

Quiste dentígero de gran tamaño que ocupa el seno maxilar y desplaza a tercer y cuarto molares ectópicos a fosa cigomática:

Objetivo: Presentar un caso de quiste dentígero que invade el seno maxilar asociado a un tercer y si cuarto molares ectópicos.

Caso clínico: Se presenta un caso de quiste dentígero de gran tamaño que invade el seno maxilar en su totalidad, asociado a tercer y cuarto molares, en una paciente de sexo femenino de 14 años. Se realizó la exéresis completa de la lesión mediante un abordaje de Caldwell-Luc.

Conclusión: Es de suma importancia el diagnóstico temprano de estas patologías a través de un correcto examen clínico y radiológico. En quistes de gran tamaño y de evolución rápida, como es el caso presentado, debemos considerar la posibilidad de una transformación ameloblástica o carcinomatosa en la pared quística. Por esta razón, tendremos que elegir un tratamiento que nos asegure la extirpación total de la lesión y su posterior análisis histopatológico para determinar la conducta por seguir.

Palabras clave: Quiste dentígero, pieza dentaria retenida, seno maxilar.



Fig.1 RX panorámica

INTRODUCCIÓN

Los quistes son cavidades encapsuladas patológicas localizadas en hueso o en partes blandas, contienen líquido o semilíquido en su interior y están revestidos por una pared de tejido epitelial y una cápsula externa de conectivo 1.

La última clasificación de los quistes de maxilares fue aprobada por el consenso de la conferencia realizada en Lyon, Francia (OMS/ IARC) en julio de 2003, en conjunto con la preparación del volumen del Blue Book de Patología y Genética de Tumores de Cabeza y Cuello, editado en 2005 por la Organización Mundial de la Salud (OMS)2. El quiste dentígero o folicular se clasifica dentro de los quistes de desarrollo y de origen odontogénico. Se origina por alteración del epitelio del órgano del esmalte, después de la formación completa de la corona, por la acumulación de líquido entre las capas del epitelio adamantino, o entre éste y la corona dental. Está siempre asociado a un diente retenido y envuelve a la corona de la pieza dentaria. Se da con mayor frecuencia entre los 20 y los 40 años, más en hombres que en mujeres (1,5:1). Las piezas dentarias retenidas generalmente asociadas son: en primer lugar, los terceros molares inferiores, seguidos por caninos superiores, terceros molares superiores y

premolares inferiores. Es el más frecuente de los quistes embrionarios, y dentro de los quistes maxilares ocupa el segundo lugar, después del quiste inflamatorio 3. Radiográficamente se observa como una radiolucidez bien circunscrita, unilocular, aunque a veces puede ser multilocular, relacionada con la corona de un diente no erupcionado o en desarrollo. Suelen descubrirse por un estudio radiográfico de rutina. Es de crecimiento lento y asintomático. Cuando alcanzan gran tamaño, pueden originar expansión del hueso, asimetría facial, invasión de cavidades como el seno maxilar, desplazamiento de los dientes a zonas alejadas y reabsorción radicular de los dientes adyacentes 4.

Se debe establecer el diagnóstico diferencial con el ameloblastoma, queratoquiste y tumor odontogénico adenomatoide, entre otros 5, 6. El estudio histopatológico es el único que nos permite establecer el diagnóstico definitivo 7, 8. Debe destacarse también la posibilidad de transformación ameloblástica o carcinomatosa del quiste dentífero, aunque esto ocurra en raras ocasiones, según se describe en algunos artículos 9,10,11. Este tipo de transformación es poco frecuente, pero debe tenerse en cuenta cuando se plantea el tratamiento de estas lesiones.

Aunque se han descrito muchas técnicas, según la localización del proceso y de sus relaciones, todas se basan en los dos principios propugnados por Partsch en 1892 y 1910, respectivamente 12: 1) Método de Partsch I, también denominado marsupialización, descompresión, método conservador o quistostomía. Procedimiento quirúrgico que tiene por objeto abrir una ventana en la pared externa del quiste para retirar una porción de la cortical externa y cápsula quística, comunicando la cavidad quística con el medio oral. El revestimiento epitelial de la pared se transforma por metaplasia en epitelio bucal. Con este procedimiento se obtiene, básicamente, la detención inmediata del crecimiento de la lesión y la neoformación ósea casi completa, en un período determinado de tiempo, conservando de las estructuras vitales, que regresan a su localización y a su función normal; además, se consigue la migración de estructuras dentarias causales a posiciones más favorables dentro del maxilar, que facilitan la posterior exodoncia de del diente. 2) Método de Partsch II, conocido también como enucleación total, método radical re o quistectomía. Se basa en la extirpación total del quiste y el cierre primario de la herida.

También existe un tratamiento intermedio o cistotomía modificada, en el cual, mediante un drenaje quirúrgico de la cavidad quística, se logra disminuir la presión interior, el tamaño de la lesión y, consecuentemente, los signos el inflamatorios agudos; para, en una segunda etapa, realizar una cistectomía o cistotomía como tratamiento definitivo 13, 14.



Fig.2 Imagen tomográfica; corte axial



Fig.3 Imagen tomográfica donde se observan las piezas dentarias desplazadas.

CASO CLÍNICO

Un paciente de sexo femenino de 14 años concurrió a la consulta al servicio de odontología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil por presentar una tumoración en el lado derecho del maxilar superior. Al interrogar a la paciente, está refirió que el aumento de volumen tenía una evolución de 2 años. En la exploración se observó asimetría facial, con aumento de volumen en la región geniana derecha.

En el examen intrabucal se detectó expansión de la cortical externa del maxilar derecho y ausencia clínica de pieza dentaria número 18, sin antecedentes referidos de exodoncia previa. La paciente manifestó tener las vías aéreas caí superiores obstruidas y dolor suborbitario derecho.

El estudio radiológico simple (Rx panorámica). reveló la presencia de un velamiento del seno maxilar derecho, asociado a dos elementos de radiopacos compatibles con piezas dentarias retenidas (Fig. 1). Se le solicitó una tomografía helicoidal de maxilar superior, donde se observó una lesión radiolúcida de gran extensión que ocupaba la totalidad del seno maxilar derecho, erosionaba la pared nasal y desplazaba dos piezas dentarias retenidas, compatibles con tercer y cuarto molares de la región de fosa cigomática derecha (Fig. 2 y 3). La paciente, en el transcurso de los exámenes solicitados, manifestó mayor dolor e inflamación en la zona. Se la citó a la consulta para su evaluación y se obtuvo a través de una punción con jeringa de 10 ml y aguja 13-16 un líquido purulento que se remitió para su análisis microbiológico, el cual reveló la presencia de *S. viridans*, sensible a clindamicina, cefotaxina, penicilina intermedia (sensible) y, también, *neisseria sp=* productora de b- lactamasa. Se le indicó un antibiótico, amoxicilina más ácido clavulánico, 500 mg cada 8 h. Se decidió realizar un drenaje de la cavidad mediante una sonda de PVC cristal de 2 mm de diámetro, en fondo de surco del segundo molar derecho, durante tres semanas, lavándose diariamente con solución fisiológica a presión. Se le ordenó concurrir al servicio día por medio para su control y evolución. En ese momento, los signos de infección aguda, obstrucción nasal y dolor habían desaparecido. Se le indicó una nueva tomografía en la cual se observó la disminución del tamaño de la lesión (Fig. 4). Se le solicitaron los exámenes pre-quirúrgicos para su evaluación y se programó la cirugía en quirófano.

Bajo anestesia general e intubación nasotraqueal, se procedió a realizar la exéresis quirúrgica total de la lesión, que incluyó los dientes asociados, mediante abordaje de Caldwell-Luc (Fig. 5). Se remitió la pieza quirúrgica para su análisis histopatológico, el cual confirmó como diagnóstico definitivo quiste dentígero. Actualmente, la paciente, luego de un año de la intervención quirúrgica, se mantiene asintomática y continúa con controles periódicos.



Fig.4 Imagen post descompresión



Fig. 5 y 6 Imágenes intraoperatorias

Discusión

La elección del tratamiento del quiste dentígero depende de factores tales como: tamaño, signos de agresividad de la lesión, localización, edad del paciente y proximidad a estructuras vitales. En relación con la cistectomía, siempre que sea posible se prefiere este procedimiento, porque existen en la literatura médica algunos artículos que describen la existencia de transformaciones ameloblásticas o carcinomatosas asociadas a alguna parte de la pared del quiste, lo que hace necesario enuclea la totalidad de la lesión y someterla a un estudio histopatológico, con lo cual disminuye la posibilidad de recurrencia y de transformaciones desfavorables 8, 9, 10.

En el caso clínico presentado, en donde la lesión era de gran tamaño, ya que ocupaba la totalidad del seno maxilar y desplazaba las piezas dentarias retenidas a regiones alejadas (fosa cigomática), y considerando la corta edad de la paciente y la rápida evolución de la lesión, se decidió realizar un tratamiento quirúrgico de cistectomía, previo una cistotomía modificada para descompresión del quiste.

En quistes de gran tamaño se debe hacer el diagnóstico diferencial con otras entidades, como queratoquiste, ameloblastoma y tumor odontogénico adenomatoide, todas entidades de gran potencial de agresividad 5, 6. Esto también se debe tener en cuenta a la hora de la elección del tratamiento. Consideramos que lo primero que debemos establecer es el diagnóstico, a fin de poder planificar el tratamiento definitivo. Por esta razón, tendremos que elegir un tratamiento que nos asegure la extirpación total de la lesión y su posterior análisis histopatológico para determinar la conducta que deberemos seguir.

REFERENCIAS

1. González LR, Estolbizer F, Gianunzio G, Mauriño N, Paparella ML. Quiste óseo simple atípico. Presentación de un caso clínico. *Rev Esp Ciruj Oral y Maxilo Facial* 2009; 31.
2. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. Madrid, Harcourt S.A. 2005, p. 38.
3. Tortorici S, Amodio E, Massenti MF. Prevalence and distribution of odontogenic cysts in Sicily: 1986-2005. *Journal of Oral Science* 2008;50:15-8.
4. Oliveira Gondim J, Siebra Moreira Neto JJP, Maia Nogueira RL. Conservative management of a dentigerous cyst secondary to primary tooth trauma. *Dental Traumatology* 2008; 24:676-9.
5. Fujii R, Hyomoto M, Ishida J. Panoramic findings for predicting eruption of mandibular premolars associated with dentigerous cyst after marsupialization. *J Oral Maxillofac Surg* 2008;66:272-6.
6. Gbolahan O, Fatusi O. Clinicopathology of soft tissue lesions associated with extracted teeth. *J Oral Maxillofac Surg* 2008; 66:2284-9.
7. Dagistan S, Cakur B, Góregen M. A dentigerous cyst containing an ectopic canine tooth below the floor of the maxillary sinus: a case report. *J Oral Sci* 2007; 49:249-52.
8. López Jiménez P, Bassallote González M, Cossío Infante P. Extracción de canino mandibular transmigrado, asociado a un quiste dentígero gigante. *SECIB on line* 2007; 2:23-33.
9. Yahara Y, Kubota Y, Yamashiro T. Eruption prediction of mandibular premolars associated with dentigerous cysts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009; 109:28-31. 10. Grossmann SM, Machado VC, Xavier GM. Demographic profile of odontogenic and selected nonodontogenic cysts in a Brazilian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 104:35-41.
11. Elo JA, Slater LJ, Herford AS. Squamous cell carcinoma radiographically resembling a dentigerous cyst: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 2007; 65:2559-62.
12. Donado M. Quistes de los maxilares y de la mandíbula. En: Donado M. *Cirugía Bucal. Patología y Técnica*. 3º ed Madrid, Masson. 2005, pp. 747-807.



13. Cortell I, Figueiredo R, Berini L, Gay-Escoda C. Traumatic bone cyst: a retrospective study of 21 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009; 14:E239-43.

14. Kolokythas A, Fernandes RP, Pazoki A, Ord RA. Odontogenic keratocyst: to decompress or not to decompress? A comparative study of decompression and enucleation versus resection/peripheral ostectomy. *J Oral Maxillofac Surg* 2007; 65:640-4.

Contacto

Dr. del Río Jorge Fernando
Servicio de Odontología del Hospital Interzonal Especializado
Materno Infantil de Mar del Plata HIEMI
Tel. 223 499-1100 int.285
jorgefernandodelrio@hotmail.com