

## Presentación clínica atípica de un quiste dentífero

### Atypical clinical presentation of a dentigerous cyst

**Denia Morales Navarro<sup>I</sup>; Guillermo Sánchez Acuña<sup>II</sup>; Liliana Rodríguez Lay<sup>III</sup>**

<sup>I</sup>Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Instructora. Facultad de Estomatología. Ciudad de La Habana, Cuba.

<sup>II</sup>Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Asistente. Facultad de Estomatología. Ciudad de La Habana, Cuba.

<sup>III</sup>Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Instructora. Facultad de Estomatología. Ciudad de La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

Los quistes dentíferos suelen ser, en la mayor parte de los casos, un hallazgo casual; por lo general se descubren al investigar la no erupción de un diente permanente. Ocupan el segundo lugar en frecuencia de aparición en los maxilares después del quiste radicular. Cuando el seno maxilar es invadido por estos quistes los síntomas usualmente aparecen tardíos en el proceso. Estos pueden incluir dolor facial, parestesia como consecuencia de la presión sobre un nervio, dolor de cabeza, trismo, trastornos de la gustación y congestión nasal. Por lo infrecuente de la localización maxilar y la corta edad de la paciente nos vimos motivados a revisar lo más reciente de la bibliografía que aborda este tema y a presentar el caso clínico de una paciente femenina de 17 años que fue diagnosticada y tratada por presentar un quiste dentífero en dicha ubicación. Se enfatiza en la importancia del correcto diagnóstico y el establecimiento de una terapéutica concordante en cada caso.

*Palabras clave:* quiste dentífero, quiste odontogénico, quiste de los maxilares, patología de cabeza y cuello, diente retenido.

---

#### ABSTRACT

Dentigerous cysts are a casual finding in most of cases, in general discovered in investigation of a not eruption of permanent tooth. These occupy the second place in appearance frequency in maxillaries after radicular cyst. When maxillary sinus is invaded by these cysts, symptoms usually appear late in the process. These could include facial pain, paresthesia as consequence of pressure on nerve, headache, trismus, taste disorders and nasal congestion. Due the infrequent of the maxillary location and the short age of patient we reviewed the more recent of bibliography on this subject and to present the clinical case of other female patient aged 17 diagnosed with and treated by dentigerous cyst in such location, emphasizing on the significance of a appropriate diagnosis and establishment of a therapy in accord in each case

*Key words:* Dentigerous cyst, odontogenic cyst, maxillary cyst, head and neck pathology, non-eruptive tooth.

---

## INTRODUCCIÓN

El término de quiste dentífero designa a un quiste que contiene la corona de un diente no erupcionado o una anomalía dentaria, como un odontoma. Este fue descrito inicialmente por *Paget* en 1863 y también es llamado quiste folicular. Es un quiste odontogénico de malformación y origen epitelial, según la clasificación de los tumores realizada por la Organización Mundial de la Salud.<sup>1,2</sup> El quiste dentífero es el segundo en frecuencia de aparición después del quiste radicular.

Existen varias teorías que tratan de explicar el origen del quiste dentífero, una de ellas plantea que este se origina después que la corona del diente terminó su formación y se produce acumulación de líquido entre el órgano del esmalte y la corona del diente. Otra explicación para la patogénesis del quiste dentífero es que se origina inicialmente por la proliferación quística de los islotes en la pared del tejido conectivo del folículo dental o incluso fuera de este, para luego unirse y formar una cavidad quística alrededor de la corona dental. Una tercera explicación plantea que algunos quistes dentíferos pueden comenzar su formación por degeneración del retículo estrellado durante la odontogénesis. También se habla del origen extrafolicular, el cual sugiere que se origina de quistes periapicales en dientes primarios que crecen y engloban al germen del diente permanente.<sup>3</sup>

El quiste dentífero casi siempre está asociado con la corona de un diente permanente normal, retenido, no erupcionado, rara vez en primarios. Se presenta más comúnmente en pacientes de sexo masculino, en la segunda y tercera décadas de la vida, en un 70 a 75 % en el maxilar inferior. Aparece, según orden de frecuencia, asociado a los terceros molares inferiores, seguido por los caninos superiores.

Los síntomas en el quiste dentífero son escasos y rara vez alcanza grandes proporciones, cuando esto sucede se detecta clínicamente, ya que produce expansión ósea y asimetría facial, debido a la excesiva presión interna de la lesión. En la mayoría de los casos es detectado como un hallazgo radiográfico. También debemos estar atentos en observar si hay pérdida de los dientes, intensa reabsorción radicular de los dientes adyacentes y dolor, los cuales son secuelas del continuo agrandamiento del quiste. Por otra parte, es potencialmente capaz de convertirse en una lesión agresiva.<sup>4</sup>

El examen radiográfico del maxilar que está afectado por este quiste revelará una lesión ligeramente radiopaca bien definida, con cortical, alrededor de la corona de un diente no erupcionado.<sup>5</sup> Las lesiones pequeñas de menos de 2,0 cm de diámetro son "uniloculares". Sin embargo, si no se detectan tempranamente, la lesión puede crecer y se vuelve un quiste dentígero "grande y multilocular", lo que hace posible la confusión con otras lesiones más agresivas, como por ejemplo, el ameloblastoma. A veces se observa una radiolucidez pericoronaria incipiente que confunde entre un quiste dentígero pequeño y un folículo o espacio folicular dental ligeramente dilatado. Para esto se señala que estos quistes inicialmente se presentan como una radiolucencia unilocular pericoronaria, cuyo ancho excede de 2,5 mm. Sin embargo, se establece que hay que realizar un control radiográfico, para seguir la evolución del diente y determinar si se trata de una lesión o simplemente de la dilatación del folículo dentario en la fase prerruptiva.<sup>6</sup>

Para esta lesión no hay características microscópicas típicas que puedan distinguir entre un dentígero y cualquier otro quiste odontogénico. Por lo general, se constituye por una pared de tejido conectivo con 2-3 capas de células epiteliales planas o cúbicas que tapizan la luz del quiste. Generalmente no presenta queratina, pero algunos pueden presentar esta característica que muchas veces es señal de transformación a otras lesiones más agresivas, como el queratoquiste odontogénico. Otros pueden mostrar la proliferación de los restos epiteliales en la luz del quiste que indica que se desarrolló una neoplasia benigna pero agresiva, como lo es el ameloblastoma.<sup>7-9</sup>

Para llegar a un diagnóstico certero de la lesión, se deben tomar en cuenta un conjunto de características recogidas en el estudio clínico, radiográfico e histopatológico. Los elementos diagnósticos se obtienen mediante la anamnesis, el examen clínico y la utilización de los medios auxiliares de diagnóstico. Todos estos estudios nos aportan datos para determinar los posibles diagnósticos diferenciales que puedan identificar esta lesión, y junto al estudio histopatológico, nos permiten establecer el diagnóstico definitivo.<sup>10-12</sup>

Las lesiones uniloculares pequeñas se eliminan a través de la osteotomía, extracción del diente impactado y remoción de la lesión. En las lesiones grandes puede ser necesaria una cirugía extensa que incluya la resección de la mandíbula. Hay dos procedimientos quirúrgicos que se emplean para eliminar estos quistes: marsupialización y enucleación. La marsupialización es un procedimiento indicado en aquellos casos donde se presentan lesiones de gran tamaño que involucran una seria pérdida ósea y que adelgazan peligrosamente el hueso. Esta técnica se utiliza frecuentemente sobre todo en niños, en los casos que se pueda guiar la erupción del diente impactado hasta llevarlo a una posición normal. Con relación a la enucleación, siempre que sea posible se prefiere este procedimiento, porque pueden existir transformaciones ameloblásticas o carcinomatosas asociadas a la pared del quiste, lo que hace necesario enuclear la totalidad de la lesión y someterla a un estudio histopatológico, con lo cual disminuye la posibilidad de recurrencia y de transformaciones desfavorables.<sup>13-18</sup>

Se debe establecer el diagnóstico diferencial de estas lesiones con otros quistes o tumores de los maxilares, como los quistes inflamatorios o el ameloblastoma, queratoquiste odontogénico, el tumor odontogénico adenomatoide, entre otros.<sup>19-21</sup>

Cuando se trata de lesiones pequeñas, el pronóstico es bueno ya que se elimina quirúrgicamente sin dificultad y en su mayoría no hay recidiva. Mientras que si las lesiones son grandes, el pronóstico es reservado ya que conllevan una gran pérdida ósea y adelgazan peligrosamente al hueso. Existe entonces el riesgo de que se produzcan fracturas patológicas del hueso comprometido. El comportamiento

biológico del quiste dentígero es benigno, aunque se han informado casos aislados de transformación maligna de su epitelio.<sup>22,23</sup>

### Presentación del caso clínico

Paciente femenina de 17 años de edad, que fue remitida al servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital "General Calixto García" por presentar aumento de volumen en el lado izquierdo del maxilar. Al interrogatorio la paciente refirió presentar el aumento de volumen de 2 años de evolución y crecimiento lento, que refirió sufrir periódicamente de infecciones sobreañadidas, para los que se le indicó tratamiento con antimicrobianos, sin que desapareciera completamente el aumento de volumen.

Al realizar la exploración facial se encontró asimetría dada por aumento de volumen de la región geniana izquierda ([Fig. 1](#)). A la palpación no se identificó aumento de temperatura local ni pulsación. La piel era normal. Intrabucalmente se detectó expansión de la cortical externa maxilar izquierda ([Fig. 2](#)) y ausencia clínica del 28, sin antecedentes referidos de exodoncia previa. El estudio imagenológico simple reveló la presencia de una ligera radiopacidad del seno maxilar izquierdo asociada a un elemento más radiopaco que parecía coincidir con el 28 retenido, en posición próxima al piso orbitario de ese lado ([Fig. 3](#)). En el estudio tomográfico se delimitó la dimensión de la lesión ([Fig. 4](#)).



**Fig. 3.** Radiografía preoperatoria, vista Water.

Se realizó una biopsia incisional, que no ofreció un diagnóstico coincidente con el cuadro clínico, se decidió entonces realizar la exéresis quirúrgica total de la lesión, que incluyó el diente asociado mediante abordaje de Caldwell-Luc ([Fig. 5](#)). Se indicó el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica, que arrojó el diagnóstico definitivo de quiste dentígero.

Actualmente la paciente ([Fig. 6](#)), luego de 6 meses de la intervención quirúrgica, se mantiene asintomática y normalmente reinsertada a su vida social y continúa con seguimiento periódico por consulta externa.

## DISCUSIÓN

Los quistes dentígeros suelen ser un hallazgo casual en la mayor parte de los casos, que por lo general se descubren al investigar la no erupción de un diente permanente. Este quiste se desarrolla más frecuentemente en la región mandibular, pero cuando se presenta en el maxilar puede producir, por su crecimiento expansivo, afectación de las estructuras adyacentes como el septum nasal, órbita o arco alveolar, como en el caso en cuestión.

El tratamiento depende de su tamaño, localización, la afectación estética, y en ocasiones requiere el sacrificio de hueso para asegurar la exéresis de la lesión, incluso puede necesitar abordajes mayores como el de la incisión de Ferguson-Weber.<sup>24</sup>

Aunque el 70 % de los quistes dentígeros se ubican en la mandíbula, también se pueden encontrar en el maxilar en relación con dientes ectópicos. Cuando el seno maxilar es invadido, los síntomas usualmente aparecen tardíamente en el proceso. Estos pueden incluir dolor facial, parestesia como consecuencia de la presión sobre un nervio, dolor de cabeza, trismo, trastornos de la gustación y congestión nasal.<sup>25</sup>

## CONCLUSIONES

Un requisito básico en la metodología diagnóstica de cualquier entidad, lo constituye la realización del interrogatorio, examen físico y la correcta utilización de los medios auxiliares de diagnóstico, lo desempeña un papel fundamental en la obtención de un correcto dictamen de las entidades patológicas de cabeza y cuello. La unificación de los datos obtenidos nos llevará a un correcto juicio y a la selección de un lógico plan de tratamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Romero Y, Jiménez C, Hernández P. Presentación inusual de un quiste dentígero en paciente pediátrico. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Rev Acta Odontológica Venezolana. 2007;45(2).
2. Tortorici S, Amodio E, Massenti MF. Prevalence and distribution of odontogenic cysts in Sicily: 1986-2005. Journal of Oral Science. 2008;50(1):15-8.
3. 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(6):676-9.
4. 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.
5. Kyung S, Kim MD, Jun-Hee K. Dentigerous cyst presenting with sinus headache as the primary symptom. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2009;49(6):919-22.

6. Licéaga Reyes R, Arrascue Dulanto M, Trejo Aguilar M, Mosqueda Taylor A. Quistes dentígeros múltiples en los maxilares: presentación de un caso. *Rev Estomatol Herediana*. 2005;15(1).
7. Romero Y, Jiménez C, Hernández P, Ganai A. Presentación inusual de un quiste dentígero en paciente pediátrico. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venezolana*. 2007;45(2).
8. Bhayya D, Shyagali T. Dentigerous cysts of inflammatory origin. A case report. *The Internet Journal of Dental Science*. 2009;7(2).
9. Dinkar AD, Dawasaz AA, Shenoy S. Dentigerous cyst associated with multiple mesiodens: A case report. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2007;25(1):56-9.
10. 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.
11. Di Pasquale P, Shermetaro C. Endoscopic removal of a dentigerous cyst producing unilateral maxillary sinus opacification on computed tomography. *Ear Nose Throat J*. 2006;85:747-8.
12. López Jiménez P, Bassallote González M, Cossío Infante P. Extracción de canino mandibular transmigrado, asociado a un quiste dentígero gigante. *Revista SECIB on line*. 2007;2:23-33.
13. Shane McCrea. Adjacent dentigerous cysts with the ectopic displacement of a third mandibular molar and supernumerary (forth) molar: a rare occurrence. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2009;107:15-20.
14. Sumer M, Bas B, Yildiz L. Inferior alveolar nerve parasthesia caused by a dentigerous cyst associated with three teeth. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007;12:388-90.
15. Houston GD. Oral pathology. Ameloblastoma arising in a dentigerous cyst. *J Okla Dent Assoc*. 2007;98(9):28-9.
16. Elo JA, Slater LJ, Herford AS, Tanaka WE, King BJ, Moretta CM. Squamous cell carcinoma radiographically resembling a dentigerous cyst—report of case. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007;65(12):2559-62.
17. Chi AC, McDonald TA, JB Peacock. Jaw cysts with sebaceous differentiation: Report of 5 cases and a review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007;65:2568-74.
18. Pina Godoy G, Dantas da Silveira EJ. Immunohistochemical profile of integrins in enlarged dental follicles and dentigerous cysts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2007;104:29-34.
19. 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.

20. Vaid N, Kothadiya A, Adwani S. Tooth in a cyst -Is it always a dentigerous cyst? Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2007;59:399-400.
21. Gbolahan O, Fatusi O. Clinicopathology of soft tissue lesions associated with extracted teeth. J Oral Maxillofac Surg. 2008;66:2284-9.
22. 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.
23. 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.
24. Alaeddini M, Salah S, Dehghan F. Comparison of angiogenesis in keratocystic odontogenic tumours, dentigerous cysts and ameloblastomas. Oral Diseases. 2009;15(6):422-7.
25. Sales MA, Cavalcanti MG. Complex odontoma associated with dentigerous cyst in maxillary sinus: case report and computed tomography features. Dentomaxillofacial Radiology. 2009;38:48-52.

Recibido: 15 de agosto de 2009.

Aprobado: 17 de septiembre de 2009.

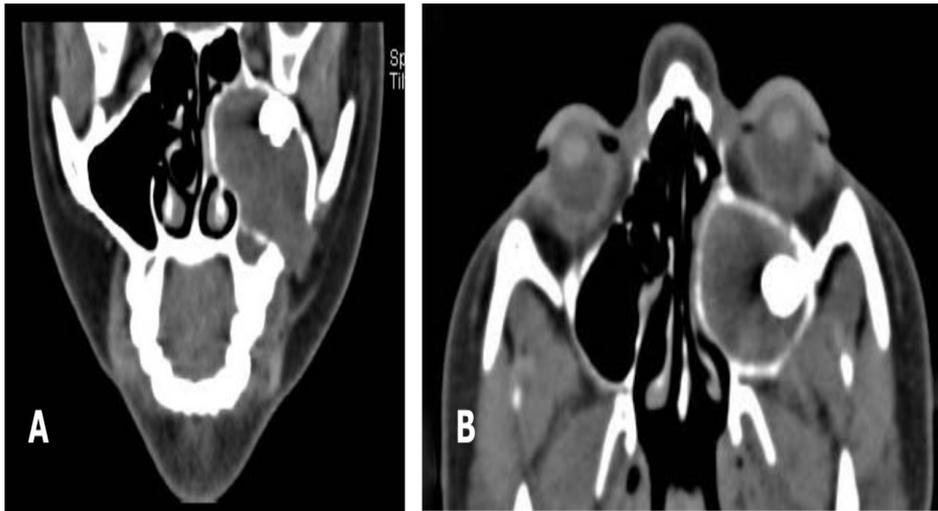
Dra. *Denia Morales Navarro*. Hospital "General Calixto García". E-mail: [deniamorales@infomed.sld.cu](mailto:deniamorales@infomed.sld.cu)



**Fig.1** Aspecto clínico facial preoperatorio.



**Fig. 2** Aspecto clínico bucal preoperatorio.



**Fig. 4** a y b Vistas del estudio tomográfico.



**Fig. 5.** Pieza quirúrgica.



**Fig. 6.** Aspecto clínico postoperatorio.