



caso
CLÍNICO



Hurtado Celotti, Dolores
Máster en Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de La Paloma. Madrid.

Martínez Rodríguez, Natalia
Profesor del Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de La Paloma. Madrid.

Martínez González, Sandra
Profesor del Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de La Paloma. Madrid.

Rubio Alonso, Luis Jesús
Profesor del Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de La Paloma. Madrid.

Barona Dorado, Cristina
Subdirectora del Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de La Paloma. Madrid.

Martínez-González, José María
Profesor titular de Cirugía Maxilofacial. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid.

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:

José M^º Martínez-González
Facultad de Odontología. UCM.
Madrid
jmargo@odon.ucm.es
hospimar@hotmail.com
Tel.: 913 941 967

Fecha de recepción: 27 de enero de 2015.
Fecha de aceptación para su publicación:
6 de abril de 2015.

ANESTESIA HEMILABIAL POR QUISTE DENTÍGERO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Hurtado Celotti, D., Martínez Rodríguez, N., Martínez González, S., Rubio Alonso, L. J., Barona Dorado, C., Martínez-González, J. M. Anestesia hemilabial por quiste dentígero. A propósito de un caso. *Cient. Dent.* 2015; 12; 2: 105-110.

RESUMEN

Los quistes dentígeros son frecuentes y aparecen en relación a un diente retenido. Al ser el tercer molar inferior el diente que sufre retención más comúnmente, la localización es mandibular en el 70 % de los casos y normalmente son asintomáticos. Se presenta un caso de una paciente de 63 años de edad que acude a la consulta con anestesia hemilabial derecha, a la que, tras el estudio radiológico donde se observaron lesiones compatibles con quiste dentígero, se le realizaron la extracción de los terceros molares inferiores junto con la quistectomía. Se hace una revisión de la literatura para conocer los aspectos más importantes de estos quistes como etiología, clínica y tratamiento más adecuado, así como de los métodos diagnósticos y opciones terapéuticas para trastornos del nervio dentario inferior.

PALABRAS CLAVE

Quiste dentígero; Parestesia; Nervio dentario inferior.

HEMILABIAL ANESTHESIA CAUSED BY DENTIGEROUS CYST. A CASE REPORT

ABSTRACT

The dentigerous cysts are common and they appear associated with impacted teeth. Being the lower third molar the tooth that suffers retention more commonly, the location is mandibular in 70 % of cases and they are usually asymptomatic. A case of a 63 year old woman who came to the dental office with right mandibular anesthesia is reported. Radiographic evaluation revealed lesions compatible with dentigerous cyst so the extraction of third molars and cystectomy were performed. The literature is reviewed to know the most important features of these cysts such as etiology, clinical symptoms and most appropriate treatment as well as diagnostic methods and treatment alternatives for disorders of the inferior alveolar nerve.

KEY WORDS

Dentigerous cyst; Paresthesia; Inferior alveolar nerve.

INTRODUCCIÓN

Los quistes dentígeros son de origen epitelial odontógeno y se deben a alteraciones del desarrollo. Son los segundos más frecuentes después de los quistes radiculares, con una prevalencia de 15-25 %. Generalmente están relacionados con un diente retenido, por lo que es frecuente encontrarlos a nivel del tercer molar y del canino¹⁻³.

La localización preferentemente mandibular, presente en el 70 % de los casos, plantea un problema de diagnóstico diferencial con el ameloblastoma unicístico, ya que las características clínicas y radiológicas son similares. Esta variante, menos agresiva que la multiquistica, constituye en torno al 15 % del total de los ameloblastomas, los segundos tumores orales más frecuentes, después del odontoma. Para diferenciar estas dos patologías el diagnóstico histológico será definitivo⁴⁻⁷.

Normalmente, el quiste dentígero es asintomático por lo que su diagnóstico suele ser casual mediante estudio radiográfico en las primeras décadas de vida. Se observa una lesión radiotransparente, bien delimitada, generalmente unilocular asociada a la corona de un diente retenido. En su crecimiento producen expansión de las corticales óseas, desplazamientos dentarios, rizólisis y pueden llegar a malignizar⁴⁻⁸.

El quiste dentígero no suele producir alteración del nervio dentario inferior. Sin embargo, encontramos en la literatura algunos casos que cursan con parestesia del mismo, como los descritos por Sumer y cols., y Aziz y cols.^{9,10}.

El objetivo de este artículo es presentar el caso clínico de una paciente con quiste dentígero y anestesia asociada y detallar su manejo diagnóstico y terapéutico.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 63 años de edad que acudió a consulta, remitida por su odontólogo, por presentar desde hacía 30 días anestesia hemilabial derecha. La paciente refería que 10 días después del comienzo del episodio se prescribió tratamiento farmacológico con Hidroxil B1-B6-B12 sin obtener respuesta alguna. En la exploración clínica, mediante la prueba de sensibilidad del test de discriminación de dos puntos se detectaron zonas de anestesia en hemilabio derecho (Figura 1). Se solicitó estudio mediante radiografía panorámica y TAC en la cual se observó la existencia de terceros molares inferiores retenidos, 48 en posición vertical y estrecha relación con nervio alveolar inferior y 38 en posición invertida y con idéntica relación con nervio alveolar inferior. De la misma manera, a nivel del 48 se observaba imagen radiotransparente, delimitada, de contornos regulares, de 2x2 cm y situada coronodistalmente. En el 38 la imagen era similar con localización coronaria extendiéndose hacia la basal mandibular (Figuras 2 y 3).

Ante estos hallazgos se informó a la paciente sobre la posibilidad de que las alteraciones sensitivas podían deberse



Figura 1. Área de pérdida de sensibilidad tras el mapeo.



Figura 2. Proyección panorámica en la que se observa 38 y 48 retenidos asociados a lesiones radiotransparentes.

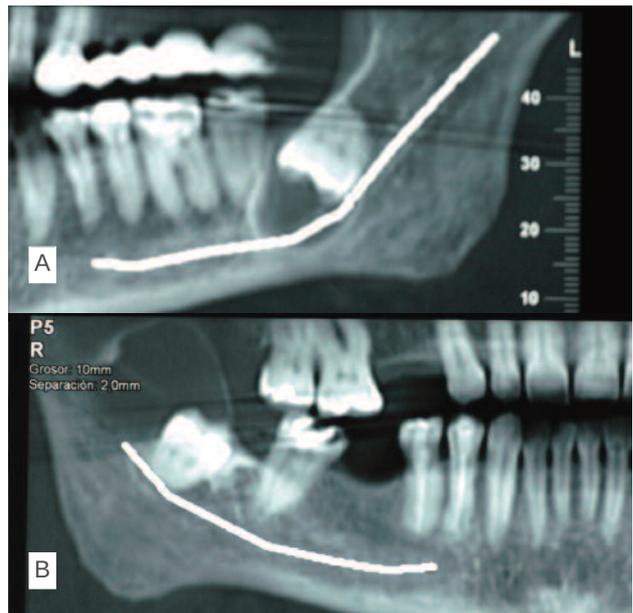


Figura 3. Estudio mediante TAC. A) Lesión radiotransparente coronal sobre 48. B) Lesión radiotransparente asociada a 38 con propagación hacia la basal mandibular.

a la coexistencia del quiste dentígero y del tercer molar, sugiriendo la indicación de tratamiento quirúrgico.

Tras el consentimiento informado, la paciente fue sometida a la extracción de 38 y 48, así como a la quistectomía bilateral (Figuras 4 y 5), remitiéndose las piezas en formaldehído al 10 % para su estudio anatomopatológico.

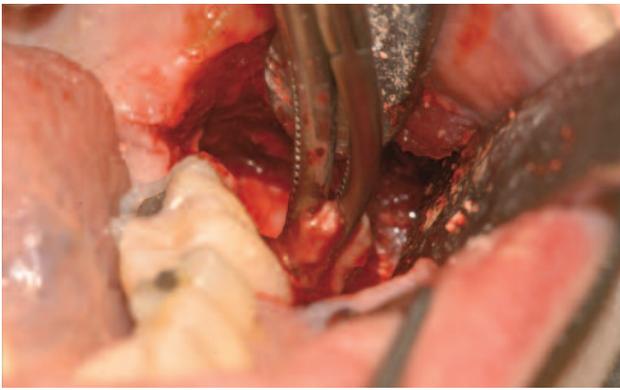


Figura 4. Extracción quirúrgica del 38 mediante odontosección.



Figura 5. Imagen intraoperatoria en la que se observa cápsula quística perforada.

Como pautas postoperatorias se administró Amoxicilina 750 mg cada 8 horas vía oral (vo) y Diclofenaco sódico cada 8 horas (vo), así como Metamizol magnésico 575 mg cada 8 horas (vo) en caso de dolor.

El estudio remitido por el patólogo reveló los siguientes hallazgos microscópicos para ambas piezas:

La pared quística está constituida por una fina banda de tejido conjuntivo inespecífico, poco celular que contienen algunas espículas óseas. Una de sus superficies está tapizada por epitelio dispuesto en 1-3 capas de células, con basal definida, isocarióticas e inactivas. Los núcleos son de baja densidad cromatínica, sin visualizarse nucléolos; no muestran rasgos de diferenciación y maduran sin queratinizar (Figura 6). El estudio inmunohistoquímico revela Índice proliferativo Ki-67: 1% y presencia positiva de Cito-keratinas AE1/AE3.

La paciente fue revisada a las 24, 48 y 96 horas evolucionando de forma favorable y procediéndose a la retirada de sutura a los 8 días.

Durante este intervalo se le sometió a un mapeo en donde se observó una disminución de la pérdida de sensibilidad en el lado derecho y presentando parestesia en el izquierdo (Figura 7). A las tres semanas, se observó una disminución importante en las áreas de pérdida de sensibilidad, alcanzándose la recuperación casi completa a los 45 días (Figura 8).

Tras los controles clínicos de sensibilidad, se observó la recuperación sensitiva bilateral alcanzada al mes de trata-

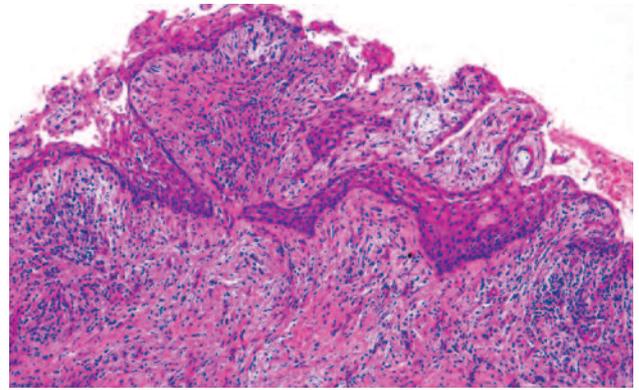


Figura 6. Estudio A-P mediante Hematoxilina-Eosina. Pared del quiste y revestimiento epitelial.

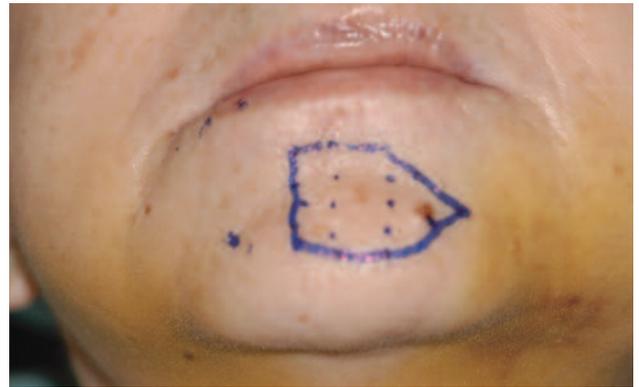


Figura 7. Control postoperatorio con predominio de pérdida de sensibilidad en el hemilabio izquierdo.



Figura 8. Control clínico a los 30 días con notable recuperación de sensibilidad.

miento. La paciente fue revisada mensualmente hasta alcanzar los 6 meses donde se solicitó estudio radiológico mediante proyección panorámica visualizándose una osificación progresiva de ambas cavidades quísticas (Figura 9).

DISCUSIÓN

Los quistes dentígeros, también denominados quistes foli-culares, coronodentarios, embrionarios o del desarrollo, son disembrioplasias que aparecen en diferentes momentos del desarrollo del germen dentario. Proceden del epitelio reducido por degeneración quística del resto del órgano del esmalte en el que se forma un fluido por degeneración de las células epiteliales y aparición de exudado desde los



Figura 9. Proyección panorámica de control realizada a los seis meses.

vasos foliculares, acumulándose entre las células del epitelio del órgano del esmalte reducido o entre la corona y el epitelio. Hay diferentes teorías en cuanto al mecanismo patógeno de estos quistes^{1,4}.

Broca lo atribuía al folículo dentario, distinguiendo tres periodos: embrioplásico, odontoplásico y coronario en el cual se producirían estos quistes. Para Malassez, provienen de restos de epitelio paradentario que proliferarían por un estímulo irritativo y formarían el quiste, que al estar en contacto con un diente retenido, se dejaría perforar por este, insertándose alrededor del cuello dentario. Según Gorlin, los quistes dentígeros derivan también directamente de la lámina dentaria^{1,4,11}.

Con una frecuencia del 15-25 %, los quistes dentígeros son los más frecuentes después de los quistes radiculares. No hay preferencia significativa por géneros, sin embargo en algunos estudios se observa una mayor cantidad de quistes dentígeros en hombres que en mujeres. El motivo de esta diferencia podría estar relacionado con el hecho de que las mujeres tienen un tamaño mandibular más pequeño y se realizan más extracciones profilácticas. Por otra parte, el estudio realizado por Shear y cols¹² refleja que la raza caucásica tiene mayor predisposición a desarrollar quistes dentígeros que la raza asiática o la raza negra.

Histológicamente, están constituidos por una bolsa conjuntivoepitelial, con epitelio estratificado no queratinizado, aunque puede llegar a queratinizarse, y con presencia de cuerpos hialinos de Rushton y células mucosas. En la capa conectiva se encuentra infiltrado linfocitario, células plasmáticas, cristales de colesterol, islotes de epitelio odontógeno y en ocasiones proliferaciones ameloblásticas. El contenido quístico puede ser amarillento, hemático, lechoso o purulento, encontrándose cristales de colesterol, proteínas, células en estado degenerativo y leucocitos^{2,13}.

Al estar en relación con un diente retenido, la localización preferente se encuentra a nivel del tercer molar y del canino, apareciendo un 70 % de los casos en mandibular y 30 % en maxilar. Esta localización preferente junto con el dato de que entre un 15-30 % de los ameloblastomas uniuquisticos derivan de un quiste dentígero y unas características

radiológicas similares, plantea un problema de diagnóstico diferencial entre estas dos patologías^{13,15}.

El ameloblastoma es un tumor benigno, localmente invasivo, de origen epitelial y conocido por su alta recidiva. Suelen aparecer en las primeras décadas de vida sin predilección en cuanto al sexo. Como se ha dicho la localización más frecuente es mandibular posterior, asociado a un diente retenido. Normalmente son asintomáticos y solo en su crecimiento produce deformación por expansión cortical, pudiendo llegar a desaparecer. El análisis histopatológico será fundamental para el diagnóstico definitivo^{14,15}.

Los quistes dentígeros suelen ser asintomáticos, de modo que su diagnóstico suele ser casual, al realizar estudio radiográfico, en las primeras décadas de vida. Se observa una lesión radiotransparente, circunscrita, bien delimitada, generalmente unilocular asociada a la corona de un diente retenido. Aunque se presentan comúnmente como lesiones solitarias, se han observado casos de quistes dentígeros bilaterales o múltiples en pacientes con síndromes como el síndrome nevo basocelular, mucopolisacaridosis y displasia cleidocraneal. También, aunque en ocasiones muy limitadas, se han registrado casos de quiste dentígero bilateral tras el uso prolongado y simultáneo de Ciclosporina A y bloqueantes de los canales de calcio^{2,16-18}.

En su crecimiento evolucionan hacia las láminas externa e interna pudiendo llegar a provocar expansión de las corticales óseas, desplazamientos dentarios, rizólisis y pueden llegar a malignizar. El tratamiento indicado consiste en la enucleación completa del quiste junto con el diente incluido. En niños y en dientes con capacidad funcional, se intentará conservar el diente cuando se vea posibilidad de erupción. En estos casos se puede emplear la marsupialización, la descompresión, el drenaje y la enucleación posterior^{4,8,19-20}.

El quiste dentígero no suele producir alteración del nervio dentario inferior. Sin embargo, encontramos en la literatura algunos casos que cursan con parestesia del mismo, como los descritos por Sumer y cols.,⁹ y Aziz y cols.,¹⁰. Los primeros informan del caso de un paciente varón de 43 años con una lesión mandibular de gran tamaño asociada a canino, primer y segundo premolar incluidos, causando parestesia del nervio dentario inferior. Tras la biopsia con punción aspiración con aguja fina (PAAF) mediante la cual se estableció un diagnóstico de presunción de quiste dentígero, se realizó la quistectomía y extracción de los dientes relacionados. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico. Un año después de la cirugía, el paciente había recuperado totalmente la función sensorial. En el segundo caso se trató a una paciente mujer de 45 años que acudió a consulta tras varios meses refiriendo parestesia del hemilabio derecho en aumento. Mediante radiografía panorámica se observó una lesión extensa, unilocular, bien definida y radiotransparente que rodeaba la corona del tercer molar incluido y la raíz distal del segundo molar. La paciente fue sometida a la extracción de los dientes mencionados así

como a la eliminación de la patología observada. Igual que en el caso anterior, con estudio histopatológico se confirmó el diagnóstico de quiste dentígero. La recuperación sensitiva comenzó al mes de la intervención quirúrgica completándose a los tres meses^{9,10}.

La anestesia consiste en la pérdida total de sensibilidad mientras que la parestesia es una sensación anormal que el paciente puede referir como dolor, entumecimiento, pinchazos, hormigueos, molestias, ardor, frío o quemazón. El diagnóstico de las lesiones del nervio dentario debe incluir una historia clínica detallada, un examen clínico y un test de la función sensorial. Los utilizados de forma convencional incluyen el test de discriminación táctil, el test de Weber de discriminación entre dos puntos, el test de discriminación térmica y el mapeo o test del pinchazo. Estos test cuentan con un importante inconveniente, la subjetividad, ya que se basan únicamente en lo que el paciente refiere. Para aportar objetividad, se pueden utilizar otros métodos como los electrodiagnósticos, entre los que podemos encontrar la electromiografía, el test de potenciales evocados o la termografía²¹.

En el caso que nos ocupa se realizaron el test de discriminación táctil, que consiste en la aplicación de presión sobre la piel con un pequeño instrumento, algodón o filamento, a fin de establecer si se produce o no respuesta y, por tanto, podemos evaluar la sensibilidad superficial. Así mismo, para evaluar la sensibilidad profunda se realizó el test del pinchazo o mapeo, en el que tocando la piel del paciente con un objeto punzante se valora si lo nota o no, o si discrimina entre pinchazo o estímulo romo. Estos medios diagnósticos se utilizaron en un primer momento y en sucesivas revisiones a las que se sometió la paciente. La monitorización de la función sensorial a lo largo del tiempo permite conocer si existe o no recuperación de la misma²¹.

En el caso de lesiones del nervio dentario, las posibilidades terapéuticas que existen son múltiples y variadas. Se divi-

den en farmacológicas y quirúrgicas y sus indicaciones variarán en función del caso. Dentro de las posibilidades farmacológicas la más común es la administración de complejos de vitamina B. Los estudios sobre su uso específico en el tratamiento de las lesiones del nervio dentario inferior son inexistentes pero es posible encontrar estudios que muestran efectos beneficiosos en algunos trastornos neurológicos como neuralgia del trigémino. Estos efectos parecen basarse en su acción analgésica y antiinflamatoria y en la capacidad de regenerar en cierta medida el tejido nervioso dañado. Si la desaparición o mejoría de los síntomas no se produjera se deben valorar otras alternativas terapéuticas. Si bien la utilización de estos complejos sigue siendo prácticamente la norma en la mayoría de los pacientes con trastornos neurológicos, su mecanismo de acción sigue sin estar claro²².

Al observar la recuperación sensitiva bilateral al mes de la quistectomía, parece evidente que el quiste dentígero era la causa de la anestesia hemilabial derecha. Sin embargo, la razón de que esto ocurriera sigue siendo desconocida. Algunas de las posibilidades propuestas son que se produce de manera secundaria a la inflamación de la pared quística o que puede ser causada por una simple compresión mecánica del paquete vasculonervioso al expandirse el quiste. Esto plantea la duda de por qué el quiste dentígero produce estos síntomas tan raramente teniendo en cuenta la prevalencia de esta patología^{9,10}.

CONCLUSIÓN

Aunque normalmente no sea una característica clínica del quiste dentígero, en algunas ocasiones se producen trastornos del nervio alveolar inferior provocando alteraciones como la anestesia o la parestesia, por ello se debe recalcar la importancia de un correcto diagnóstico y manejo terapéutico así como la necesidad de realizar más estudios para conocer el mecanismo por el que se produce la alteración de la capacidad sensitiva.



BIBLIOGRAFÍA

1. Donado M, Martínez-González JM. Cirugía bucal. Patología y técnica. 4ª ed. Elsevier Masson. 2013: 499-502.
2. Daley TD, Wysocki GP. The small dentigerous cyst. A diagnostic dilemma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 79(1): 77-81.
3. Zhang LL, Yang R, Zhang L, Li W, MacDonald-Jankowski D, Poh CF. Dentigerous cyst: a retrospective clinicopathological analysis of 2082 dentigerous cyst in British Columbia, Canada. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2010; 39(9): 878-82.
4. MacDonald-Jankowski D, Chan KC. Clinical presentation of dentigerous cysts: systematic review. *Asian J Oral Maxillofac Surg* 2005; 17: 109-20.
5. Dunsche A, Babendererde O, Lüttges J, Springer IN. Dentigerous cyst versus unicystic ameloblastoma — differential diagnosis in routine histology. *J Oral Pathol Med* 2003; 32(8): 486-91.
6. Singh A, Shaik S, Samadi FM, Shrivastava S, Verma R. Maxillary unicystic ameloblastoma: a review of the literature. *Natl J Maxillofac Surg* 2011; 2(2): 163-8.
7. Nadendla LK. Unusual imaging appearance of unicystic ameloblastoma. *Contemp Clin Dent* 2012; 3(4): 475-7.
8. Buyukkurt MC, Omezli MM, Miloglu O. Dentigerous Cyst associated with an ectopic tooth in the maxillary sinus: a report of 3 cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010; 109(1): 67-71.
9. Sumer M, Bas B, Yildiz L. Inferior alveolar nerve paresthesia caused by a dentigerous cyst associated with three teeth. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007; 12: E388-90.
10. Aziz SR, Pulse C, Dourmas MA, Roser SM. Inferior alveolar nerve paresthesia associated with a mandibular dentigerous cyst. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60(4): 457-9.
11. Peña CA, Wenedikter D, Peña DM, Freipinger M. Quiste dentigero. *Rev Cir Argent Odontol* 2011; 38(212): 16-20.
12. Shear M, Speight P. Dentigerous cyst. In: *Cyst of the oral and maxillofacial regions* 4th ed. St. Louis: Oxford Wright Inc. 2007: 59-75.
13. Parul B, Purv P. Recurrent dentigerous cyst with malignant transformation of cyst lining—a case report. *J Pierre Fauchard Acad (Indian Section)* 2012; 26: 59-63.
14. Chen NY, Nambiar P. Radiological features of different histopathological variants of ameloblastomas. *Malays Dent J* 2008; 29(1): 14-9.
15. Kamasaki Y, Sasaki Y, Fujiwara T. Management of an extensive dentigerous cyst in a 12-year-old boy. *Pediatr Dent J* 2009; 19(2): 234-9.
16. Ustuner E, Fitoz S, Atasoy C, Erden I, Akyar S. Bilateral maxillary dentigerous cysts: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003; 95: 632-5.
17. Tournas AS, Tewfik MA, Chauvin PJ, Manoukian JJ. Multiple unilateral maxillary dentigerous cysts in a non-syndromic patient: a case report and review of the literature. *Int J Pediatr Otorhi* 2006; 1:100-6.
18. Prabhakar V, Sandhu SV. Nonsyndromic bilateral maxillary dentigerous cysts: review of the literature and report of an unusual case. *Int J Pediatr Otorhi* 2011; 6: 5-8.
19. Hu H, Chang L, Tsai A. Conservative treatment of dentigerous cyst associated with primary teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011; 112: e5-e7.
20. Hou R, Zhou H. Articles of marsupialization and descompression on cystic lesions of the jaws: a literature review. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol* 2013; 25: 299-304.
21. Sanz J, Barona C, Cáceres E, Fernández F, Martínez-González JM. Medios diagnósticos en las lesiones del nervio dentario inferior. *J Am Dent Assoc (Edic Española)* 2011; 6(5): 232-6.
22. Sanz J, López-Quiles J, Santos J, Rubio LJ, Martínez-González JM. Posibilidades terapéuticas en las lesiones del nervio dentario. *J Am Dent Assoc (Edic Española)* 2011; 6(6): 244-9.