



## X Simposio Visión Salud Bucal IX Taller sobre Cáncer Bucal

### **Quiste dentígero en niños. Presentación de dos casos.**

**Autores:** Dra. Gretel Rivas Pérez, Dr. Leonardo Atienza Lois, Dr. Disney Tablada Peralta, Dra. Amarelys Morera Pérez, Dra. Ivette Álvarez Mora, Dra. Clotilde Mora Pérez

### **RESUMEN**

**Introducción:** El quiste dentígero es un quiste odontogénico de malformación y origen epitelial, siendo el segundo tipo más común dentro de este grupo, comprendiendo cerca del 20% de todos los quistes encontrados en los maxilares. Radiográficamente el quiste dentígero se manifiesta como una área radiolúcida unilocular bien definida asociada a la corona de un diente no erupcionado. Es considerada una patología rara en niños. **Objetivo:** alertar sobre la aparición del quiste dentígero en edades tempranas y la importancia de su diagnóstico e intervención oportuna. **Presentación de los casos:** Se presentan dos casos de niños de 12 y 5 años que fueron remitidos a la consulta de cirugía maxilofacial por aumento de volumen, mediante las radiografías se comprueban imágenes compatible con quiste dentígero. Se realiza el tratamiento quirúrgico para enuclear los quistes, ambos han tenido buena evolución. **Conclusiones:** Los casos que aquí se exponen fueron pacientes diagnosticados de forma oportuna a edades, donde, no es común la presencia del quiste dentígero, pero ello no quiere decir que no puedan encontrarse en esta etapa del crecimiento, en ambos casos se realizó la enucleación del mismo logrando buen resultado y evolución satisfactoria.

**Palabras claves:** diente no erupcionado, quiste dentígero, enucleación.

### **INTRODUCCIÓN**

Los quistes de los maxilares constituyen un conjunto variado de entidades de origen odontogénico y no odontogénicos, benignos y malignos. Si bien son poco

habituales, su frecuencia es mayor en adultos. Los quistes odontogénicos representan, aproximadamente, el 35% de los quistes maxilares. <sup>(1)</sup>

El quiste dentígero es un quiste odontogénico de malformación y origen epitelial, según la clasificación de tumores realizada por la Organización Mundial de la Salud. El quiste dentígero es el segundo en frecuencia de aparición después del quiste radicular. <sup>(2)</sup>

Existe también la hipótesis de que el quiste dentígero se desenvuelva a partir de la proliferación de células del folículo luego de la erupción impedida. Esa proliferación celular resulta en un aumento de la tensión osmótica, y consecuentemente, ocurre la formación del quiste dentígero. Otra hipótesis para la etiopatogénesis del quiste dentígero es la inflamación periapical proveniente de dientes deciduos no vitales. El proceso inflamatorio periapical estimularía el folículo del diente permanente no erupcionado, lo que resultaría en la formación del quiste dentígero. <sup>(3)</sup>

El quiste dentígero es el segundo tipo más común de quiste odontogénico, comprendiendo cerca del 20% de todos los quistes encontrados en los maxilares. Su origen está relacionado con acúmulo de líquido entre el epitelio reducido del órgano del esmalte de la corona de un diente no brotado. <sup>(3, 4)</sup>

Existen varias teorías que tratan de explicar el origen de un quiste dentígero, una de ellas plantea que se origina después que la corona del diente terminó su formación y se produce acumulación del líquido entre el órgano del esmalte y la corona del diente. <sup>(5)</sup> El acúmulo del fluido parece ser resultado de la presión ejercida por el diente en erupción en el folículo pericoronario (epitelio reducido del órgano del esmalte), obstruyendo así el flujo venoso y generando el acumulo de líquidos y formación quística.

Debido a que el quiste dentígero se considera una patología rara en niños, nos hemos propuestos como objetivo alertar sobre la aparición del quiste dentígero en edades tempranas y la importancia de su diagnóstico e intervención oportuna.

## **PRESENTACIÓN DE LOS CASOS**

### **Caso 1**

Paciente masculino de 12 años de edad, de procedencia rural, mestizo, con antecedentes de salud aparente. La madre refiere un embarazo que cursó sin alteraciones. El parto fue eutócico a las 39 semanas y el peso al nacer de 3200 gramos. Fue visto hace más o menos 6 meses en consulta de urgencia de la Clínica estomatológica del municipio Santa Isabel de las Lajas y posteriormente remitido a la consulta de Cirugía Maxilofacial del Hospital Pediátrico Universitario de Cienfuegos "Paquito González Cueto", tras haberse detectado un aumento de volumen en región del diente 47.

Luego de la exploración inicial, era evidente la asimetría facial provocada por el aumento de la región maseterina derecha, la piel de ese lado se mostraba normocoloreada y a la palpación un proceso tumoral de consistencia duroelástica.

Al realizar el examen intraoral, se presentaba en región retromolar inferior derecha, una tumoración renitente que se extendía hacia el fondo del surco vestibular de ese lado, con signos inflamatorios agudos, y drenando espontáneamente un líquido amarillento espeso, que impresionaba pus, por los bordes gingivales en relación con el diente 47. La mucosa se presentaba enrojecida y a la palpación el pequeño se aquejaba por el dolor. Clínicamente se encontraban la mayoría de los dientes en boca de acuerdo a la cronología de brote, solo el diente 47 estaba en proceso de brote y se observaba en posición incorrecta.

En este momento y con la evidencia clínica de la presencia de un proceso séptico asociado a lo que impresionaba un quiste, se indicó tratamiento con Cefalexina (500 mg), una cápsula cada ocho horas durante 7 días por vía oral.

Además, se solicitó radiografía panorámica que mostraba una imagen radiolúcida de gran tamaño (**Figura 1**), ubicada caudal al diente 47 horizontal y que a su vez compromete al diente 46 en su porción más radicular. En este momento y con las evidencias clínicas y radiográficas presentes se establece la impresión diagnóstica de Quiste dentígero, haciendo el diagnóstico diferencial con otros quistes odontogénicos como el primordial y el residual, así como el Ameloblastoma



**Figura 1.** Radiografía panorámica. Se observa imagen radiolúcida redondeada de gran tamaño hacia el ángulo mandibular y en relación con los dientes 46 y 47.

Pasados 7 días del tratamiento con Cefalexina, la evolución del proceso séptico fue favorable, disminuyendo incluso el tamaño del proceso tumoral intraoral y en ese momento se decidió la realización de estudios de laboratorio preoperatorio según protocolo, y se planifica turno quirúrgico electivo, anunciando la enucleación de la lesión quística y exéresis del diente 47.

#### **Resultados de exámenes de laboratorio:**

Hemoglobina: 121 g/L

Hematocrito: 0.38

Tiempo de sangramiento: 2 minutos.

Tiempo de coagulación: 5 minutos.

Conteo de plaquetas:  $250 \times 10^9/L$

En la intervención, que fue realizada bajo anestesia general endotraqueal, teniendo en consideración la edad del paciente y el gran tamaño de la lesión, se asegura la asepsia y se realiza antisepsia con Quirurgín. Se colocan paños de campo y se procede a infiltrar además Lidocaína con Epinefrina al 2% en la zona donde se realizaría una incisión angulada modificada por las características del tumor.

Luego de exponer la lesión quística (**Figura 2**), se decidió, además de lo planificado en el preoperatorio, realizar la exodoncia del diente 46 por estar en estrecha relación con el proceso quístico (**Figura 3**). Todas las piezas anatómicas extraídas fueron enviadas al Departamento de Anatomía patológica para su posterior estudio histológico.

La cavidad resultante tras la enucleación del tumor, no fue rellenada con ningún material, pues a diferencia de como pensábamos, había tal destrucción ósea y tanta exposición de los tejidos blandos circundantes que consideramos esperar a la recuperación espontánea de la zona.



**Figura 2.** Exposición del proceso tumoral durante el acto quirúrgico.



**Figura 3.** Pieza quirúrgica donde se observa diente 47 en estrecha relación con el quiste.

La recuperación del paciente en el post operatorio inmediato fue satisfactoria. Posteriormente fue visto en consulta realizando chequeos radiográficos donde se constata la recuperación progresiva de la zona intervenida.

En días posteriores se recibió informe B-8/21 de Anatomía Patológica con el diagnóstico definitivo: Quiste dentígero, correspondiéndose con la impresión preoperatoria.

## **Caso 2**

Paciente preescolar blanco, masculino de 5 años de edad, producto de un embarazo que cursó sin alteraciones. El parto fue eutócico a las 39 semanas de gestación, con un peso al nacer de 3175 g y APGAR presumiblemente adecuado, con antecedentes personales de salud aparente sin ingresos previos.

El paciente fue visto hace alrededor de un año en consulta de Cirugía Maxilofacial del Hospital Pediátrico Universitario de Cienfuegos “Paquito González Cueto”, tras haber sido remitido de su área de salud, Municipio Palmira, detectado en examen estomatológico de rutina un aumento de volumen en región retromolar inferior izquierda, posterior al diente 75, (**Figura 4**) específicamente en zona de diente 36 no erupcionado, que se hacía más evidente al comparar con igual región del lado derecho. Este pequeño mostraba una dentición temporal.

A la palpación del área notablemente aumentada, se detectó renitencia en gran parte de la extensión del proceso y en ningún momento de la exploración el paciente refirió dolor.

Se indicó radiografía panorámica donde se observa imagen radiolúcida redondeada en relación con diente 36 sin brotar, lo que nos motivó a plantearnos la impresión diagnóstica de Quiste Dentígero (**Figura 5**), descartándose en diagnóstico diferencial otros quistes odontogénicos como el primordial y el residual.



**Figura 4.** Aspecto clínico intrabucal del aumento de volumen detectado en región correspondiente del diente 36 no erupcionado.



**Figura 5.** Radiografía panorámica inicial. Se observa la presencia de área radiolúcida en relación estrecha con el diente 36 no erupcionado

Se decidió realizar estudios preoperatorios de laboratorio según protocolo para luego realizar la intervención quirúrgica electiva bajo anestesia general, teniendo en consideración la edad del paciente, anunciando la enucleación de la lesión quística, exéresis del diente causal y llenado de la cavidad resultante con biomaterial (APATOS) de origen heterólogo con características similares al hueso humano mineralizado para favorecer la regeneración ósea.

**Resultados de exámenes de laboratorio:**

Hemoglobina: 125 g/L

Hematocrito: 0.40

Tiempo de sangramiento: 2 minutos.

Tiempo de coagulación: 5 minutos.  
Conteo de plaquetas:  $280 \times 10^9/L$

Para la intervención quirúrgica planificada de forma electiva, se asegura la asepsia y se realiza antisepsia con Quirurgín. Se colocan paños de campo y se procede a infiltrar Lidocaína con Epinefrina al 2% en la zona donde se realizaría una incisión angulada.

Luego de exponer la lesión quística (**Figura 6**), se decidió, además de lo planificado en el preoperatorio, realizar la exodoncia del diente 75 por estar su raíz distal en estrecha relación con el proceso quístico (**Figura 7**). Tras realizar la enucleación del proceso tumoral y los dientes involucrados, se realiza limpieza de la zona y se prepara el biomaterial APATOS, previa extracción del plasma del paciente por parte del personal del laboratorio clínico (**Figura 8**). Todas las piezas anatómicas extraídas fueron enviadas al Departamento de Anatomía Patológica para su estudio.



**Figura 6.** Exposición del quiste durante el acto quirúrgico.



**Figura 7.** A la izquierda diente 75, a la derecha diente 36 con el quiste, extraídos quirúrgicamente.



**Figura 8.** Colocación del biomaterial APATOS para rellenar la cavidad quística.

La recuperación del paciente en el post operatorio inmediato fue satisfactoria. Posteriormente fue visto en consulta realizado chequeos radiográficos donde se puede ver la recuperación total de la zona intervenida (**Figura 9**).

En días posteriores se recibió informe B-31/20 de Anatomía patológica con el diagnóstico definitivo: Quiste dentígero, correspondiéndose con la impresión preoperatoria.



**Figura 9.** Radiografía panorámica realizada 3 meses después que muestra la recuperación del área intervenida.

## **DISCUSIÓN**

La etiopatogenia de esa lesión aún no es clara, sin embargo, algunos autores sugieren que procesos inflamatorios locales pueden estar asociados al origen del quiste. Radiográficamente el QD se manifiesta como una área radiolúcida unilocular bien definida asociada a la corona de un diente no erupcionado, como pudimos constatar en los casos presentados.

El QD se presenta asociado a un diente incluido, como sucedió en nuestros casos. Los dientes más afectados por esta patología son terceros molares inferiores, caninos y premolares inferiores. <sup>(6)</sup> Algunos autores sugieren que esta condición es

más común en la segunda y tercera década de vida, por lo que es considerada una patología rara en niños, <sup>(3)</sup> por el contrario, y es lo más interesante de esta presentación, nuestros casos eran niños. Según la literatura, suele ocurrir en el maxilar, hecho que difiere con lo reportado en el presente caso. Sin embargo se coincide con lo reportado con relación al sexo <sup>(7, 8)</sup> ya que nuestros pacientes eran masculinos.

Los QD suelen ser un hallazgo en la mayor parte de los casos, por lo general su descubrimiento suele ser accidental en la detección de fallas de erupción. <sup>(2)</sup> sin embargo en los pacientes reportados ambos presentaron aumento de volumen que motivó la consulta. Por otro lado pueden presentar crecimiento lento, ser asintomáticos, o causar destrucción ósea, resultando en dolor y exudaciones. <sup>(9)</sup>

**Conclusiones:** Es importante realizar un diagnóstico precoz del quiste dentígero lo que conlleva al tratamiento oportuno, evitando complicaciones futuras, especialmente en niños, los casos que aquí se exponen es una muestra de ello, fueron pacientes diagnosticados de forma oportuna a edades, donde, no es común su presencia, pero ello no quiere decir que no puedan encontrarse en esta etapa del crecimiento, en ambos casos se realizó la extirpación del quiste dentígero logrando buen resultado y evolución satisfactoria.

## REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS

1. Spirit RG, Bordino L, Cruz D, Fitz Maurice M, Martins A, Michalski J. Quiste dentígero. Reporte de un caso. Rev Argent Pediatr. 2016;114(5):338-342.
2. Morales-Navarro D, Sánchez-Acuña G, Rodríguez-Lay L. Presentación clínica atípica de un quiste dentígero. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2009 [citado 17 Nov 2021]; 46 (4) :[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2641>
3. De Sousa Feitosa FA, SimiaoFigueiredo A, Carvalho de Oliveira Santos C, Chávez González A, Goncalves Vieira R, Fonseca Silva T. Quiste dentígero en niños. Rev Odontop Latinoam. 2016;6(1).
4. Hu YH, Chang Y, Tsai A. Conservative treatment of dentigerous cyst associated with primary teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2011;112:5-7.
5. Lima ENA, Maia CADM, Gurgel AC, Oliveira PT, Medeiros AMC. Conservative management of dentigerous cyst in a child. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2013; 8: 1-4.
6. Pramod DSR, Shukla JV. Dentigerous cyst of maxilla in a young child. Natl J Maxillofac Surg. 2017; 2:196-9.
7. Morales-Navarro D, Díaz-Ramos A. Quiste dentígero en tercer molar mandibular en posición invertida. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2018 [citado 17 Nov 2021]; 55 (3) :[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1782>
8. Fundora Moreno DA, Rodríguez Corbo AA, Corbo Rodríguez MT, Labrador Falero DM. Caracterización de pacientes intervenidos por retención dentaria en Pinar del Río, 2017-2018. Inmedsur [Internet]. 2020 [citado 2019 Nov 15];

3(1): 9-14. Disponible en:  
<http://www.inmedsur.cfg.sld.cu/index.php/inmedsur/article/view/55>

9. Figueiredo Deana N, Alves N. Cone Beam CT in Diagnosis and Surgical Planning of Dentigerous Cyst. Case Rep Dent [Internet]. 2017 [citado 2019 Nov 15];2017:7956041. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/crid/2017/7956041/>