

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

Large dentigerous cyst in the maxillary sinus with displacing ectopic third and fourth molars into zygomatic fossa

Presentado: 28 de noviembre de 2012
Aceptado: 5 de agosto de 2013

Carlos Israel Paganini^{ab}, Gerardo Francisco Saiz^{ab}, Sebastián Carella^b, Jorge Fernando Del Río^b

^aCarrera de Especialización en Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial

^bCátedra de Implantología

Facultad de Odontología, Universidad Maimónides, Argentina

Resumen

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

Abstract

Aim: Case report of a dentigerous cyst that compromises the maxillary sinus and is associated with ectopic third and fourth (supernumerary) molars.

Case report: A 14-year girl with a large dentigerous cyst that filled the entire maxillary sinus and was associated with ectopic third and fourth (supernumerary) molars. The cyst was fully excised using the Caldwell-Luc approach.

Conclusion: The early diagnosis of this kind of disease by

means of physical and radiological exams is very important. Large cyst with rapid evolution, as this case was, may develop carcinomatous or ameloblastic transformations within their walls. Therefore, treatment ensuring the complete excision of the lesion and the ulterior histopathological exam of the specimen, must be adopted as definitive action.

Key words: Dentigerous cyst, retained tooth, maxillary sinus.

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 conectivo¹. 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 este 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 inflamatorio³. Radiográficamente se observa como una radiolucidez bien circunscripta, 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 adyacentes⁴.

Se debe establecer el diagnóstico diferencial con el ameloblastoma, queratociste 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 dentígero, 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, respectivamente¹²: 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



Figura 1. RX panorámica.

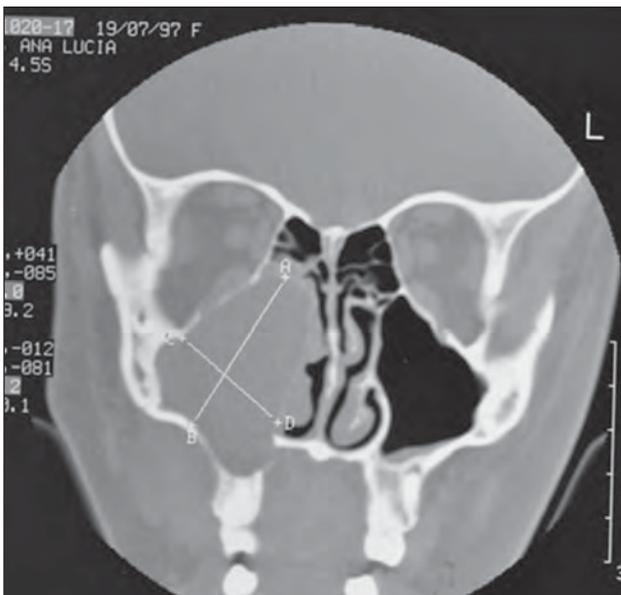


Figura 2. Imagen tomográfica; corte coronal.

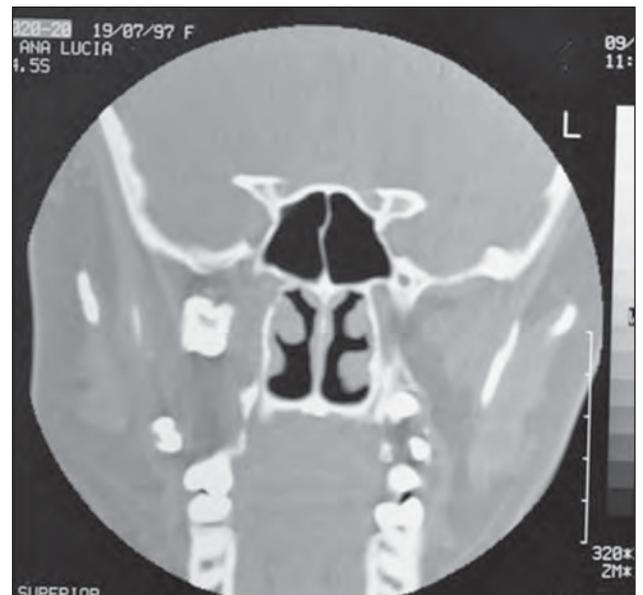


Figura 3. Imagen tomográfica donde se observan las piezas dentarias desplazadas.

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.

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.

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con este estudio y afirman no haber recibido financiamiento externo para realizarlo.

Referencias

1. González LR, Estolbizer F, Gianunzio G, Mauriño N, Papparella ML. Quiste óseo simple atípico. Presentación de un caso clínico. *Rev Esp Cirug 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 JJ, 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, Göregen 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;108:28-31.
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*. 3ª 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:

CARLOS ISRAEL PAGANINI
 israelpaganini@hotmail.com
 Hidalgo 775 (C1405BCJ)
 Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina