



caso
clínico



Salido Iniesta, N.
Residente del Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma. Práctica privada.

Leco Berrocal, I.
Profesora de Odontología Universidad Europea de Madrid (UEM). Profesora del Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma.

Martínez-Rodríguez, N.
Profesor del Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma.

Barona-Dorado, C.
Doctora. Profesora contratada de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología Universidad Complutense de Madrid (UCM).

Martínez -González, J. M.
Profesor Titular de Cirugía Bucal y Maxilofacial Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid (UCM).

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECS
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:

Dra. Nuria Salido Iniesta
C/ de la Loma 1.
28003 Madrid
sain.nuria89@gmail.com
Tel. 690129109

Fecha de recepción: 1 de junio de 2017.
Fecha de aceptación para su publicación:
16 de octubre de 2017.

Tratamiento quirúrgico de quistes dentígeros asociados a terceros molares: Presentación de dos casos clínicos y revisión de la literatura

Salido Iniesta N, Leco Berrocal I, Martínez-Rodríguez N, Barona-Dorado C, Martínez-González J.M. Tratamiento quirúrgico de quistes dentígeros asociados a terceros molares: presentación de dos casos y revisión de la literatura. *Cient. Dent.* 2017; 14; 3; 187-192

RESUMEN

Introducción. El quiste dentígero es un quiste odontógeno del desarrollo de origen epitelial, siendo el más común después del radicular. Generalmente se asocia con la corona de dientes permanentes impactados o no erupcionados y su aparición es más frecuente en varones durante la segunda década de la vida. Los dientes que suelen verse más afectados son los terceros molares mandibulares, seguido de los caninos maxilares. A causa de su curso asintomático, el diagnóstico suele realizarse por hallazgo casual en radiografías panorámicas rutinarias. Para el diagnóstico definitivo es indispensable la realización de la anatomía patológica.

Caso clínico. Se presenta el caso clínico de dos mujeres de 60 y 42 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, remitidas al servicio de Cirugía Bucal del Hospital Virgen de la Paloma, presentando una imagen radiográfica radiotransparente asociada a la corona del tercer molar inferior izquierdo sin sintomatología asociada. Tras realizar la extracción quirúrgica de los cordales afectados y la lesión quística asociada, se obtiene el diagnóstico definitivo mediante la anatomía patológica, posteriormente se realizan controles clínicos y radiográficos de la zona.

Conclusiones. El quiste dentígero representa el segundo quiste odontógeno más frecuente después del quiste radicular en terceros molares retenidos. Es importante el examen radiográfico periódico de terceros molares incluídos para el diagnóstico y tratamiento de esta entidad patológica.

PALABRAS CLAVE

Quiste dentígero; Terceros molares; Tratamiento quirúrgico.

SURGICAL TREATMENT OF DENTIGEROUS CYSTS ASSOCIATED TO THIRD MOLARS: TWO CASE REPORTS AND A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Introduction. A dentigerous cyst or follicular cyst is defined as a developmental odontogenic cyst of an epithelial origin which represents the second most common entity after the radicular cyst.

Generally it is associated with the crown of a permanent unerupted tooth (or semi-erupted) and it tends to be more frequent in males during the second decade of life. The most common location of dentigerous cyst are mandibular third molars followed by the maxillary canines. Due to its asymptomatic behaviour, the diagnosis is reached by routine panoramic radiography, however, the anatomopathologic analysis will define its nature.

Case Report. A case report of a 42 and 60 year old females with no medical history of interest, referred to the Oral Surgery Service of the Hospital Virgen de la Paloma with a radiotransparent images surrounding the crown of the lower left third molar without associated symptoms.

After the extraction of the teeth, cystic lesions are sent for anatomopathological study, which confirm the presumption diagnosis, dentigerous cyst.

Patients carried out posterior follow ups showing a positive healing of the bone around the surgical area.

Conclusions. Dentigerous cyst represents the second most frequent odontogenic cyst after the radicular cyst at mandibular third lower molars.

It is essential to monitor retained mandibular lower third molars for the incipient approach of the pathology.

KEY WORDS

Dentigerous cyst; Third molars; Surgical treatment.

INTRODUCCIÓN

El tercer molar es el último diente permanente en erupcionar en la cavidad oral y suele ocurrir en el inicio de la vida adulta, presentándose frecuentemente impactado, sumando el 98% de todos los casos de dientes retenidos¹.

La patología asociada al tercer molar puede definirse como un conjunto de fenómenos patológicos frecuentes y polimorfos provocados por la evolución del mismo, desde su formación hasta su erupción y posicionamiento definitivos en la arcada, pudiéndose dividir en accidentes infecciosos, mecánicos, reflejos y tumorales².

Entre las afecciones más comunes se encuentran la pericoronaritis, caries, periodontitis, lesiones quísticas, tumores ya sean benignos o malignos y reabsorciones radiculares de dientes adyacentes³.

En cuanto a los procesos tumorales, se han descrito como relativamente habituales, en especial en los terceros molares inferiores, siendo la entidad más frecuente el quiste dentífero o folicular⁴.

Se entiende por quiste dentífero al quiste odontógeno del desarrollo de origen epitelial más común después del radicular, localizado en dientes retenidos alrededor de la corona no erupcionada, especialmente en molares. Normalmente suele aparecer en cordales mandibulares, seguido de los caninos maxilares, primer premolar superior y tercer molar superior. Es una entidad igualmente frecuente en ambos géneros, predominando ligeramente en el masculino^{5,6}.

Etiopatológicamente, muchos autores creen que el desarrollo del quiste dentífero coincide con la terminación de la formación del esmalte y que consiste en el acúmulo de fluido entre el epitelio reducido del esmalte y el propio esmalte o directamente en el interior del mismo cursando normalmente asintomático en estadios iniciales, salvo cuando se desencadena la infección secundaria⁷.

El hallazgo suele ser radiográfico en la mayoría de los casos, y su apariencia suele asociarse con una imagen radiotransparente, redondeada y bien definida guardando íntimo contacto con la corona del diente afectado^{8,9}.

El tratamiento de elección consiste en la enucleación del quiste conjuntamente con el diente afectado y el diagnóstico definitivo de quiste dentífero se alcanza mediante el análisis histopatológico de la lesión una vez extraída.

El propósito del presente trabajo es la realización de una revisión de la literatura en la que se pretende evaluar la frecuencia de quistes dentíferos asociados a terceros molares, así como la presentación de dos casos clínicos en los cuales los pacientes presentan quiste dentífero asociados al tercer molar.

FRECUENCIA DEL QUISTE DENTÍFERO

Se seleccionaron varios trabajos que analizaban la frecuencia de la patología quística y tumoral en terceros molares, en pacientes que acudían para la extracción de terceros molares impactados, ya fuese por causa profiláctica como por terceros molares con patología previa diagnosticada radiográficamente (Tabla).

La frecuencia de quistes y tumores encontrada oscilaba del 1,54% al 100% de los casos y dentro de ésta, el quiste dentífero representó del 24,1% hasta el 100% de los casos.

De los artículos revisados en la literatura, el quiste dentífero constituye el primer quiste odontogénico más frecuente asociado a terceros molares retenidos^{7,10}.

En cuanto a la frecuencia de aparición bajo los parámetros de género y edad, se observó que el género masculino fue el más comúnmente afectado y la edad media de aparición se situó en los 30 años.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos a continuación dos casos clínicos de pacientes que acudieron al Servicio de Cirugía Bucal del Hospital Virgen de la Paloma remitidos por su odontólogo.

En ambos casos se trata de dos pacientes de sexo femenino de 60 y 42 años respectivamente, sin antecedentes patológicos de interés, que acuden remitidas por su odontólogo para valorar imagen radiográfica asociada a la corona del tercer molar inferior izquierdo. En ningún caso se refiere sintomatología y tras el estudio radiológico mediante radiografía panorámica,

Tabla. Frecuencia de quistes dentíferos asociados a terceros molares.

AUTOR, AÑO	Nº PACIENTES	EDAD	SEXO	QUISTES Y TUMORES	FRECUENCIA QUISTE DENTÍFERO	LOCALIZACIÓN
Wali GG y cols ¹¹ , 2012	30	18-30	-	23,3%	100%	Mandíbula
Patil S y cols ³ , 2004	4.133	17-67	89 hombres 45 mujeres	4,76%	99%	28 Maxilar 106 Mandíbula
Vigneswaran AT y cols ¹⁷ , 2015	2778	20-30	-	1,54%	24,1%	Mandíbula
Adaki y cols ¹ , 2013	73	17-35	37 hombres 36 mujeres	23,3%	94,1%	Mandíbula
Lee JH y cols ⁸ , 2014	81	-	53 hombres 28 mujeres	100%	77,8 %	Mandíbula



Figura 1. Radiografía panorámica. Caso 1.

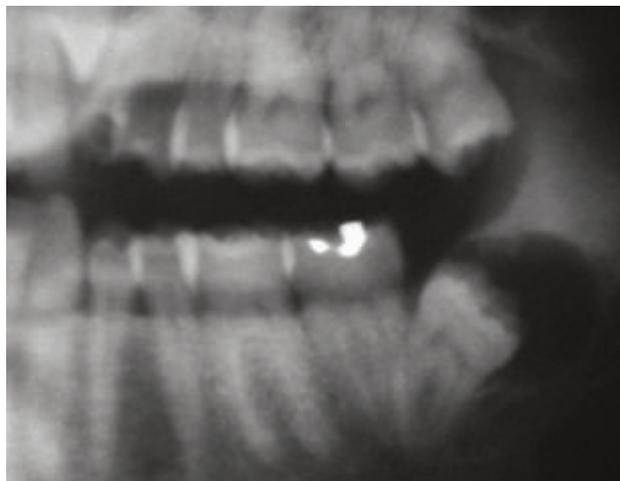


Figura 2. Radiografía panorámica. Caso 2.

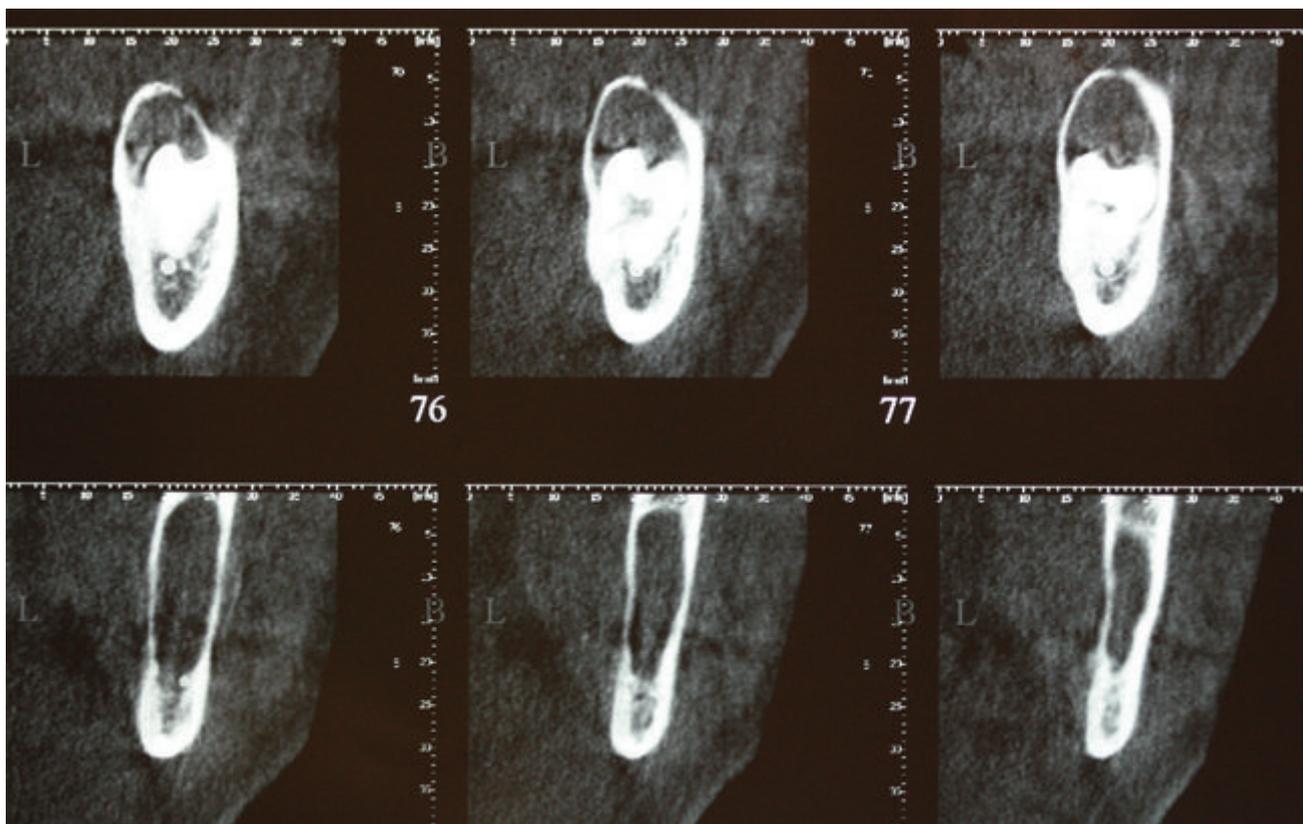


Figura 3. Cortes tomográficos, se observa proximidad del molar al nervio dentario inferior. Caso 1.

se evidencia una imagen radiotransparente de unos 3 cm y 2 cm respectivamente asociadas al tercer molar inferior izquierdo (Figuras 1 y 2).

Dada la proximidad de ambos terceros molares al nervio dentario inferior se realizó un estudio tomográfico, donde se confirmó la cercanía del mismo a las raíces de ambos molares y la extensión del área radiotransparente (Figuras 3 y 4).

Una vez obtenidas ambas pruebas diagnósticas se informa a las pacientes de la necesidad de la extracción quirúrgica del tercer molar y se procede a la remoción del mismo después de la firma del consentimiento informado.

La intervención quirúrgica se realiza mediante una incisión festoneada lineal con descarga posterior y despegamiento mucoperiostico exponiendo el hueso para llevar a cabo la osteotomía liberadora. Se procede a la exéresis de la lesión, en el caso 1, y posterior extracción del diente (Figura 5). En el caso 2 se realizó, tras la luxación del mismo, la odontosección coronal realizando la extracción de la corona y la posterior remoción de la raíz, la cual se encuentra unida al tejido de la lesión (Figura 6).

Antes de proceder a la sutura de los tejidos blandos, con sutura de tres cerros, se procedió a irrigar con suero fisiológico

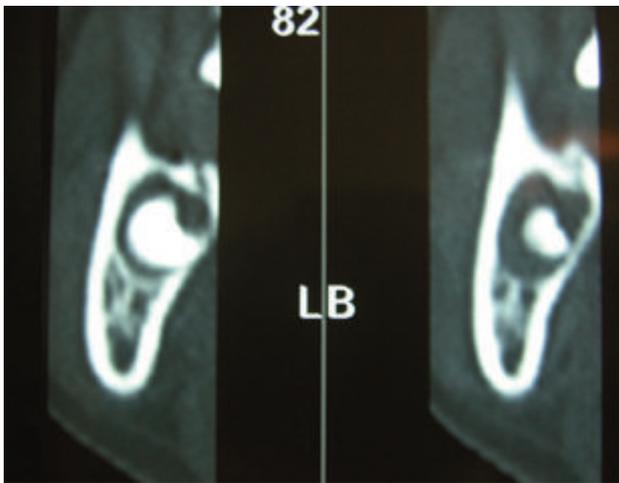


Figura 4. Cortes tomográficos. Caso 2.

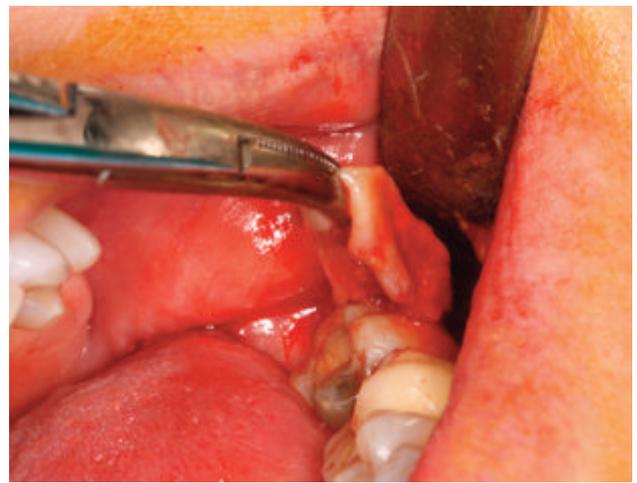


Figura 5. Quistectomía. Caso 1.



Figura 6. Extracción del 38 con lesión quística asociada. Caso 2.



Figura 7. Osificación de la lesión a los 12 meses. Caso 1.



Figura 8. Osificación de la lesión a los 12 meses. Caso 2.

el área quirúrgica para asegurarnos que no queden restos óseos.

Como tratamiento postoperatorio se prescribió un antibiótico (Amoxicilina 750 mg 3 veces al día durante 7 días), un antiinflamatorio (Diclofenaco sódico 50 mg cada 8 horas durante

3-4 días) y un analgésico de rescate en caso de dolor (Metamizol magnésico 575 mg).

Se realizó el estudio anatomopatológico confirmando el diagnóstico de quiste dentígero el cual consiste en una bolsa conjuntivoepitelial en la que el epitelio es estratificado muy fino y regular no queratinizado y consta de cuerpos hialinos de Rushton y células mucosas. La capa conectiva está formada por haces colágenos con infiltrados de linfocitos, células plasmáticas, cristales de colesterol y pequeños islotes de epitelio odontógeno.

Posteriormente se realizaron controles clínicos y radiográficos a los 7 días, coincidiendo con la retirada de la sutura, 3 meses y un año después de la intervención (Figuras 7 y 8).

DISCUSIÓN

El quiste dentígero representa el segundo tipo de quiste odontógeno más frecuente en terceros molares retenidos^{7,10}.

La edad de aparición suele oscilar entre los 20 y 30 años, viéndose incrementado el riesgo de sufrir cambios patológicos en el folículo dental a medida que aumenta la edad del paciente¹¹. En nuestro caso, ambas pacientes tenían una edad superior, entre los 60 y 42 años.

Asimismo, la literatura refleja una mayor frecuencia de presencia de género masculino en la aparición de la entidad de quiste dentígero^{10,12}, a pesar de que en los casos clínicos expuestos dicha patología se encontró en mujeres.

La mayoría de terceros molares retenidos suelen ser asintomáticos y el hallazgo es casual, generalmente mediante técnicas de diagnóstico por imagen, muy comúnmente utilizadas en la actualidad como es el caso de la radiografía panorámica¹³. En los casos expuestos anteriormente, el diagnóstico fue realizado de la misma manera, sin embargo la proximidad al nervio dentario inferior en ambos casos hizo aconsejable la obtención de un estudio tomográfico con el fin de conseguir una cirugía sin eventualidades, evitando la lesión del nervio.

El saco pericoronario que rodea la corona del tercer molar retenido constituye inicialmente la guía para determinar la presencia o no de quiste asociado al mismo, es por ello que en la literatura se ha estudiado la importancia de las dimensiones del tamaño del saco con la finalidad poder establecer el límite de lo patológico. Según Farah y Savage y cols.,¹⁴, un saco pericoronario de 2,5 mm observado mediante radiografía intraoral y mayor a 3 mm según una radiografía panorámica debería ser objeto de análisis más riguroso. Artigas y cols.,¹⁵ observaron que en imágenes radiotransparentes asociadas a terceros molares con tamaño menor a 2,4 mm se encontraban un porcentaje elevado de quistes dentígeros. Por otro lado, Saravana y cols.,¹⁶ y Adaki y cols.,¹ analizaron muestras de terceros molares retenidos con un tamaño de saco pericoronario menor a 2,4 mm y 2,5 mm respectivamente y se encontró un porcentaje de cambios quísticos compatibles con diagnóstico de quiste dentígero del 23 al 46%. Saravana y cols.,¹⁶ aconsejan la extracción profiláctica de terceros molares como actitud terapéutica ante sacos pericoronarios de menor tamaño para prevenir complicaciones futuras, mientras que Adaki y cols.¹ sugieren seguimientos radiológicos periódicos de los sacos foliculares sospechosos y análisis histopatológico de los mismos después de la extracción del tercer molar en cuestión teniendo en cuenta el grado de impactación del mismo y la edad del paciente.

Así pues, se presentan diversas actitudes terapéuticas profilácticas a seguir en la literatura atadas a controversia, tales como el análisis anatomopatológico de todos los sacos foliculares de terceros molares impactados detectados radiológicamente, dado el alto riesgo de que se trate de un quiste dentígero o la extracción profiláctica del terceros molares retenidos sintomáticos o asintomáticos en fases tempranas¹⁷.

No obstante, el abordaje profiláctico quirúrgico ha sido puesto en duda ya que conlleva una alta morbilidad y riesgo elevado de lesión irreversible el nervio dentario inferior, así como complicaciones derivadas de la ejecución de la propia cirugía³.

Así pues, se considera necesario el seguimiento radiológico rutinario de terceros molares retenidos para el abordaje quirúrgico en caso de patología. Dado que en un gran número de casos es difícil discernir entre la imagen radiográfica de un saco folicular y el quiste dentígero asociado a terceros molares retenidos, el diagnóstico se basa en los hallazgos histológicos tras el análisis anatomopatológico¹³. El tratamiento habitual será la extracción del diente y de la imagen radiotransparente asociada, para su posterior análisis en el laboratorio.

En cuanto a la cicatrización y regeneración óseas después de la remoción quirúrgica del quiste, Chacko y cols.,¹⁸ y Chiapasco y cols.,¹⁹ observaron una reducción del tamaño de la cavidad residual postextracción espontánea del 12% a los 6 meses, 43% a los 9 meses, 81% a los 12 meses y 91% a los 2 años tras la cirugía, lo cual representa una simplificación de la técnica quirúrgica y reduce las complicaciones postoperatorias relacionadas con la regeneración del defecto. Nuestras pacientes fueron revisadas a la semana, a los 3 meses y al año del procedimiento quirúrgico observándose una correcta osificación y cicatrización de los tejidos con la recuperación total de la zona afectada.

Otro aspecto importante desde el punto de vista del éxito del procedimiento quirúrgico realizado es la tasa de recidiva que presenta este tipo de lesiones. La técnica quirúrgica para la remoción del quiste dentígero comprende la enucleación o el curetaje y en caso de gran tamaño la descompresión y marsupialización a través de un abordaje intra o extraoral⁶. La recurrencia después de la enucleación por si sola se ha cuantificado desde el 11% al 18% según Stoelinga y cols.,²⁰ y Zhao y cols.,²¹, no obstante, nuestras pacientes presentaron una osificación completa y definitiva después de la enucleación de ambos quistes.

CONCLUSIONES

La frecuencia de quistes dentígeros asociados a terceros molares, así como su diagnóstico principalmente radiográfico, nos plantea la necesidad de realizar una extracción profiláctica de los mismos, en aquellos casos donde se observe un aumento de tamaño del saco pericoronario, no existiendo en la actualidad un consenso sobre cuándo se debe realizar la extracción.



BIBLIOGRAFÍA

1. Adaki SR, Yashodadevi BK, Sujatha S, Rakesh N, Adaki R. Incidence of cystic changes in impacted lower third molar. *Indian J Dent Res* 2013; 24 (2):183-87.
2. Donado M. Quistes odontógenos del desarrollo. Otros quistes. En: Donado M, Martínez JM. Cirugía bucal. Patología y técnica. 4ª Ed. Masson, Madrid, 2014:499-514.
3. Patil S, Halgatti V, Khandelwal S, Santosh BS, Maheshwari S. Prevalence of cysts and tumors around the retained and unerupted third molars in the Indian population. *J Oral Biol Craniofac Res* 2014; 4 (2): 82-87.
4. Gay Escoda C, Piñera Penalva M, Velasco Vivancos V, Berini Aytés L. Cordales incluidos. Patología, clínica y tratamiento del tercer molar incluido. En Gay Escoda C, Berini Aytés L. Tratado de cirugía oral 2 Ed. Ergon, Barcelona, 2015:355-385.
5. Bharath KP, Revathy V, Poornima S, Subba Reddy VV. Dentigerous cyst in an uncommon site: a rare entity. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2011; 29 (6 Suppl 2): S99-103.
6. Yüzügüllü B, Araz K. Validity of conventional surgical treatment methods for mandibular dentigerous cysts. Two case reports. *N Y State Dent J*. 2011; 77 (2): 36-9.
7. Devi P, Thimmarasa VB, Mehrota V, Agarwal M. Multiple dentigerous cysts: a case report and review. *J Maxillofac Oral Surg* 2015; 14 (Suppl 1): 47-51.
8. Lee JH, Kim SM, Kim HJ, Jeon KJ, Park KH, Huh JK. Characteristics of bony changes and tooth displacement in the mandibular cystic lesion involving the impacted third molar. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg* 2014; 40 (5): 225-32.
9. Li N, Gao X, Chen Z, Zhu L, Wang J, Liu W. Prevalence of developmental odontogenic cysts in children and adolescents with emphasis on dentigerous cyst and odontogenic keratocyst (keratocyst odontogenic tumor). *Acta Odontol Scand* 2014; 72 (8): 795-800.
10. Johnson NR, Gannon OM, Savage NW, Batstone MD. Frequency of odontogenic cysts and tumors: a systematic review. *J Investig Clin Dent* 2014; 5 (1): 9-14.
11. Wali GG, Sridhar V, Shyla HN. A study on dentigerous cystic changes with radiographically normal impacted mandibular third molars. *J Maxillofac Oral Surg* 2012; 11 (4): 458-65.
12. Kambalimath DH, Kambalimath HV, Agrawal SM, Shingh M. Prevalence and distribution of odontogenic cyst in indian population: a 10 year retrospective study. *J Maxillofac Oral Surg* 2014; 13 (1): 10-5.
13. Jindal G, Batra H, Kaur S, Vashist D. Dentigerous Cyst associated with mandibular 2nd molar: an unusual entity. *J Maxillofac Oral Surg* 2015; 14 (Suppl 1): 154-7.
14. Farah CS, Savage NW. Pericoronal radiolucencies and the significance of early detection. *Aust Dent J* 2002; 47 (3): 262-266.
15. Artigas AM, Leco MI, Fernández F, Barona C, Martínez-González JM. Revisión sistemática sobre el diagnóstico diferencial de lesiones radiotransparentes asociadas a terceros molares. *Cient Dent* 2014; 11 (3): 37-42.
16. Saravana GH, Subhashraj K. Cystic changes in dental follicle associated with radiographically normal impacted mandibular third molar. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2008; 46 (7): 552-3.
17. Vigneswaran AT, Shilpa S. The incidence of cysts and suppl tumors associated with impacted third molars. *J Pharm Bioallied Sci* 2015; 7 (Suppl 1): S251-S25.
18. Chacko R, Kumar S, Paul A, Arvind. Spontaneous bone regeneration after enucleation of large jaw cysts: a digital radiographic analysis of 44 consecutive cases. *J Clin Diagn Res* 2015; 9 (9): ZC84-9.
19. Chiapasco M, Rossi A, Motta JJ, Crescentini M. Spontaneous bone regeneration after enucleation of large mandibular cysts: A radiographic computed analysis of 27 consecutive cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58 (9): 942-48.
20. Stoelinga PJ. Long-term follow-up on keratocysts treated according to a defined protocol. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2001; 30 (1): 14-25.
21. Zhao YF, Wei JX, Wang SP. Treatment of odontogenic keratocysts: a follow-up of 255 Chinese patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94 (2):151-6.