

Quiste dentígero que causa deformación facial en un niño. Presentación de un caso

Dentigerous cyst as a cause of facial asymetry in child. Case report

Juan Carlos Quintana Díaz ¹

Mayrim Quintana Giralte ²

ABSTRACT

We showed a boy 13 years old that visited our surgical maxillofacial department, with important facial and buccal asymmetry also refereed nasal obstruction. After lab and x-rays examination, we made a big operation, removed right upper canine with dentigerous cyst around the crown; also we made bone defect reconstruction with Hydroxylapatite in granules HAP-200. The definitive diagnosis was a dentigerous cyst. Our patient had an excellent postoperative result because disappear the most common symptoms before operation. Postoperative x-rays examination showed excellent bone reconstruction and implant osteointegration.

KEYWORDS

Dentigerous cyst, Facial Asymmetry, Hydroxylapatite, Ostectomy, Curettage, Osteointegration.

RESUMEN

Se presenta un caso interesante de un niño de 13 años que acude a la consulta de Cirugía Máxilofacial por presentar asimetría facial y bucal, además de obstrucción nasal del lado de la deformidad. Después de realizar exámenes de laboratorio y radiográficos se lleva sala de cirugía para realizar la exéresis del canino superior derecho retenido, enuclear la extensa área radiolucida a los rayos X y se reconstruye el defecto óseo residual con Hidroxiapatita en gránulos HAP-200, posteriormente se realiza estudio histopatológico. El diagnóstico definitivo corroboró el presuntivo (quiste dentígero). El paciente evolucionó de forma excelente desapareciendo la deformidad facial y los demás síntomas preoperatorios. El examen radiográfico post-operatorio mostró una excelente reconstrucción y osteo-integración del material empleado..

PALABRAS CLAVE

Quiste dentígero, Asimetría facial, Hidroxiapatita, Osteotomía, Curetaje, Osteointegración.

¹ Especialista de Segundo Grado en Cirugía Máxilofacial. Profesor Auxiliar. Master en Ciencias en Urgencias Estomatológicas. Jefe del Servicio Máxilofacial. Correo electrónico: juanc.quintana@infomed.sld.cu

² Especialista de primer grado en Estomatología General Integral. Residente de Ortodancia.

INTRODUCCIÓN

Los quistes odontogénicos se desarrollan a partir del componente epitelial del aparato odontogénico o de los restos celulares que quedan atrapados dentro del hueso o en el tejido gingival que cubre los maxilares y se clasifican en quistes del desarrollo e inflamatorios (1-4).

El quiste dentígero que es también llamado folicular se encuentra relacionado con dientes que no han erupcionado con mayor incidencias en los terceros molares, caninos y dientes supernumerarios (5-10); ocupan el segundo lugar en orden de frecuencia de aparición después de los quistes radiculares inflamatorios y son los primeros dentro de los quistes odontogénicos del desarrollo (1,2). Son de crecimiento lento, aunque se plantea que en niños es más rápido su avance. Pueden originar expansión del hueso, asimetría facial, gran desplazamiento de los dientes y gran reabsorción radicular de los dientes adyacentes. Pueden circular a un odontoma compuesto o complejo y tienen potencialidad para ser el más agresivo de los quistes odontogénicos, radiográficamente aparecen como una zona radiolúcida redondeada y bien circunscrita asociada con la corona del diente sin erupcionar.

Histológicamente no presenta rasgos característicos que lo distingan de otros quistes, pared delgada de tejido conectivo, con capa de epitelio pavimentoso estratificado que tapiza el quiste. Con frecuencia presenta infiltrado inflamatorio en el tejido conectivo. Contenido líquido amarillo a veces manchado de sangre. La disposición del epitelio puede propiciar proliferación neoplásica bajo la forma de un ameloblastoma. También existe posibilidad de transformación disqueratósica y aparición de un carcinoma epidermoide (2).

El Tratamiento empleado es quirúrgico radical con eliminación total de la cápsula quística. Cuando alcanzan gran volumen se pueden intervenir por técnicas descompresivas para reducir su volumen paulatinamente hasta un segundo tiempo quirúrgico en que se elimine la cápsula.

Generalmente se presentan como una patología aislada aunque se asocia en ocasiones a algunos síndromes como la disostosis cleidodentopabocraneal o la mucopolisacaridosis tipo IV. No tienen predilección por sexos y son más frecuentes entre la segunda y la tercera década de la vida.

Existen otras teorías que tratan de explicar su origen una de ellas plantea que se originan después que la corona del diente se ha formado completa y se acumula líquido entre el órgano del esmalte y la corona del diente, otros plantean que su formación se inicia por degeneración del retículo estrellado del órgano del esmalte durante la odontogénesis (1,2). Santana (5) refiere que diferentes autores plantean la dificultad de diferenciar entre un saco pericoronario dilatado y un quiste dentígero, además que si en el examen radiográfico el espacio pericoronario es menor de 2,5 mm, se trata de un saco normal y por encima de esta cifra, es un quiste dentígero. Esto, según Santana, es un enfoque simplista del problema, ya que estas imágenes radiográficas corresponden muchas veces con formaciones microscópicas de un quiste dentígero, por lo que al diagnosticar no se puede perder la perspectiva que estos sacos dilatados pueden ser quistes dentígeros y se debe tener presente la posibilidad de derivación hacia la formación de neoplasias odontogénicas.

En ocasiones pueden convertirse en lesiones agresivas potencialmente malignas (11,12) y origina expansión y destrucción ósea, asimetría facial, desplazamiento de dientes adyacentes, dolor, etc. Se presenta un caso interesante atendido en el servicio de Cirugía maxilofacial del Hospital General Docente de Artemisa Ciro Redondo García, de una niño que asistió a

la consulta con una marcada deformidad facial y bucal relacionadas con un canino superior derecho retenido, que fue remitido de la consulta de ortodoncia a la que asiste por la persistencia del canino temporal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

A la consulta de cirugía Máxilofacial del Hospital General Docente de Artemisa Ciro Rondo García, asiste un niño de 13 años remitido de la consulta de Ortodoncia, pues presentaba asimetría facial que se traducía por un aumento de volumen de la hemicara derecha con ausencia del canino superior derecho, persistencia del temporal y marcado aumento de volumen intraoral que causaba deformidad en la encía superior de consistencia duro elástica, no doloroso y normocoloreada (figuras 1, 2), discreta obstrucción nasal de la fosa nasal de ese lado.



FIGURA 1. Y 2.

Al paciente se le realizan rayos X Antero Posterior (AP) y lateral (figuras 3, 4), donde se observa una extensa área radiolúcida que en su interior se encuentra un canino retenido en posición horizontal, por lo que se decide por el colectivo llevar al salón de operaciones previos complementarios: hemoglobina, leucograma con diferencial, tiempos de sangramiento y de coagulación, serología, tiraje del grupo sanguíneo y pruebas serológicas en busca de hepatitis B y C, fue evaluado en la consulta de anestesia en forma integral.



FIGURA 3. Y 4.

TRATAMIENTO

El paciente es llevado a sala de cirugía y como se discutió en el colectivo se aborda la vía intraoral preparando una incisión marginal con dos componentes verticales bien extensa que permitiera el buen acceso al área donde estaba localizado el quiste.

Se decoló el colgajo realizado en zona vestibular del maxilar.

Una vez expuesto el quiste se realiza una ostectomía de la pared maxilar anterior de la zona afectada, se eliminó la extensa área de contenido quístico mediante un exhaustivo curetaje, realizando además la exéresis del canino retenido.

Se tomó un fragmento de tejido de la zona intervenida para realizar estudio histopatológico. La herida se lavó con abundante suero fisiológico y el gran defecto óseo fue reconstruido con hidroxapatita porosa en gránulos Coralina HAP-200 (figuras 5,6), empleando seda negra como sutura.



FIGURA 5. Y 6.

La sutura se retiró pasados los 10 días, previo tratamiento con antibióticos, analgésicos, gotas nasales de efedrina e inhalaciones y se chequea periódicamente hasta el año de operado. En la foto tomada al año de operado se observa el paciente totalmente recuperado con una adecuada simetría facial y a los rayos X se constató una excelente relación hueso-implante, lo que representa la importancia de reconstruir el defecto óseo (figuras 7,8).



FIGURA 7. Y 8.

RESULTADO HISTOPATOLÓGICO

Se muestra al microscopio fragmentos de hueso y hueso con pérdida del tejido conectivo con serias dilataciones de los espacios vasculares y sangre. Epitelio escamoso queratinizado. No evidencias de células atípicas.

Diagnóstico definitivo: Quiste dentígero

Este informe fue realizado en el Departamento de Patología de la Facultad de Estomatología Raúl González de la Universidad de la Habana.

DISCUSIÓN

El quiste dentígero ocupa el segundo lugar en evidencia de todos los quistes de los maxilares (1,2) y reviste gran importancia para su diagnóstico un examen radiográfico exhaustivo sobre todo cuando los pacientes tiene dientes que no han erupcionado, algunos autores plantean la eliminación quirúrgica de los sacos foliculares de los terceros molares retenidos como método preventivo a la aparición de esta afección (5,6).

En ocasiones, como en nuestro paciente, se constataba una marcada asimetría facial y gran deformidad de la encía en la zona afectada con gran expansión maxilar vestibular que desapareció una vez se intervino quirúrgicamente. Esto permite afirmar que a partir de un buen estudio preoperatorio, se logra un buen resultado.

La reconstrucción del defecto óseo con la hidroxiapatita fue de gran utilidad para eliminar el espacio muerto y evitar el crecimiento invertido de tejidos una vez realizado el curetaje, esto permitió que el colgajo mucoperiostico descansara sobre una zona firme y bien reconstruida, además permitió la reconstrucción estética y funcional de la cortical eliminada, esto reafirma la versatilidad de la hidroxiapatita como material implantológico, que se osteointegra con gran facilidad al hueso y proporciona buenos resultados para reconstruir defectos óseos cavitarios (13, 14, 15).

CONCLUSIONES

El resultado tanto estético como funcional fue excelente después del tratamiento quirúrgico y la reconstrucción del defecto óseo con Hidroxiapatita.

RECOMENDACIONES

Realizar estudios radiográficos frecuentes para diagnosticar estas afecciones en estadios tempranos antes que ocasionen grandes asimetrías, así como recomendamos el empleo de Hidroxiapatita como material para reconstruir cavidades óseas.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración del Centro Nacional de Investigaciones Científicas de Cuba (CNIC) por facilitarnos la Hidroxiapatita HAP-200 y al Departamento de Patología Bucal de la Facultad de Estomatología Raúl González de la Universidad de la Habana por la colaboración en la realización de nuestros estudios histopatológicos de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. **MOSQUEDA A, IRIGOYEN M, DÍAZ MA, TORRES A.** Quistes odontogénicos: análisis de 685 casos. *Medicine and Pathology.* 2002;7:89-96.
2. **MONSERRAT E.** Quiste dentígero: Presentación de un caso. *Acta Odontol Venez* 2002; 40 (2) [seriada en línea] www.actaodontologica.com. Consultada 12 de Noviembre, 2006.
3. **GILVAO H, GORDON MH, FREITAS MT, FREITAS R.** Queratoquiste odontogénico. Presentación de un caso en la maxila. *Acta Odontol Venez* 2005; 43 (3) [seriada en línea] www.actaodontologica.com. Consultada 12 de Noviembre, 2006.
4. **BRESCO M, BERINIL L, GAY C.** Análisis retrospectivo de 132 casos de quistes radiculares: Clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución. *Arch Odontoestomatol.* 1998; 14:575-83.
5. **SANTANA G.** Atlas de patología del complejo bucal. Ed. Científico-Técnica. La Habana; 2010 Pp. 19-237.
6. **ESTRADA M.** Lesiones quísticas de los maxilares asociadas a terceros molares retenidos que requieren hospitalización. *Rev Cubana Estomatol.*1998; 35 (3):97-101 [seriada en línea] www.bvs.sld.cu Consultada 13 de Noviembre, 2006.
7. **GONZÁLEZ R, ESCORIAL W, CAPOTE A, MATOS P, SASTRE J, RODRÍGUEZ J.** Actitud terapéutica ante sacos foliculares de terceros molares retenidos. *Rev Esp Cirug Oral Máxilofac.* 2005; 27 (2):80-84 [seriada en línea] www.scielo.com Consultada 13 de Noviembre, 2006.
8. **USTURE E, FITOZ S, ATAZOY C, ERDEN I, AYKAR S.** Bilateral maxillary dentigerous cyst: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002;95 (5):632-35.
9. **SHAH N, THUAN H, BEALE I.** Spontaneous regression of bilateral dentigerous cyst associated with impacted mandibular third molar. *Br J Dental.* 2002; 26 (192):75-76.
10. **ELLIASON S, HEINDHAL A, NORED MRA A.** Pathological change related to long-term impaction of third molar: a radiographic study. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1998; 18:210-212.
11. **TSKUMOTO G, SASAKI K, AKIYAMA T.** A radiologic analysis of dentigerous cyst and odontogénico keratocyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2001; 91:743-747.

12. OLSON J W, MILLER R, KRUSHNER G, VEST TM. Odontogenic carcinoma occurring in dentigerous cyst: a case report and clinical management. J Periodontal. 2000; 71: 1365-70.
13. QUINTANA JC, GONZÁLEZ R, QUINTANA M. Resultados de 15 años empleando la Hidroxiapatita Coralina HAP-200 como implante óseo en cirugía máxilofacial. Rev Ciencias Biológicas. 2010; 41:1-9. [seriada en línea] www.cnic.edu.cu
14. QUINTANA JC, GONZÁLEZ R, PINILLA R, ABDULLAH A, EL-SADDI S. Quistes periapicales gigantes con fístula cutánea facial tratados con hidroxiapatita coralina HAP-200. presentación de dos casos. Acta Odontol Venez. 2011; 49 (2):1-11[seriada en línea] www.actaodontologica.com.
15. GONZÁLEZ R, BLARDONI F, MAESTRE H, PEREDA O, PANCORBO E, CIÉNEGA M. Long-term results of the Coralline Porous Hydroxyapatite HAP-200 as bone implants bio-material in orthopedic and traumatology. Revista CENIC Ciencias Biológicas. 2001;32(2):97-101