esta cavidad los más frecuentes son los intraóseos en maxilares y mandíbula dependiente ó no de las estructuras dentarias. ²

Los quistes de los maxilares representan sin duda un peligro para la integridad del componente maxilofacial; cuando esto ocurre, ocasiona trastornos funcionales, estéticos o ambos, de intensidad variable si no son diagnosticados precozmente y tratados de forma adecuada. ³

De acuerdo a la clasificación más reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los quistes de los maxilares están contenidos en dos grupos de acuerdo a su patogénesis ⁴ estos se clasifican en odontógenos y no odontógenos atendiendo a la relación que pueden tener con el desarrollo dentario. ⁵

Los quistes odontógenos se desarrollan a partir del componente epitelial del aparato odontogénico o de los restos celulares que quedan atrapados dentro del hueso o en el tejido gingival que cubre los maxilares, y se clasifican en quistes del desarrollo e inflamatorios. ⁶

Dentro de los quistes del desarrollo se encuentran los quistes dentígeros, los cuales constituyen el segundo más común, dentro de los quistes de origen odontogénico, siendo originados del epitelio reducido del esmalte y resulta de una aberración en algún estadio de la odontogénesis. ⁶

Los Quistes Dentígeros (QD), también llamados quistes foliculares, son quistes odontogénicos de malformación y origen epitelial, según la clasificación de los tumores realizada por la Organización Mundial de la Salud - OMS (Graydon, 1996). El Quiste Dentígero es el más común después del quiste radicular. ⁷

Los quistes dentígeros son típicamente asintomáticos, los más grandes causarán una expansión indolora del hueso, mientras que los quistes infectados pueden

causar dolor y un trayecto fistuloso con drenaje en zonas del seno maxilar. Ocasionalmente, se ha reportado parestesia como consecuencia de un quiste dentígero que provocaba presión en una estructura vital.⁷

La frecuencia de quistes odontogénicos en niños es relativamente baja.⁸ Son más frecuentes en hombres que en mujeres, se presentan más en la 2a. y 3a. década de la vida, afectan en un 70% el maxilar inferior y en un 30% el maxilar superior. Estas lesiones son el resultado de cambios degenerativos en el epitelio reducido del esmalte, después de terminada la Amelogénesis.⁹

El quiste Dentígero cobra vital importancia dentro de las patologías que afectan el complejo bucofacial, teniendo en cuenta que el epitelio de los quistes dentígeros puede llegar a transformarse, en algunos casos, en patologías neoplásicas; por lo que se hace necesario que los estomatólogos tengan un conocimiento profundo de las características clínicas, radiográficas, del tratamiento y pronóstico de esta lesión; razón por la cual nos hemos visto motivados a la realización de esta Revisión Bibliográfica.

Los objetivos propuesto son identificar la etiología, características clínicas, histológicas y radiográficas de los quistes dentígeros y describir tratamientos y complicaciones de los quistes dentígeros.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica empleando los descriptores: quistes dentígeros y quistes de los maxilares en los motores de búsqueda: scielo, Ediciones Electrónicas Publicadas y otras, seleccionando un total de 14 artículos por tener un mayor grado de actualización en el tema.

ANÁLISIS E INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los Quistes Dentígeros están siempre asociados con un diente que no ha hecho erupción o un brote dental en desarrollo y son encontrados frecuentemente alrededor de la corona de los terceros molares mandibulares, seguido por los

caninos maxilares, los terceros molares maxilares y, raras veces, los incisivos centrales maxilares. ¹⁰

Antunes Freitas y Enrique Monserat coinciden con que existen varias teorías que tratan de explicar el origen del quiste dentígero, una de ellas plantea que este se origina después que la corona del diente terminó su formación y se produce acumulación de líquido entre el órgano del esmalte y la corona del diente. Otra explicación para la patogénesis del quiste dentígero es que se origina inicialmente por la proliferación quística de los islotes en la pared del tejido conectivo del folículo dental o incluso fuera de este, para luego unirse y formar una cavidad quística alrededor de la corona dental. Una tercera explicación plantea que algunos quistes dentígeros pueden comenzar su formación por degeneración del retículo estrellado durante la odontogénesis. También se habla del origen extrafolicular, el cual sugiere que se origina de quistes periapicales en dientes primarios que crecen y engloban al germen del diente permanente. ^{7, 11}

Las características clínicas de los quistes dentígeros son variadas; pueden presentarse como un abombamiento de la superficie vestibular o lingual, del mismo color de la mucosa y de consistencia firme o como una gran lesión que produce deformación facial, crepitante a la palpación y de color violáceo. ⁹

El Quiste Dentígero es de crecimiento lento y asintomático. Pueden originar expansión del hueso, asimetría facial, gran desplazamiento de los dientes y reabsorción radicular de los dientes adyacentes. ¹²

Los síntomas en el quiste dentígero son escasos y rara vez alcanza grandes proporciones, cuando esto sucede se detecta clínicamente, ya que produce expansión. También debemos estar atentos en observar si hay pérdida de los dientes, intensa reabsorción radicular de los dientes adyacentes y dolor, los cuales son secuelas del continuo agrandamiento del quiste. Por otra parte, es potencialmente capaz de convertirse en una lesión agresiva. ¹³

Durante el desarrollo del quiste dentígero podemos considerar un periodo sub-clínico, en el cual no se aprecia ninguna sintomatología. Durante su crecimiento se comienza a exteriorizar la etapa clínica al expandir las corticales con deformación en el lugar de nacimiento del quiste (vestibular, paladar, entre otros), posteriormente se

puede infectar y presentarse los signos y síntomas de la inflamación hasta fistulizar dejando escapar un líquido seropurulento. ¹¹

La mayoría de los quistes dentígeros son solitarios. Los quistes bilaterales y múltiples son usualmente encontrados en asociación con un número de síndromes incluyendo displasia cleidocranial y el síndrome de Maroteaux-Lamy. En ausencia de estos síndromes, los quistes bilaterales asociados con terceros molares son raros. ¹¹

Para el quiste dentígero no hay características microscópicas típicas que puedan distinguir entre un quiste dentígero de cualquier otro quiste odontogénico. ¹¹

Histológicamente está compuesto por una delgada pared de tejido conjuntivo tapizado por un epitelio escamoso estratificado de 2 o 3 capas de células planas o cuboideas. Es rara la queratinización. No posee papilas del corión. La cápsula está casi siempre compuesta de un tejido conjuntivo colágeno muy laxo o parcialmente colagenizado y mixomatoso. Una característica particular es la presencia de islotes de epitelio odontogénico. Por mucho se creyó en el potencial desarrollo de un ameloblastoma desde restos odontogénicos en la pared del quiste. El ameloblastoma es el más agresivo de los tumores odontogénicos. Sin embargo, ha surgido la duda si tales ameloblastomas se han originado realmente de la pared del Quiste Dentígero o son ameloblastomas que se han quistificado, esta última posibilidad es la que nos parece más correcta a la luz de los nuevos conocimientos, y hoy en día es muy raro el diagnóstico de ameloblastoma originado en quistes, generalmente hoy se diagnostica ameloblastoma uniuquístico (ver unidad de tumores odontogénicos). ¹⁴

Los Quistes Dentígeros suelen descubrirse por un estudio radiográfico de rutina. ¹³ Se presentan como imágenes radiolúcidas bien circunscritas que rodean la corona de un diente sin erupcionar. En la interface con el hueso circundante se observa una cortical indicativa de un crecimiento lento y uniforme que representa una reacción ósea, la lesión producida por el Quiste Dentígero es lisa unilocular, pero en ocasiones puede presentarse con apariencia multilocular. En la mandíbula, este quiste puede desplazar al diente asociado en dirección craneal o caudal, dentro de la rama ascendente de la mandíbula. En el maxilar, suele desplazar al diente asociado hacia arriba y hacia atrás. ¹²

Debe distinguirse el saco folicular agrandado de un Quiste Dentígero. Martínez R. Benjamín considera como Quiste Dentígero una imagen de saco de más de 2.5 mm. de ancho, en la radiografía, el radiólogo informa en esos casos “imagen compatible con quiste dentígero”, en la maxilar podemos encontrar en relación a caninos superiores, incluidos, hasta imágenes radiográficas de 3 mm de diámetro que corresponden a hiperplasias de sacos foliculares. ¹⁴ Sin embargo Monserat Enrique plantea que el espacio folicular normal es de 3 a 4 mm, sospechando como Quiste Dentígero cuando el espacio es mayor a 5 mm de ancho. ¹¹

El examen radiológico además de mostrar la localización exacta de la lesión, aporta información acerca de su tamaño, de la reabsorción radicular y desplazamiento de los dientes comprometidos en la lesión. ⁹

El tratamiento del quiste dentígero depende de factores tales como tamaño, localización, edad del paciente, y la proximidad a estructuras vitales. Se puede tratar realizando la enucleación con la extracción del diente implicado en caso de que haya espacio escaso para la erupción normal o en caso de que el diente no aporte a la funcionalidad. El diente implicado puede ser preservado en algunos casos después de la enucleación del quiste, tal procedimiento facilitará que el diente entre en erupción normalmente debido al retiro de la presión que impide la erupción normal. Puede ser necesaria la ayuda ortodóntica para permitir que el diente entre en erupción totalmente. Lesiones más extensas, especialmente éstas con proximidad a las estructuras vitales, o en pacientes médicamente comprometidos se pueden tratar por Marsupialización, reduciendo al mínimo la necesidad de una cirugía más radical. ⁷

La Marsupialización consiste en abrir una ventana en la pared externa del quiste retirando una porción de la cortical externa y cápsula quística, comunicando la cavidad quística con el medio oral. Con esto se obtiene la detención inmediata del crecimiento de la lesión y la neoformación ósea casi completa, conservando las estructuras vitales que regresan a su localización y función normal, además la migración de estructuras dentarias causales a posiciones más favorables dentro del maxilar, así como la reducción del tamaño del quiste que facilita la posterior enucleación y la exodoncia del diente. ¹²

Para el diagnóstico diferencial del Quiste Dentífero se deben tener en cuenta: los demás quistes odontogénicos, los quistes óseos, la cavidad idiopática de Stafne, los tumores odontogénicos (ameloblastoma, fibroma-ameloblástico, odontoma quístico, tumor de Pindborg etc.) el quiste odontogénico epitelial calcificante o quiste de Gorlin y los carcinomas odontogénicos.⁹

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. Existe entonces el riesgo de que se produzcan fracturas patológicas del hueso comprometido. El comportamiento biológico del quiste dentífero es benigno, aunque se han informado casos aislados de transformación maligna de su epitelio.¹³

El quiste dentífero es potencialmente capaz de convertirse en una lesión agresiva produciendo expansión ósea, asimetría facial, desplazamiento dental, reabsorción radicular de los dientes adyacentes y dolor. Pero las complicaciones más serias son: la formación de un ameloblastoma, desarrollo de un carcinoma epidermoide, formación de un carcinoma mucoepidermoide.¹²

CONCLUSIONES

- La etiología de los quistes dentíferos se basa en 3 teorías fundamentales.
- Existe gran variabilidad en las características clínicas de los quistes dentíferos.
- Los quistes dentíferos no poseen características microscópicas distintivas.
- Las pruebas radiológicas rutinarias ante una ausencia dentaria son de vital importancia para descartar quistes dentíferos, por su asociación a dientes no erupcionados.
- El tratamiento quirúrgico de los quistes dentíferos consiste fundamentalmente en la enucleación del mismo.

- De no diagnosticarse precozmente los quistes dentígeros pueden causar serias complicaciones que afectan el complejo bucofacial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Raspall G. Patología del esqueleto óseo facial. Cirugía maxilofacial. Patología quirúrgica de la cara boca y cuello. Madrid, España: Editorial panamericana; 2002.
2. Guías prácticas del MINSAP. 2002.
3. Estrada Sarmiento Manuel. Lesiones quísticas asociadas a terceros molares retenidos que requirieron hospitalización. Revista Cubana de Estomatología. 1998; 35(3).
4. Tortorici Silvia, Amodio Emanuele, Massenti Maria F, Buzzanca Maria L, Burrano Francesco, Vitale Francesco. Prevalence and distribution of odontogenic cysts in Sicily: 1986-2005. Journal of Oral Science. 2008; 50
5. Ronda Marisy Henry I, Mauricio González Ana M, Mendoza Hernández Loida. Quiste radicular. A propósito de un caso. Archivo Médico de Camagüey. 2003.
6. Torres Rodríguez Luis E, Marimón Torres Maria E, Morejón Álvarez Felicia C, Camacho Díaz René, León Amado Liseet. Autotransplantes de células madres adultas en defecto óseo de rama mandibular por Quiste Dentígero. Revista de Ciencias Médicas. Diciembre 2011.
7. Antunes Freitas D, Vergara Hernández C, Díaz Caballero A. Quiste dentígero asociado con un diente ectópico en el seno maxilar: Reporte de un caso y revisión de la literatura. Av Odontoestomatol [online]. 2011[citado 3 marzo 2015] Disponible en: http://www.researchgate.net/profile/Antonio_Diaz3/publication.
8. Zindel Deboni Maria Cristina, Aparecida Brozoski Mariana, Aparecida Traina Andreia, Rodrigues Acay. Surgical management of dentigerous cyst and keratocystic odontogenic tumor in children: a conservative approach and 7-year follow-up. Journal of applied oral science. April 2012; 20.
9. Manuel Chiriby Juan, Ballesteros Doris. Tratamiento por marsupialización de extensos quistes odontogénicos en maxilar inferior. Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. 2010.
10. Kirtaniya BC, Sachdev V, Singla A, Sharma AK. Marsupialization: A conservative approach for treating dentigerous cyst in children in the mixed dentition. Journal of Indian Society of Periodontics and Preventive Dentistry. 2010; 28.
11. Monserat Enrique, Gudiño José, Seijas Alberto, Ghanem Ayoubi Alexis, Cedeño Martínez José A. Quiste Dentígero, Presentación de un caso. Ediciones Electrónicas Publicadas. Venezuela. 2002.
12. Calderón Flores, Edwin J. Quiste Dentígero Gigante: A propósito de un caso. Hospital La Caleta. Perú. 2011[citado 3 marzo 2015]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/edwin140260/quiste-dentigero-gigante-a-proposito-de-un-caso>.
13. Morales Navarro Denia, Sánchez Acuña Guillermo, Rodríguez Lay Liliana. Presentación clínica atípica de un quiste Dentígero. Revista Cubana de Estomatología. 2009.
14. Martínez R. Benjamín. Quiste Dentígero (QD) o Coronodentario. Facultad de Odontología Patología Oral / General / Bioestadística / Cariología Unidades de autoaprendizaje. 2015 [citado 3 marzo 2015]. Disponible en: <http://patoral.umayor.cl/patoral/?p=1796>.