

## **Tratamiento multidisciplinario en un niño afectado por un quiste dentífero**

Multidisciplinary treatment in a child with dentigerous cyst

Dra. C. Alina Rodríguez Castellanos<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4025-2272>

Dra. Mayra Barrera Garcell<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-0576-3483>

Dr. Humberto Manuel Rodríguez Rey<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1860-3112>

<sup>1</sup>Clínica Estomatológica Provincial Docente Mártires del Moncada. Santiago de Cuba, Cuba.

\*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: [alina.r@infomed.sld.cu](mailto:alina.r@infomed.sld.cu)

### **RESUMEN**

Se presenta el caso clínico de un paciente que a los 7 años de edad fue remitido a la Clínica Estomatológica Provincial Docente Mártires del Moncada de Santiago de Cuba por presentar un quiste dentífero y displasia fibrosa monostótica. Desde entonces, y durante casi 10 años, el paciente ha sido atendido por un equipo multidisciplinario odontopediátrico, que ha seguido su evolución y ha aplicado diferentes protocolos diagnósticos y terapéuticos; estos últimos han incluido intervenciones quirúrgicas, rehabilitaciones protésicas, quimioterapia, entre otros. Por la complejidad del caso y la poca frecuencia con que aparecen asociadas ambas entidades clínicas en la infancia, se decidió comunicar este artículo al gremio odontológico nacional y extranjero.

**Palabras clave:** quiste dentífero; displasia fibrosa monostótica; fractura dentaria; odontología pediátrica multidisciplinaria.

## **ABSTRACT**

The case report of a seven years old child who was referred to Mártires del Moncada Provincial Teaching Stomatological Clinic in Santiago de Cuba, who had a dentigerous cyst and monostotic fibrous displasia is presented. Since then, and almost during 10 years, the patient has been assisted by a multidisciplinary odontopediatric team, which has followed his clinical course and has applied different diagnostic and therapeutic protocols, including surgical procedures, prosthetic rehabilitations, chemotherapy, among others. Due to the case complexity and the frequency with which both clinical entities are associated in childhood, it was decided to publish this work for the national and foreign odontological community.

**Key words:** dentigerous cyst; monostotic fibrous displasia; dental fracture; multidisciplinary pediatric Odontology.

Recibido: 12/04/2021

Aprobado: 07/06/2021

## **Introducción**

En la provincia de Santiago de Cuba, a pesar del amplio número de niños y jóvenes con enfermedades bucodentales, los tratamientos multidisciplinarios complejos son poco comunes, especialmente cuando algunas de las afecciones llevan al uso de prótesis dental en edades tempranas.

Por otra parte, autores como Cisneros Domínguez *et al*<sup>(1)</sup> y Arocha Arzuaga *et al*<sup>(2)</sup> plantean la falta de implementación de las acciones descritas en el Programa Nacional de Atención Estomatológica al Menor de 19 años y consideran de importancia vital el conocimiento de la temática para la prevención de las anomalías o de su progreso y complicación.

En los servicios de estomatología general es más usual que se desconozcan las entidades del sistema estomatognático que conducen a rehabilitación protésica en los menores de

edad, lo cual puede dificultar el diagnóstico y el tratamiento. Por el contrario, en los servicios de cirugía bucal y ortodoncia se atiende principalmente a pacientes en estas edades, lo cual les facilita identificar la aparición de cualquier anomalía.

Todo lo anterior indica la necesidad de conocer el procedimiento clínico y de efectuar la integración y sistematización interdisciplinaria odontopediátrica en la atención primaria de salud y en los demás niveles de atención estomatológica. Con la comunicación de este caso clínico se busca fortalecer la relación interdisciplinaria, que fue esencial para establecer tratamientos complejos en un paciente menor de 19 años.

## **Caso clínico**

Se describe el caso clínico de un niño de 7 años de edad, remitido del Hospital Infantil Docente Sur Dr. Antonio María Béguez César de Santiago de Cuba al Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial de la Clínica Estomatológica Provincial Docente Mártires del Moncada en esa misma ciudad, porque presentaba un aumento asintomático del volumen en el lado izquierdo de la mandíbula debido a un quiste dentígero y una displasia fibrosa monostótica, con secuelas psíquicas, estéticas y funcionales en el menor.

Por la complejidad del caso, el niño recibió tratamiento en los servicios de atención estomatológica general, prótesis dental, ortodoncia y oncología. Asimismo, se siguió un protocolo de diagnóstico e intervención quirúrgica, que incluía los folículos dentarios en desarrollo de los dientes del 32 al 35.

Al ser una enfermedad poco común en la infancia, se requería que el estomatólogo a cargo poseyera determinada competencia profesional, adquirida con su experiencia, a fin de que se estableciera un tratamiento integrado y su sistematización multidisciplinaria a partir de la necesaria conformación de un equipo de trabajo odontopediátrico, responsable del protocolo en las diferentes etapas de desarrollo del paciente.

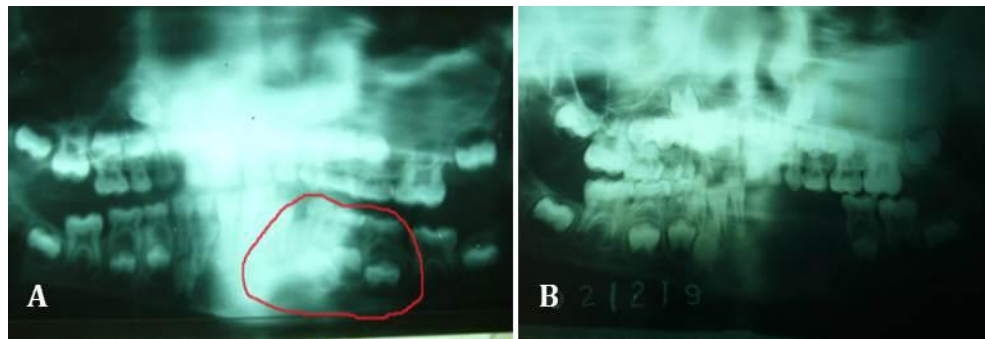
La anamnesis y la exploración física adecuadas resultaron en un diagnóstico acertado, corroborado por las pruebas complementarias adicionales.

### **Procedimiento diagnóstico y quirúrgico**

Se utilizaron medios auxiliares diagnósticos para establecer comparaciones antes y después del procedimiento quirúrgico, que consistió en la enucleación del quiste dentígero; de esta forma se verificó su eliminación (fig. 1A-B).

Las pruebas radiográficas mostraron imágenes radiolúcidas foliculares bien circunscritas, rodeando las coronas de los dientes sin brotar, lo que, unido a los modelos de estudio, permitió mantener el seguimiento médico del paciente.

Es conveniente que los estomatólogos conozcan las características clínicas y radiográficas de la lesión, así como el tratamiento y pronóstico certero en cada paciente.



**Fig. 1.** A) Antes de la enucleación: se señala la zona del quiste dentígero con folículos dentarios incluidos; B) Luego de la enucleación.

### **Tratamiento rehabilitador con prótesis dental**

Posterior a la intervención quirúrgica, cuando el paciente había cumplido los 8 años de edad, se le remitió al Servicio de Prótesis de la misma clínica, con fines preventivos, para mejorar la estética y la función masticatoria.

Al efectuar el examen intrabucal, se observó retracción gingival del diente 32 (fig. 2A), reborde residual reducido, escasa retención morfológica del 36, además de daño psicológico, estético y funcional por la temprana mutilación, y leve asimetría facial por depresión en la región mandibular izquierda, que condujo a tratamientos multidisciplinarios y rehabilitación con prótesis dental (fig. 2B).



**Fig. 2.** A) Retracción gingival del diente 32; B) Rehabilitación protésica

Fue elaborada la historia clínica correspondiente a este servicio, en la cual se recogieron los cambios observados durante las etapas terapéuticas, lo que permitió un diagnóstico acertado a partir del examen clínico.

Se confeccionó una prótesis acrílica provisional, con retenedores Adams y de bola para asegurar la estabilidad, por la escasa retención de los pilares 36 y 33. Se valoró la deformidad existente, así como la realización de un tratamiento integral sobre las anomalías de formación y desarrollo de las estructuras maxilofaciales.

Dicha prótesis reemplazó artificialmente los dientes perdidos, la deformidad causada por el leve laterognatismo funcional y el asincronismo muscular.

Resulta importante señalar el logro en la cooperación del niño, no así en la comunicación directa entre las diferentes disciplinas involucradas en este caso, a pesar de considerarlo de gran complejidad.

### **Seguimiento clínico-terapéutico del niño**

Al realizar el chequeo periódico correspondiente a los 10 años de edad, la madre acudió preocupada por el desajuste de la prótesis, la dificultad masticatoria y una asimetría facial desde el pómulo hasta el arco infraorbitario, lo que se corroboró en el examen físico intra— y extrabucal.

El aumento del volumen era de consistencia duropétreo, con deformidad intrabucal poco significativa en la zona izquierda de la tuberosidad, que desajustaba la prótesis y causaba isquemia en el tejido mucoso del reborde inferior izquierdo durante la función en oclusión céntrica.

Además, se observaron cambios patológicos hipertróficos en los rebordes maxilares, laterognatismo funcional y asincronismo muscular. Ante esta situación, se les explicó a los padres la necesidad realizar una biopsia para confirmar el presunto diagnóstico y esperar hasta la etapa de adolescencia para la intervención quirúrgica; razón por la cual la madre decidió atenderlo en La Habana.

Se realizó la biopsia de la lesión en el fondo de surco vestibular con remodelación del reborde superior hipertrófico, y se corroboró la presencia de displasia fibrosa monostótica, considerando el protocolo intra— y extrahospitalario (quirúrgico, quimioterapéutico y medicamentoso). Esta entidad se considera monostótica porque un solo hueso se encuentra afectado, el cual se ensancha y la capa cortical adyacente se adelgaza.

A los 12 años de edad se le realizaron rayos X panorámicos evolutivos, que mostraron un incremento de la condensación ósea en la zona del hueso malar, con una deformidad manifiesta, asintomática. En la consulta de Prótesis se activaron los retenedores.

Luego de la segunda intervención quirúrgica, a los 13 años de edad, que abarcó desde el arco infraorbitario, con remodelado estético para reponerlo y pérdida del folículo del diente 24 incluido, se confeccionó una prótesis superior parcial removible de acrílico, por razones estéticas y funcionales, y se mantuvo el espacio horizontal y vertical; también se renovó la prótesis inferior.

En el examen extrabucal se evidenciaba deformidad facial y una cicatriz por la afectación en el arco infraorbitario, con reducción de la apertura ocular de ese lado. Se interconsultó con uno de los mejores especialistas de II grado en cirugía maxilofacial de la provincia de Santiago de Cuba, quien sugirió mantener el seguimiento por esta entidad clínica hasta efectuar la intervención quirúrgica más adelante.

A los 14 años de edad la deformidad era visible, existía descenso del bloque óseo izquierdo, sobremordida de la corona completa del diente 23, lingualizado y en giroversión, que presionaba sobre el reborde y la prótesis inferior; supraoclusión de los dientes 41, 42, 43, 44, en contacto con las rugosidades palatinas.

Posteriormente, a los 16 años, en el Servicio de Atención Estomatológica Integral se le realizó tratamiento pulporradicular en la pieza 11, con reconstrucción de ambos dientes

en una fractura angular compleja por trauma, que incluyó el tercio medio de los dientes 11 y 21.

Resultó impresionante que el resto de los dientes eran rechazados de la hemiarcada dentaria por el descenso progresivo del bloque óseo, a pesar de haber recibido 6 ciclos de sueros citostáticos con pamidronato para controlar la enfermedad, en el Servicio de Oncología.

La enfermedad había proliferado hasta producir opacidad marcada del seno maxilar y paranasal, con estrechamiento del conducto auditivo y afectación del arco infraorbitario inferior y de la visión, pues le había ocasionado miopía, astigmatismo e hipoacusia en el oído izquierdo, por el crecimiento óseo en esa región (fig. 3).



**Fig. 3.** Extensión de la enfermedad a las zonas infraorbitaria y auricular

Clínicamente presentaba las siguientes secuelas: afectación visual (uso de espejuelos), asimetría facial, con elevación del arco infraorbitario izquierdo, descenso de la tuberosidad izquierda y del diente 23, lingualizado, mayor reducción del espacio oclusal del reborde y ensanchamiento del espacio en el diente 24.

Se realizaron modelos de estudio, para seguir la evolución del paciente, y se obtuvo incremento marcado de la sobremordida vertical, relación de la corona completa de la pieza 23 con la 32, impedimento a los movimientos en los tres planos espaciales; además, se tomaron fotografías testimoniales.

Los padres aprobaron la psicoprofilaxis y todos los tratamientos odontológicos realizados a su hijo. También resaltaron la actuación ética en cada servicio, el diagnóstico certero y la terapéutica oportuna. Se contó con la aprobación familiar para

tomar las imágenes fotográficas y publicarlas, con vistas a un mejor conocimiento y desempeño de los profesionales de la salud.

## Comentarios

Pereira García y Sarracent Valdés<sup>(3)</sup> refieren que los quistes dentígeros son odontogénicos, de malformación y origen epitelial, según la clasificación de los tumores realizada por la Organización Mundial de la Salud. Es el más común después del quiste radicular, generalmente relacionado con la corona de un diente normal que no ha brotado.<sup>(4,5)</sup>

Se describe como un saco cerrado, de contenido líquido o semisólido, y cristales de colesterina; un epitelio que puede transformarse en entidad neoplásica, como ameloblastoma o carcinoma epidermoide.<sup>(5)</sup> Puede producir expansión ósea, asimetría facial, desplazamiento dental, reabsorción radicular de los dientes adyacentes y dolor;<sup>(6)</sup> razón por la cual varios autores<sup>(7,8)</sup> coinciden en que la enucleación es la mejor forma de tratamiento en la niñez, pues se minimizan significativamente las tasas de recidiva.

El tema de las anomalías dentomaxilofaciales ha sido poco estudiado, dado que no se contemplan todas las alteraciones musculares, dentarias y esqueléticas, con repercusión psíquica y funcional, e influencia significativa en la apariencia física de los individuos.<sup>(9)</sup>

En cirugía maxilofacial, a partir de la anamnesis, el examen clínico y los rayos X panorámicos se infiere, como presunto diagnóstico, la presencia de una displasia fibrosa monostótica, que produce el reemplazo del hueso normal por un tejido fibroso y fragmentos pequeños de hueso trabecular inmaduro en el esqueleto en crecimiento, con deformidades angulares como resultado de la mineralización defectuosa displásica interna.<sup>(10)</sup>

Recientemente el paciente de este caso clínico recibió una tercera intervención quirúrgica, con remodelado del hueso malar, y se encuentra en espera de otra operación, para la prevención de secuelas, la curación y rehabilitación, tanto ambulatoria como intrahospitalaria.



En las etapas del tratamiento odontopediátrico complejo, los resultados biopsicosociales no siempre son satisfactorios para el equipo de salud, aunque se mancomunen las acciones multidisciplinarias descritas en el Programa Nacional de Atención al Menor de 19 años. La intervención de otras especialidades médicas resulta indispensable para la evolución del paciente y el éxito terapéutico; por ello, los autores de este artículo proponen la conformación de un equipo de salud multidisciplinario único y estable.

## Referencias bibliográficas

1. Cisneros Domínguez G, Cruz Martínez I. Detalles clínicos de la oclusión dental en niños de un círculo infantil. MEDISAN. 2017 [citado 17/05/2019];21(7):781-7. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-3019201600002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-3019201600002)
2. Arocha Arzuaga A, Aranda Godínez MS, Pérez Pérez Y, Granados Hormigó AE. Maloclusiones y hábitos deformantes en escolares con dentición mixta temprana. MEDISAN. 2016 [citado 17/05/2019];20(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192016000400002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400002)
3. Pereira García K, Sarracent Valdés YB. Quistes dentígeros. Actas del Congreso Internacional de Estomatología 2015; 1-8 Sep 2015; La Habana, Cuba. La Habana: CENCOMED; 2015 [citado 17/05/2019]. Disponible en: <http://estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/999/316>
4. Displasia fibrosa. Mayo Clinic. 2017 Ago [citado 17/05/2019]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/fibrous-dysplasia/symptoms-causes/syc-20353197>
5. Gbenou Morgan Y, Vergara Piedra LP. Quiste dentígero en la "llave de la oclusión". A propósito de un caso. Rev Hab Cienc Méd. 2016 Ago [citado 17/05/2019];15(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2016000400010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000400010)

6. Pardo Casanueva L, Loughney González A, Fernández Domínguez M. Quiste folicular. A propósito de un caso. Dent Pract Report. 2013 Jul-Ago [citado 17/05/2019];8:33-6. Disponible en: <http://dy7gy3y759lna.cloudfront.net/n54/Operatoria-dental.pdf>
7. Astrogilda de Sousa Feitosa F, Simião Figueiredo A, Carvalho de Oliveira C, Chávez González BA, Gonçalves Vieira-AndradeR, Fonseca-Silva T. Quiste dentígero en niños. Rev Odontopediatría Latinoamericana. 2016 [citado 17/05/2019];6(1). Disponible en: <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/83/128>
8. Quintana Diaz JC, Quintana Girarl M. Quistes de los maxilares en el Servicio de Cirugía Maxilofacial de Artemisa. Acta Odontológica Colombiana. 2014 [citado 17/05/2019];4(1):149-56. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/44612/pdf>
9. Sarracent Valdés Y, Gbenou Morgan Y, Franquelo Sarracent D. Manejo de quiste dentígero mandibular de grandes proporciones. Presentación de un caso Rev Haban Cienc Méd. 2017 [citado 17/05/2019];16(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2017000400012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000400012)
10. Departamento Nacional de Estomatología. Atención estomatológica a la población menor de 19 años. Manual de procedimientos La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2018.

### **Conflicto de Intereses**

No existen conflictos de intereses entre los autores.

### **Contribución de los autores**

Alina Rodríguez Castellanos: Concepción del trabajo a presentar, redacción y revisión final del caso clínico, selección de imágenes radiográficas y fotos, revisión y selección de las referencias. Participación: 50 %.

Mayra Barrera Garcell: Confección del resumen en español e inglés, selección de la iconografía, revisión de las referencias y del trabajo final. Participación: 25 %.

Humberto Manuel Rodríguez Rey: Búsqueda de referencias bibliográficas relacionadas con el caso, revisión final del artículo, redacción del caso clínico. Participación: 25 %.

