

Hospital General Provincial Docente «Carlos M. de Céspedes»
Bayamo, Granma

LESIONES QUÍSTICAS ASOCIADAS A TERCEROS MOLARES RETENIDOS QUE REQUIRIERON HOSPITALIZACIÓN

Dr. Manuel Estrada Sarmiento¹

RESUMEN: Se realiza una investigación retrospectiva y descriptiva de 18 pacientes hospitalizados que recibieron tratamiento quirúrgico por presentar lesiones quísticas asociadas a un tercer molar retenido, con el objetivo de evaluar dichas lesiones durante el período 1985-1994. De los 18 pacientes 13 eran masculinos, la edad media fue de 33,7 años, 12 pacientes (66,7 %) fueron diagnosticados por exámenes radiológicos. La longitud media de la lesión fue de 39,8 mm, 3 pacientes presentaron signos clínicos de infección al ingreso. La longitud media de la lesión fue de 39,8 mm. Todos los quistes fueron tratados quirúrgicamente con una proporción de infección del 11,1 %.

Descriptores DeCS: **TERCER MOLAR/cirugía; DIENTE IMPACTADO/cirugía; QUISTES/cirugía; ODONTOPATIAS/cirugía; HOSPITALIZACION.**

En el campo de la cirugía maxilofacial, entre los procesos morbosos más interesantes encontramos los quistes de los maxilares.

Los quistes de los maxilares representan sin duda un peligro para la integridad del componente maxilofacial; cuando esto ocurre, ocasiona trastornos funcionales, estéticos o ambos, de intensidad variable si no son diagnosticados precozmente y tratados de forma adecuada.

Las lesiones quísticas constituyen una de las afecciones patológicas más frecuentes asociadas a los dientes retenidos o impactados.^{1,2}

Stephens y otros³ afirmaron que el riesgo de desarrollar un quiste dentígero asociado con un tercer molar retenido ha sido ampliamente recalado y basado en reportes anecdóticos y estudios mal interpretados.

La controversia de la exéresis profiláctica del tercer molar erupcionado parcialmente ha existido durante varios años. Esta discusión se basa en una evaluación de los riesgos y beneficios de la exéresis. *Girod* y otros⁴ señalaron la necesidad de investigaciones adicionales que permitan identificar los factores de riesgo para poder extraer selectivamente el tercer

¹ Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Principal de Patología Bucal.

molar retenido, ante el peligro de que un quiste grande se desarrolle y calcular el riesgo cuando un tercer molar asintomático es dejado en su sitio.

Muchos quistes pueden ser pequeños cuando son diagnosticados y pueden ser tratados adecuadamente de forma ambulatoria; algunos pueden, sin embargo, alcanzar gran tamaño antes de ser detectados, o ante un paciente con afecciones sistémicas, donde se requiere de la hospitalización para un tratamiento adecuado.

Blanco Quesada,⁵ en 1969, reportó un caso de una niña de 2 años de edad portadora de un quiste dentígero del maxilar inferior de gran tamaño, que fue operada en el Hospital Infantil Norte de Santiago de Cuba.

*Martínez García*⁶ informó un caso de un paciente con un quiste dentígero de gran tamaño en el maxilar superior que fue operado en el Hospital Infantil «Pedro Borrás» de Ciudad de La Habana en el año 1971.

En un estudio realizado en nuestra institución en una serie de 30 pacientes con quistes de los maxilares, 2 requirieron hospitalización para su tratamiento quirúrgico.⁷

El objetivo de este trabajo es evaluar las lesiones quísticas asociadas con terceros molares retenidos que requirieron hospitalización.

Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de 18 pacientes hospitalizados que requirieron tratamiento quirúrgico por presentar lesiones quísticas asociadas a un tercer molar retenido desde 1985 hasta 1994, ambos inclusive, en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital «Carlos Manuel de Céspedes» de Bayamo. De las historias

clínicas de los pacientes se extrajeron y analizaron los siguientes parámetros: edad, sexo, forma en que se diagnosticó la lesión, duración de los síntomas, tamaño de la lesión, diente causal, técnica quirúrgica empleada, diagnóstico histopatológico y complicaciones.

Finalmente los resultados se expresaron en una tabla resumen y los datos se clasificaron en porcentajes y valor promedio, y se establecieron comparaciones con los informes presentados en la literatura médica revisada.

Resultados

En los pacientes estudiados se encontró un total de 18 lesiones quísticas asociadas a terceros molares retenidos. La edad media fue de 33,7 años, que osciló entre 12 y 55 años; el sexo masculino fue predominante con 13 (72,2 %) pacientes. La relación entre uno y otro sexo fue de 26:1.

En 12 pacientes (66,7 %) los quistes fueron diagnosticados mediante estudios radiográficos de rutina y en los otros 6 por el aumento de volumen. El dolor y la infección condujeron al diagnóstico.

La longitud media de las lesiones fue de 32,8 mm, con fluctuaciones de 25 a 47 mm.

De los 18 pacientes, 3 presentaron signos clínicos de infección al ingreso. Quince de los quistes (83,3 %) fueron encontrados en la mandíbula; la distribución del lado derecho en relación al izquierdo fue de 2:1.

Todos los quistes fueron tratados quirúrgicamente con la exéresis de la cápsula y del tercer molar retenido, en todos los casos se envió la pieza reseca para su estudio anatomopatológico. Cuatro lesiones recibieron el diagnóstico histopatológico de queratoquistes; una lesión fue diagnosticada como ameloblastoma (paciente 12). Las otras 13 lesiones fueron clasificadas como revestimiento epitelial normal (tabla).

TABLA. Pacientes con lesiones quísticas asociadas con terceros molares retenidos

| | Pacientes No. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---------------|----|----|-----|-----|-----|----|-----|-------|----|----|-----|-----|----|-----|----|----|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| Sexo | M | M | M | F | M | M | F | M | M | F | M | M | F | F | M | M | M | M |
| Edad (años) | 16 | 21 | 32 | 20 | 29 | 12 | 35 | 41 | 38 | 17 | 42 | 55 | 36 | 43 | 50 | 31 | 52 | 36 |
| Diagnosticado por anamnesis | AV | RX | RX | RX | + | RY | RY | RY | Dolor | RY | RX | AV | RX | RX | AV | RY | RY | AV |
| Duración de síntomas (semanas) | 10 | 0 | 0 | 0 | 5 | 4 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | >52 | 0 | 0 | >26 | 0 | 0 | 0 |
| Hallazgos clínicos | RE | - | - | EXP | - | EXP | RE | EXP | EXP | RE | F | EXP | EXP | 0 | EXP | 0 | 0 | RE |
| Tamaño quiste (mm) | 30 | 32 | 26 | 29 | 31 | 47 | 33 | 30 | 40 | 31 | 35 | 46 | 29 | 30 | 50 | 25 | 20 | 27 |
| Diente causal | 48 | 48 | 48 | 28 | 38* | 48 | 18 | 48 | 38 | 48 | 38 | 48 | 48* | 38 | 38 | 48 | 48 | 28 |
| Diagnóstico histopatológico | K | C | C | C | C | K | C | C | C | C | C | A | C | C | K | C | K | C |

Leyenda: -: no información; O: nada; AV: aumento de volumen; RX: rayos X de rutina; RE: retención; EXP: expansión; F: fístula; C: revestimiento epitelial normal; K: keratoquitis; A: ameloblastoma; *: infectado; +: infección presente.

Fueron encontradas 2 complicaciones posoperatorias en las 18 intervenciones quirúrgicas, para el 11,1 % de complicaciones.

Discusión

Aunque los estudios retrospectivos implican un inherente riesgo en las extracciones de datos de dudosa calidad, en nuestra investigación las historias clínicas se revisaron cuidadosamente, lo que redujo el riesgo de la mala interpretación del contenido; la información fue confirmada siempre que fue posible.

Los datos de información diagnóstica tales como radiografías, reportes histopatológicos, etc., se consideraron como suficientemente válidos y confiables, no así la calidad de esos datos para las conclusiones finales.

La edad media de nuestra serie demostró que no es frecuente encontrar esta afección en niños, lo que coincide con la mayoría de los autores consultados.⁷⁻⁹ La edad media de nuestros pacientes es inferior a la reportada por *Berge*,¹ pero superior a la informada por *Shear* y *Singh*.¹⁰

El sexo masculino fue predominante, resultados similares a los obtenidos por *Díaz Fernández* en su investigación.⁸ Nuestra relación entre ambos sexos difiere de las reportadas por *Berge*¹ y *Shear* y *Singh*.¹⁰

A diferencia nuestra, la mayoría de las lesiones quísticas reportadas por *Berge*¹ fueron detectadas por el desarrollo de síntomas como: dolor, inflamación o infección.

Consideramos que con mayor uso de estudios panorámicos de rutina, se podría detectar un mayor número de lesiones en edades tempranas.

No hubo diferencias en relación con el tamaño de los quistes entre nuestra serie y los estudios de otros autores.^{4,10}

Al igual que otros autores,^{1,4,9,11,12} el mayor porcentaje de los quistes en nuestra serie se localizó en la mandíbula (4 de 5 lesiones quísticas se localizaron en esta zona). En un estudio de 180 pacientes realizado por *Mourshed*,¹² el 72,8 % estaban localizados en la mandíbula.

Es obligatorio someter el tejido extirpado a examen histopatológico con fines diagnósticos y para descartar neoplasias. Se cree generalmente que una proporción grande de ameloblastomas se origina en quistes dentígeros.^{13,14} En una revisión de 641 ameloblastomas, 108 de éstos estaban asociados a quistes dentígeros.¹⁰

No hubo complicaciones posoperatorias. Nuestra cifra de complicaciones posoperatorias (11,1 %) es menor a la reportada por *Berge* de 19 %.¹

Los quistes infectados no mostraron un aumento en el grado de complicaciones.

La posibilidad de desarrollarse un quiste a partir de un tercer molar retenido es tan baja, que la exéresis profiláctica del molar por esta razón no parece apropiada.

SUMMARY: A retrospective and descriptive research was made in 18 in-patients underwent to surgical approach because of cystic injuries associated with a impacted third molar, to evaluate such injuries during period from 1985 to 1994. From among 18 patients, 13 were males, with a mean age of 33,7 years; 12 patients (66,7 %) were diagnosed by radiological examinations. Mean extent

of injury was of 39,8 mm, 3 patients presenting clinical signs of infection in admission. All cysts were surgically removed with a infection ratio of 11,1 %.

Subject headings: **MOLAR, THIRD/surgery; TOOTH, IMPACTED/surgery; CYSTS/surgery; TOOTH DISEASES/surgery; HOSPITALIZATION.**

Referencias bibliográficas

1. Berge TI. Incidence of large third molar associated cystic lesions requiring hospitalization. *Acta Odontol Scand* 1996;54:327-31.
2. Daley TD, Wysocki GP, Pringle GA. Relative incidence of odontogenic tumors and oral jaw cysts in a Canadian population. *Oral Surg* 1994;77:276-80.
3. Stephens RG, Kogon SL, Reid JA. The unerupted or impacted third molar a critical appraisal of its pathologic potential. *J Can Dent Assoc* 1990;55:201-7.
4. Girod SC, Gerlach KL, Kruger G. Cysts associated with longstanding impacted third molars. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1993;22:110-2.
5. Blanco Quesada S. Quiste dentígero en un niño de dos años. *Rev Ciencias Med Oriente* 1969;1:63-7.
6. Martínez García WR. Aspectos preventivos en el tratamiento de los quistes de los maxilares en pacientes jóvenes. *Rev Cubana Estomatol* 1971;8:3-10.
7. Estrada Sarmiento M. Quistes de los maxilares. Revisión estadística. *Rev Cubana Estomatol* 1985;22(3):295-300.
8. Díaz Fernández JM. Quistes de los maxilares. Estudio de 125 pacientes. *Rev Cubana Estomatol* 1986;23(3):211-20.
9. Videaux Fajardo E. Quistes de los maxilares en niños. Reporte de dos casos. *Rev Cubana Estomatol* 1973;10:45-51.
10. Shear M, Singh S. Age-standardized incidence rates of ameloblastoma and dentigerous cysts on the witwaters rand, South Africa. *Community Dent Oral Epidemiol* 1978;6:195-9.
11. Aldama Suárez J. Quiste dentígero. Presentación de un caso poco frecuente. *Rev Cubana Estomatol* 1988;25(3):81-5.
12. Mourghed FA. Roentgenographic study of dentigerous cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;18(1):54-61.
13. Schulz P. Cytological finding in cases of marsupialized odontogenic cyst. *J Maxillofac Surg* 1985;9:35-41.
14. Leider A, Eversole LR. Cystic ameloblastoma. *Oral Pathol* 1987;60:624-30.

Recibido: 9 de junio de 1998. Aprobado: 8 de octubre de 1998.

Dr. *Manuel Estrada Sarmiento*. Máximo Gómez No. 6 entre Maceo y Canducha Figueredo, Bayamo, Granma 85100, Cuba.