



Quisto de dentiguador: características clínicas, radiográficas y criterios para el plan de tratamiento

Dental Cyst: Clinical, radiographic characteristics and criteria for the treatment plan

Beiriz Rejane KA¹, Silva Janaina S¹, Araujo Marcelo M², Alves Kayo C³, Vasconcellos Ricardo JH⁴, Júnior Marcus AB⁵

¹Centro Universitario Tiradentes - Unid / AL.

²Área de concentración de Cirugía de Traumatología Oral y Maxilofacial, Universidad Estatal de Campinas.

³Área concentración Cirugía y Traumatología Buco maxilofacial por Hospital Policlín y Clínica Prof. Dr. Antenor Araujo en São José dos Campos-SP.

⁴Cirugía y Traumatología, Maxilofacial Oral, Universidad de Pernambuco- UPE

⁵Cirugía de Traumatología Oral y Maxilofacial en la USP - Ribeirão Preto.

Abstract

Cysts are maintained by the presence of a cavity lined with epithelial cells and filled with a fluid secreted by them. The dental record is the most common type of development and is involved in wrapping an included tooth crown and connecting to the tooth through the cemento-enamel junction. Having a prevalence in the first three decades of life, with a predilection for males. Radiographically, dental cysts appear as a radiological, unilocular or multilocular lesion with well-defined and radiopaque edges associated with the crown of an included tooth. Usually, dental cysts are submitted to surgery by enucleation or marsupialization. The objective of the article is to illustrate a case of dental diagnosis, thus showing the characteristics from the type of lesion and the best treatment method. Patient in postoperative follow-up and without complications.

KEY WORDS: cyst, odontogenic cysts, surgery dentigerous, treatment.

Resumen

Los quistes se definen por la existencia de una cavidad revestida de células epiteliales y llena de un líquido secretado por ellas. El quiste dentífero es el tipo más común de quiste de desarrollo y se caracteriza por envolver la corona de un diente incluido y conectarse al diente a través de la unión cemento-esmalte. Tener una prevalencia en las primeras tres décadas de la vida, con predilección por los hombres. Radiográficamente, los quistes dentíferos aparecen como una lesión radiolúcida, unilocular o multilocular con bordes bien definidos y radiopacos asociados con la corona de un diente incluido. Los quistes dentíferos generalmente se tratan quirúrgicamente mediante enucleación o marsupialización. El propósito de este artículo es ilustrar un caso de quiste dentífero, mostrando así las características de este tipo de lesión y sus formas apropiadas para el tratamiento. Paciente en seguimiento postoperatorio y sin complicaciones.

PALABRAS CLAVE: quistes odontogénicos, quiste dentífero, tratamiento.

Received 29 March 2020; Received in revised form 29 April 2020; Accepted 17 July 2020

Introducción

Los quistes se definen por la existencia de una cavidad revestida de células epiteliales y llena de un líquido secretado por ellas. Además, los quistes pueden clasificarse como odontogénicos y no odontogénicos, y dentro de los quistes odontogénicos todavía hay una subclasificación según su origen, que puede ser un quiste de desarrollo o un quiste inflamatorio^{1,2}.

El quiste dentígero es el tipo más común de quiste de desarrollo y se caracteriza por envolver la corona de un diente incluido y conectarse al diente a través de la unión cemento-esmalte. Su patogénesis es incierta, sin embargo, se cree que se desarrolla por la acumulación de fluidos entre el epitelio reducido del esmalte y la corona del elemento dental^{1,3}.

Tener una prevalencia en las primeras tres décadas de vida, con predilección por los hombres, además de afectar más la región posterior de la mandíbula. Clínicamente, estos quistes son asintomáticos y generalmente involucran principalmente terceros molares, caninos y segundos molares. Por lo tanto, se encontraron a través de hallazgos radiográficos para investigar una erupción dental tardía o un aumento en el volumen^{4,5}.

Radiográficamente, los quistes dentígeros aparecen como una lesión radiotransparente, unilocular o multilocular con bordes bien definidos y radiopacos asociados con la corona de un diente incluido. Además, puede tener resorción radicular y en quistes grandes también puede causar expansión ósea cortical⁶.

Sin embargo, como las características radiográficas de esta lesión son similares a otras, como los queratoquistes odontogénicos y el ameloblastoma unilocular, solo el examen radiográfico no puede definir el diagnóstico de la lesión. Por lo tanto, es necesario realizar el examen histológico para poder dar un diagnóstico preciso de la lesión⁷.

Histológicamente, presenta una cápsula de tejido conectivo fibroso que está débilmente fijada, con pequeñas hebras de epitelio odontogénico e infiltrado inflamatorio mononuclear. El epitelio de revestimiento normalmente está estratificado, no queratinizado, con dos o más capas de células epiteliales cúbicas. Es extremadamente importante realizar un examen histopatológico

para el diagnóstico preciso de la lesión, descartando otros tipos de lesiones con características similares, además del control radiográfico periódico durante al menos 2 años^{3,5}. El tratamiento del quiste dentígero será de acuerdo con el tamaño de la lesión, que puede ser por la técnica de enucleación, cuando la lesión es pequeña. Y si la lesión es de mayor tamaño, se debe utilizar la técnica de descompresión con el uso de drenajes o la técnica de marsupialización. la forma de tratamiento depende de la forma en que se presenta la lesión^{5,6}.

El propósito de este artículo es ilustrar un caso de quiste dentígero, mostrando así las características de este tipo de lesión y una de las formas apropiadas de tratamiento.

Descripción de un caso

Paciente masculino, de 27 años, leucoderma, llegó al consultorio enviado por el ortodoncista, con antecedentes de hallazgos radiográficos en la región mandibular. Según la imagen de la radiografía panorámica, se mostró una lesión radiotransparente, con límites bien definidos, que involucra la corona de un diente incluido (38), en la región de la rama y el ángulo mandibular en el lado izquierdo (Fig. 1).

Durante la anamnesis, el paciente no informó ninguna enfermedad subyacente, alergia a medicamentos o dolor. En el examen extraoral e intraoral, no se observaron cambios ni asimetría. Se solicitó la tomografía computarizada, dada la gran extensión de la lesión quística. En las secciones axial y coronal hay un área radiolúcida extensa y corticales vestibulares y linguales con un espesor delgado.

La enucleación quística asociada con la biopsia por escisión se planificó y realizó. Se realizó acceso triangular intraoral, desprendimiento mucoperióstico, ostectomía en la región distal del diente 37, el mismo utilizado para la extracción de los terceros molares inferiores, extracción del diente 38 asociado con un extenso capuchón pericoronario y escisión del quiste, imagen para regularización ósea, irrigación con suero 0.9% fisiológico de la cavidad y sutura simple 3-0 con hilo de seda (Fig. 1).

La prescripción de medicamentos fue AINE (ibuprofeno 600 mg, 8/8 horas, durante 05 días) y

analgésico (dipirona 500 mg, 6/6 horas, durante 02 días) e instrucciones sobre higiene oral, alimentos líquidos pastosos, fríos y helados durante 02 días, descanso relativo y regrese con 07 días para retirar la sutura. En el séptimo día postoperatorio, no se observaron signos de inflamación o infección, tejido gingival con una característica saludable y un paciente sin quejas de dolor. La pieza fue enviada para examen anatomopatológico, regresando con un informe y diagnóstico de quiste dentígero.

El paciente se encuentra en un seguimiento postoperatorio de 2 años sin signos de recurrencia expuestos por la radiografía de control panorámico (Fig. 1).

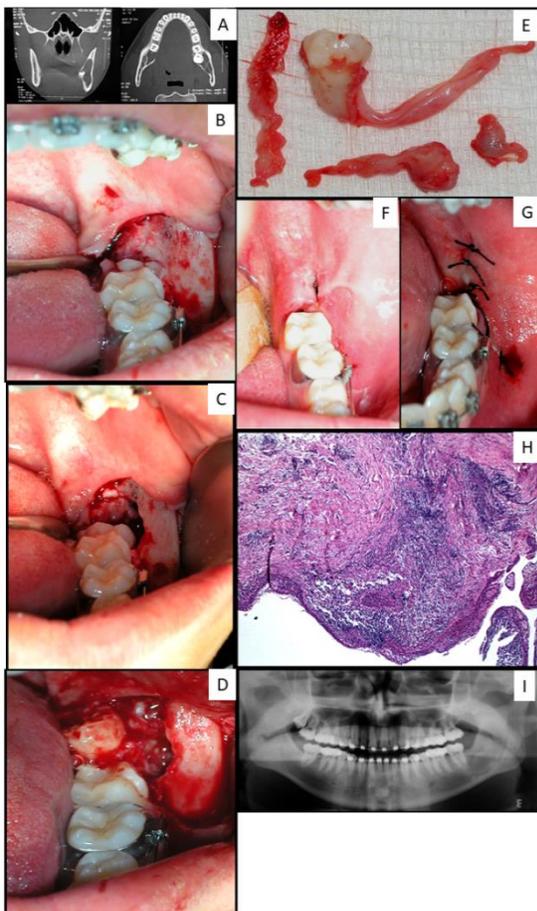


Figura 1. Secuencia de pasos seguidas en el caso (A-I).

Discusión

Los quistes dentígeros son los quistes odontogénicos más comunes. Se asocian principalmente con un diente no erupcionado. Y

los sitios más comunes están alrededor de la corona del tercer molar inferior, seguidos por el canino superior, el tercer molar superior y, raramente, el incisivo central superior. En el presente caso, el quiste se localizó en la región del tercer molar inferior no erupcionado, según la literatura⁹.

Este quiste puede presentarse a cualquier edad, pero a menudo están presentes en la segunda o tercera décadas de la vida, y en la mayoría de los casos son asintomáticas. Por lo tanto, el paciente descrito en este artículo confirma la literatura, estaba en la segunda década de la vida y tenía una condición asintomática y el quiste dentígero fue descubierto por radiografía con fines de ortodoncia. La histopatología confirmó el diagnóstico y excluyó los diagnósticos diferenciales más comunes, que incluyen queratoquistes odontogénicos y ameloblastoma¹⁰. Los exámenes de imágenes son extremadamente importantes para el diagnóstico y la decisión del plan de tratamiento para el quiste dentígero, especialmente la radiografía panorámica y la tomografía computarizada en sus diversas secciones. En el caso mencionado anteriormente, se utilizó la tomografía computarizada para determinar la extensión de la lesión quística y para evaluar mejor su proximidad al canal mandibular².

La forma de tratamiento de esta lesión variará de acuerdo con los criterios clínicos y radiológicos que están relacionados con el tamaño y la ubicación del quiste, la dentición involucrada y la etapa de desarrollo de la raíz del diente involucrado, la posición del diente involucrado en el hueso y la relación con los dientes adyacentes o estructuras anatómicas y edad del paciente⁸.

De esta forma, será el tamaño de la lesión lo que indicará el tratamiento que se realizará, y las lesiones que no son grandes pueden eliminarse mediante cirugía, por otro lado, debido a la gran pérdida ósea y al adelgazamiento del hueso causado por las lesiones más grandes. Tratados con la colocación de un drenaje o con marsupialización⁵.

Por lo tanto, cuando el quiste tiene un tamaño que no es extenso y no hay una relación cercana con estructuras anatómicas importantes, se realiza una enucleación quirúrgica completa del quiste. Aunque esta forma de tratamiento se considera un enfoque traumático que a menudo conduce a la

pérdida de dientes que se comunican con la lesión, todavía está indicada para este tipo de lesión. Sin embargo, a diferencia de la literatura, en el caso citado en este artículo, a pesar de la gran extensión de la lesión quística, se eligió la enucleación como forma de tratamiento, demostrando ser efectiva en ausencia de complicaciones postoperatorias¹¹. Sin embargo, cuando los quistes dentígeros son más grandes y están cerca de estructuras anatómicas importantes, la marsupialización / descompresión se usa como una forma de tratamiento, ya que es una modalidad de tratamiento muy conservadora y reduce el riesgo de daño nervioso y fractura patológica. Esta técnica de tratamiento se usa principalmente en pacientes jóvenes, cuando se trata de un diente en desarrollo permanente, ya que en estos casos es importante que el tratamiento sea lo más conservador posible^{2,8}.

Sin embargo, se deben considerar varias complicaciones potenciales si no hay una extirpación completa del quiste dentígero, como el desarrollo de un ameloblastoma de los restos epiteliales de la pared del quiste o el desarrollo de un carcinoma epidermoide del mismo origen. Además, la recurrencia de quistes dentígeros es rara, en aproximadamente el 3,7% de los casos. Dicha información es compatible con el caso reportado^{1,12}.

Conclusión

Según el caso reportado, se observó que existe una prevalencia de quistes en las primeras tres décadas de vida, con una predilección por los varones y la leucodermia. Para llegar a un diagnóstico concluyente de quiste dentígero, se debe utilizar la anamnesis, el examen clínico y radiográfico, además de la histopatología. El tratamiento del quiste dentígero será de acuerdo con el tamaño de la lesión, en este caso el tratamiento de elección fue por la técnica de enucleación, debido al tamaño de la lesión. El tratamiento obtuvo un resultado satisfactorio para el paciente debido a la ausencia de complicaciones posquirúrgicas y todavía está en seguimiento

Los autores declaran que no existen conflictos potenciales de interés con respecto a la autoría y / o publicación de este artículo.

The authors declare no potential conflicts of interest with respect to the authorship and/or publication of this article

Referencias

1. Neville B, Douglas D, Damm C, Allen J. Patología oral e maxilofacial. 3ª edición. Ed. Elsevier. 2009. Cap. 15 p. 680-683.
2. Domingues NB, Bussaneli DB, Jeremias F, Giro E, Pansani CA. Diagnóstico e tratamento de problemas de dentista: acompanhamento de 3 anos; Rev. Ces odontolo. 2018; 31(1).
3. Floriam LJ, danelon M, silva VO, emerenciano NG, Báez-Quintero LC, Kanaan DDM. Cisto dentígero em odontologia. Relato de caso. Rev. de Odontopediatria latino-americana. 2019; 9 (2).
4. Alnofaie H, Omar A, razan A, Ahmed A. Erupção espontânea de um pré-molar profundamente impactado após tratamento conservador de um cisto dentígero associado: relato de caso. Rev. Cureus. 2019; 11(12).
5. Silva MA, Pinheiro TM, Rausch FZ. Cisto dentígero: revisão da literatura e relato de caso. Rev. Uningá. 2010; 25(1).
6. Ferreira JB, Vêncio EF, Sárt, Gasperini G. Cisto dontogênico glandular em relacionamento dentígero: relato de caso incomum. Rev. Hindawi. 2019; 10(2).
7. Martinelli-Kläy CP, Martinelli CR, Martinelli C, Macedo HR, Lombardi T. Características incomuns de imagem do cisto dentígero: relato de caso. Dent J (Basileia). 2019; 7(3).
8. Tsironi K, Inglezos E, Vardas E, Mitsea A. Verticalização de um primeiro molar mandibular permanente impactado associado a um cisto dentígero e a um segundo molar mandibular ausente - relato de caso. Rev. Dent J (Basileia). 2019; 7(3).
9. Aoki N, Ise K, Inoue A, Kosugi Y, Koyama C, Lida M, Baba J, Iwai T, Mitsudo K. Abordagem multidisciplinar para tratamento de cisto dentígero - marsupialização, tratamento ortodôntico e colocação de implantes: relato de caso. Rev. jornal of medical case reports. 2018; 12 (365).
10. Huang G, Moore L, Logan RM, Gue S. Análise histológica de 41 cistos dentígeros em uma população pediátrica. Rev. jornal of oral pathology and medicine. 2018; 48(1).
11. Nohra J, Kassir AR, Akel H, Dagher M. Tratamento de cistos dentígeros com placa Hawley modificada em crianças: relato de dois casos com resultados radiográficos. REV. British Journal of oral and maxillo surgery. 2019; 58(1).
12. Vaz LGM, Rodrigues, Moacyr TV, Ferreira J. Cisto dentígero: características clínicas, radiográficas e

critérios para o plano de tratamento. Rev. Gaúch. Odontol. 2010; 58(1).

Corresponding to /correspondencia a:

Od. Beiriz Rejane

Curso de Odontología en el Centro Universitario

Tiradentes - Unidad / AL.

E-mail/ Correo electrónico: rejaneandrade618@gmail.com