

QUISTE DENTÍGERO: CORRELACIÓN DE EXAMEN IMAGENOLÓGICO CON DIAGNÓSTICO DE CERTEZA

LORENA BENÍTEZ *, AILÍN GÓMEZ *, ALEJANDRA ANTONIUK **, STEPHANIE ARARIO ***, JULIETA BERALDI ***, MARÍA EUGENIA JONES ***, PABLO MENGIA ***, VICTORIA AZCONA ***, DIEGO VÁZQUEZ ****

* Profesora Adjunta de la Cátedra de Diagnóstico por Imágenes, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.

** Jefa de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Diagnóstico por Imágenes, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.

*** Ayudante de Primera de la Cátedra de Diagnóstico por Imágenes, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.

**** Profesor Titular de la Cátedra de Diagnóstico por Imágenes, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.

RESUMEN

Se presenta un caso clínico de quiste dentígero, asociado a un tercer molar inferior izquierdo retenido, que concurre a la Cátedra de Diagnóstico por Imágenes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires. El paciente, de 53 años de edad, es de sexo femenino. Se utiliza la tomografía de haz cónico para diagnosticar presuntivamente dicha patología. Posteriormente, se realiza biopsia para obtener una muestra y ser enviada para realizar los estudios anatomopatológicos, que corroboran el presuntivo diagnóstico. Basado en lo expuesto, se analiza al quiste dentígero según ubicación, sexo, edad y maxilar; habiendo realizado una revisión de la literatura.

Palabras claves: quiste dentígero, lesión radiolúcida, tomografía computada de haz cónico, caso clínico.

ABSTRACT

A clinical case of a dentigerous cyst associated with a retained lower left third molar is presented. The 53-year-old patient is female. Cone beam tomography is used to presumptively diagnose said pathology. Subsequently, a biopsy is performed to obtain a sample and be sent to perform pathological studies that corroborate the presumptive diagnosis. Based on the above, the dentigerous cyst is analyzed according to location, sex, age and maxilla; having carried out a review of the literature.

Keywords: dentigerous cyst, radiolucent lesion, cone beam computed tomography, clinical case.

INTRODUCCIÓN

Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud de 2017, el quiste dentígero se clasifica como el quiste de desarrollo odontogénico o de origen incierto más frecuente (1, 2). Se origina de la evolución de un germen dentario en donde la pieza dentaria, generalmente, se encuentra en íntima relación con la membrana quística. La característica fundamental es que esta membrana siempre se encuentra adheri-

da al límite amelo-cementario (3, 4). El crecimiento es lento y continuo, pero –si su crecimiento es considerable– puede producir alteraciones en los maxilares. Luego de su resección quirúrgica tienen poca tendencia a recidivar (5, 6). El quiste dentígero se encuentra rodeando la corona de un diente impactado y se forma, principalmente, por la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la superficie del esmalte, produciéndose un quiste en cuya luz está situada la corona dentaria, mientras que la

porción radicular permanece por fuera (7). Radiográficamente se observa una imagen radiolúcida, definida, unilocular, con bordes óseos escleróticos. Debe realizarse diagnóstico diferencial con queratoquiste odontogénico unilocular, quiste periodontal lateral, ameloblastoma uniuístico y tumor odontogénico adenomatoide (8, 9). En cuanto a su epidemiología, afecta con más frecuencia al sexo masculino, entre la segunda y tercera década de vida. Se asocia con mayor frecuencia a terceros molares inferiores, seguido de caninos superiores, tercer molar superior, segundo premolar inferior y supernumerarios. Cuando se sitúan con cercanía al seno maxilar rara vez lo expanden (10, 11, 12).

El objetivo de este trabajo es la presentación de un caso clínico de quiste dentígero asociado a un tercer molar inferior retenido a través del diagnóstico imagenológico y una revisión de la literatura científica.

DESARROLLO

Paciente de sexo femenino, de 53 años de edad, concurre al servicio asistencial de la Cátedra de Diagnóstico por Imágenes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires (FOUBA) para realizarse un estudio imagenológico.

El examen solicitado fue una tomografía computada de haz cónico del sector posterior del maxilar inferior, lado izquierdo, comprendiendo el ángulo mandibular.

La tomografía computada fue realizada con un tomógrafo PlanMeca Promax ubicado en el servicio de asistencial de la Cátedra de Diagnóstico por Imágenes de FOUBA. Este tomógrafo es de origen finlandés y cuenta con múltiples tamaños de ventana (FOV, field of view o campo de visualización) para realizar adquisiciones de volúmenes de distintos tamaños ajustados a la zona de interés.

Para la toma de este volumen se utilizó el campo de visualización más pequeño que permite este tomógrafo, siendo el mismo de 5x5 (cilíndrico de 5 cm de alto por 5 cm de diámetro) y un tamaño de voxel de 200 micrones.

Luego de la adquisición del volumen, el procesamiento de las imágenes se realizó mediante el *software* Romexis Viewer. Se exploraron los tres planos del espacio: axial, coronal y sagital. También se estudió la reconstrucción 3D (figura 1), ya que para el estudio de lesiones óseas es muy práctica y visual para tener

una imagen bien representativa de la lesión. La misma permite apreciar solapamiento de tablas o perforaciones, entre otras.

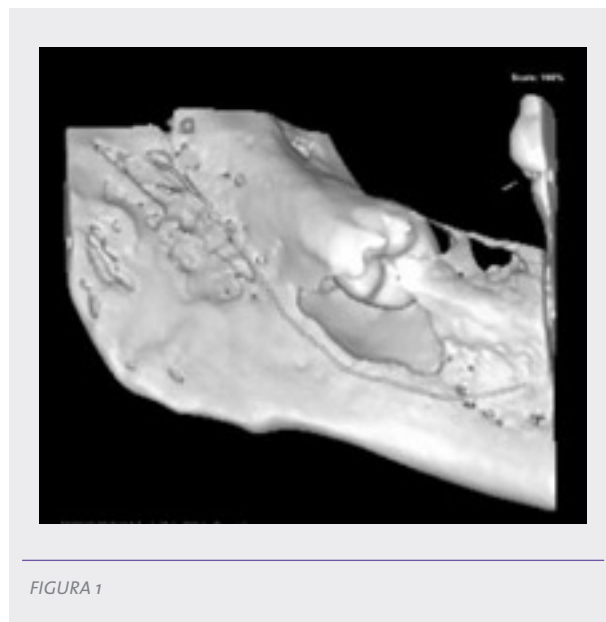


FIGURA 1

Luego de generar los cortes paraxiales (figura 2), mediante la formación de la curva en la zona más representativa del corte axial, se demarcó el trayecto del conducto del nervio alveolar inferior para establecer su compromiso o no con la lesión.

En todos sus cortes la presente lesión se describe como una imagen hipodensa, de bordes netos, nítidos, unilocular tal cual lo sugiere la bibliografía. La misma se encuentra circunscripta a la corona dentaria, que se encuentra en posición horizontal y en mesioversión. En cuanto a la porción radicular, esta no se encuentra involucrada dentro de la lesión, pero puede observarse en la zona apical la presencia de una imagen hipodensa.

En los cortes coronales (figura 3), sagitales (figura 4), axiales (figura 5) y paraxiales puede observarse que la lesión quística no involucra al conducto del nervio alveolar inferior, sino que lo desplaza hacia la basal mandibular.

En los cortes paraxiales (figura 2), mediante una herramienta de medición que presenta el *software*, en los cortes 5, 6, 7 y 8 (que se encuentran a 1 mm separados entre sí) se toman medidas de la lesión quística y puede establecerse que tiene un tamaño aproximado de 10 mm en sentido vestibulo lingual y 15 mm desde la zona del reborde hasta la cortical superior del conducto de nervio alveolar inferior.

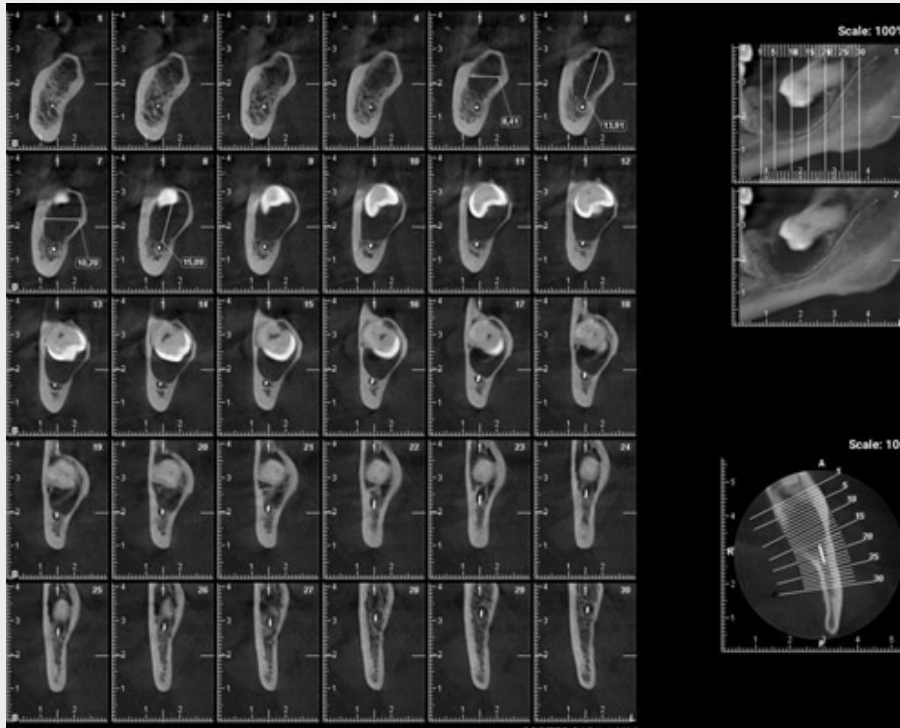


FIGURA 2

Por la severidad de la lesión y su diagnóstico presuntivo, se le indica a la paciente concurrir con la tomografía al profesional derivante para realizar el correspondiente tratamiento quirúrgico y su posterior envío de la muestra extraída al servicio de Anatomía Patológica, para así poder establecer un diagnóstico de certeza. El examen anatomohistopatológico de la muestra biopsica de la mandíbula

brindó un informe definitivo del diagnóstico de certeza de: “quiste dentígero con proceso inflamatorio crónico sobreagregado. Microscopía: fragmento dentario y pieza de quistectomía que mide 1,7 x 1,7 x 0,8 cm, con superficie anfractuosa y pardusca, al corte consistencia elástica, se observa cavidad con contenido grumoso, el espesor de la pared alcanza 0,1 cm (MF)”.

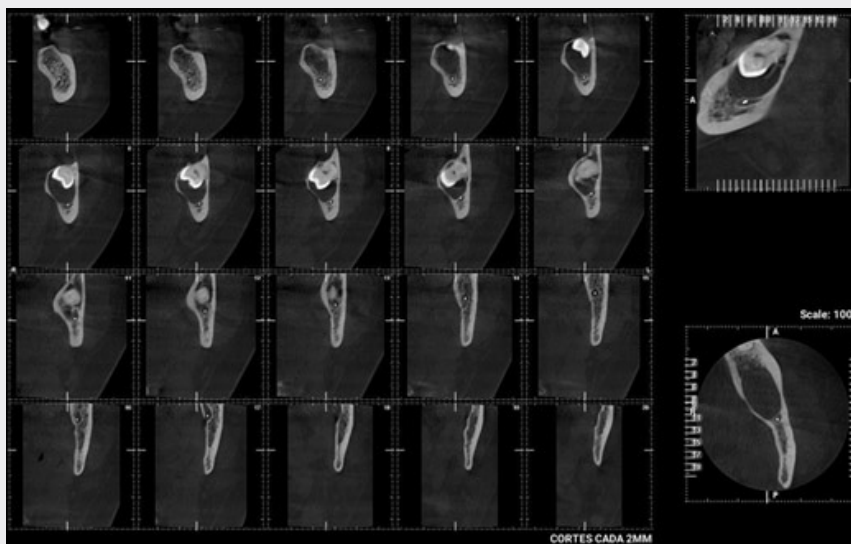


FIGURA 3

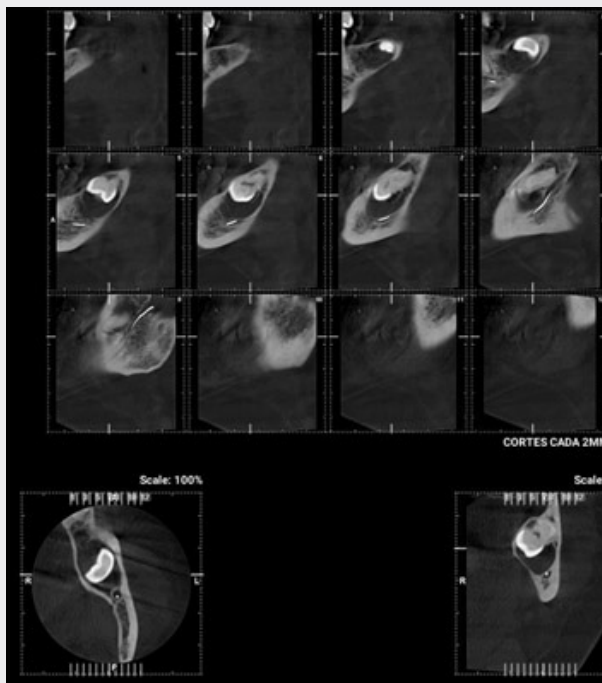


FIGURA 4

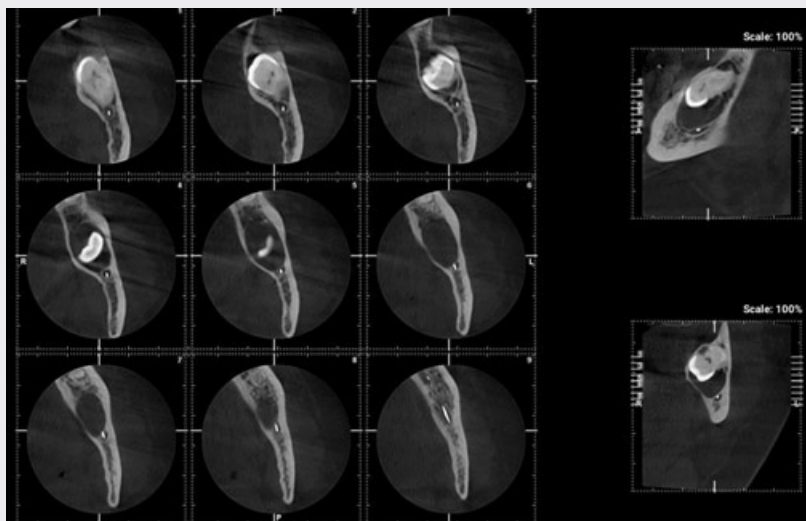


FIGURA 5

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Se debe mencionar la importancia de un diagnóstico temprano de esta lesión, dado que podría originar expansión del hueso, asimetría facial, desplazamiento de piezas dentarias y reabsorción radicular de estructuras dentarias adyacentes.

Los quistes dentígeros suelen ser, junto con los apicales y residuales, los de mayor incidencia entre los

quistes odontogénicos. Nuestro caso clínico es de una paciente de 53 años lo que no suele coincidir con las estadísticas encontradas en la literatura con respecto a la edad (mayor incidencia de 20 a 40 años), (10) pero coincide en el maxilar siendo el inferior en el que se han diagnosticado más apariciones de este quiste, respecto del superior. (1, 12)

El profesional odontológico especialista en imágenes debe prestar atención al momento de recibir las

órdenes con las especificaciones del estudio a realizar y de contar, en lo posible, con un diagnóstico presuntivo para que, al momento de la adquisición de las imágenes, se visualice por completo (para luego poder enviar esa información completa al profesional derivante). Es importante que quien solicite tenga en cuenta que los estudios por imágenes realizados pueden enviarse impresos en acetato y también en formato DICOM para poder explorar el volumen en sus ordenadores y planificar así, el plan de tratamiento que más se ajuste a cada caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez, Gandini, Carbajal. Quiste dentígero: diagnóstico y resolución de un caso. Revisión de la literatura Av Odontostomatol 24, 6 Madrid nov./dic. 2008.
2. Sapp JPh, Eversole LR and Wysocki GP: Cysts of the oral region, in Sapp Eversole Wysocki: Contemporary Oral and Maxillofacial Pathology, St. Louis, Mosby, 1997.
3. Martínez Pérez D y Varela-Morales M: Conservative treatment of dentigerous cyst in children: a report of 4 cases. J Oral Maxillofac Surg 2001; 59: 331-
4. Shah N, Thuan H, Beale I. Spontaneous regression of bilateral dentigerous cyst associated with impacted mandibular third molar. Br J Dental 2002; 26(192): 75-6.
5. Tami Moura, Lopez, Moustarih, Moretta, Montilla, Rivera. Quiste Dentígero. Revisión bibliográfica y presentación de un caso. Acta odontol Venez 2000; June 38(2).
6. Monserrat E. Quiste dentígero: presentación de un caso. Acta Odontol Venez 2002; 40(2).
7. Ko KS, Dover DG, Jordan RC. Bilateral dentigerous cysts-report of an unusual case and review of the literature. J Can Dent Assoc 1999; 65: 49-51.
8. Usture E, Fitoz S, Atazoy C, Erden I, Aykar S. Bilateral maxillary dentigerous cyst: A case report. Oral Surg Oral Med Oral Pat hol Oral Radiol Endod 2002; 95(5): 632-35.
9. Quintana Díaz, Abdulsalam, López Lazo, Vega Basulto, Pinilla González y Hussein Quiste dentígero gigante en una niña. Presentación de un caso. Rev Cubana Estomatol 2007; abr-jun 44(2) Ciudad de La Habana.
10. 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; 91:743-7. 18. 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.
11. Allais de Maurette. Maurette OBrien. Haiter-Neto Moraes. Tratamiento de quiste dentígero bilateral mandibular por medio de dos tipos de tratamientos. Relato de caso clínico y comparación entre las técnicas. Acta odontol Venez 2007; 45 (1) Caracas ene.
12. Sands T, Tocchio C. Multiple dentigerous cysts in a child. Oral Health 1998; 88:27-9.

Contacto de Diego Jorge Vázquez

Dirección: Marcelo T. de Alvear 2142 (1121), 1º piso sector B, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Correo electrónico: diego.vazquez@odontologia.uba.ar