

Quiste dentígero bilateral en paciente de 12 años con parálisis cerebral infantil: reporte de caso

Bilateral dentigerous cyst in a 12-year-old patient with child brain paralysis: case report

P. Cordero*, F. Guerrero*, K. Añazco*, K. Aspiazu*.

RESUMEN

Los quistes dentígeros son cavidades revestidas de epitelio en su cara interna contienen líquido, semilíquido, o sólido y de tejido conectivo en el exterior, se forman a partir del acúmulo de fluido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona del diente retenido o no erupcionado. El artículo tiene como objetivo presentar el reporte de un caso de sexo masculino con antecedente de parálisis cerebral infantil, dientes 1.3 y 2.3 incluidos, y alrededor de sus coronas se observa una zona radiolúcida de forma redondeada.

PALABRAS CLAVE: Quiste Dentígero; Parálisis Cerebral; Odontología; Odontología basada en la evidencia; Cirugía oral.

ABSTRACT

Dentigerous cysts are cavities lined with epithelium on the inside, containing liquid, semi-liquid, or solid, and connective tissue on the outside. They are formed from the accumulation of fluid between the reduced epithelium of the enamel and the crown of the retained or unerupted tooth. . The objective of the article is to present the report of a male case with a history of childhood cerebral palsy, teeth 1.3 and 2.3 included, and a rounded radiolucent area is observed around their crowns.

KEY WORDS: Dentigerous Cyst; Cerebral Palsy; Dentistry; Evidence-based dentistry; Oral surgery.

Fecha de recepción: 24 de marzo de 2024.

Fecha de aceptación: 29 de marzo de 2024.

P. Cordero, F. Guerrero, K. Añazco, K. Aspiazu. *Quiste dentígero bilateral en paciente de 12 años con parálisis cerebral infantil: reporte de caso*. Avances en Odontoestomatología 2025; 41 (2): 82-86.

* Universidad Católica de Cuenca – Sede Matriz.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones, un quiste dentígero lo definen como una patología odontogénica benigna, suele ser asintomática, causada por una alteración del epitelio reducido del esmalte que conlleva la acumulación de líquido entre este epitelio y la corona de un diente no erupcionado, impactado o dentro del mismo órgano del esmalte⁽¹⁾. Afectando en su gran mayoría a los hombres que, a las mujeres, y el 60% de estos quistes dentígeros aparece entre la segunda y tercera década de

vida. Alrededor del 70% de estas lesiones ocurre en la mandíbula y el 30% en el maxilar. Dando a conocer también que entre el 62% de los casos se encuentran en molares, 12% en premolares, 12% en caninos y el 14% restante en otras partes del maxilar⁽²⁾.

Los signos clínicos para el diagnóstico del quiste dentígero incluyen a un diente deciduo retenido, erupción tardía de un diente permanente, palpación dura que muestra expansión cortical e hinchazón progresiva del área afectada. Se lo puede detectar mediante una tomografía con localización

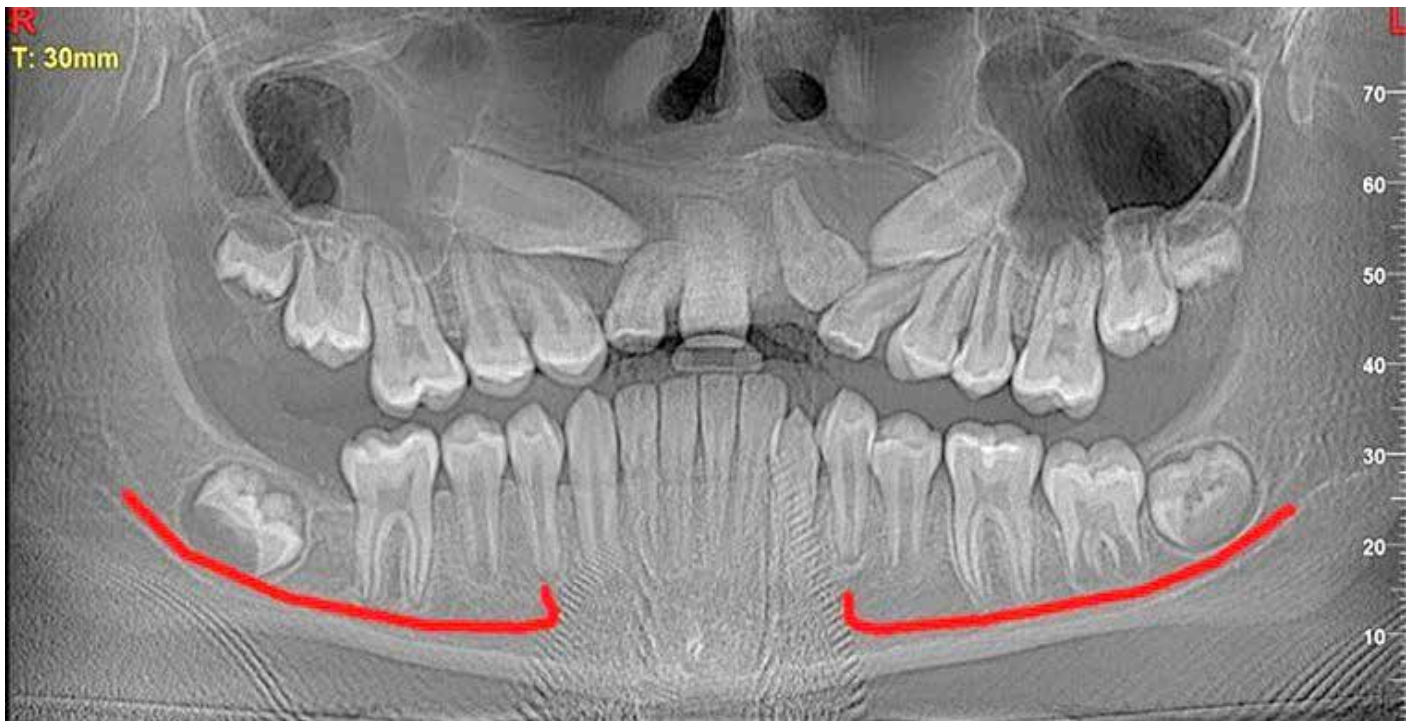


Figura 1. Radiografía panorámica donde se evidencia dientes 1.3, 2.1, 2.3 incluidos y con lesión hipodensa alrededor de la corona de dientes 1.3 y 2.3.

tridimensional de la lesión y/o una radiografía panorámica, la misma que se presenta radiolúcida con un halo radiopaco, unilocular, bien definido, teniendo en cuenta su tamaño que puede llegar hasta >2 cm de diámetro y así causando asimetría facial ⁽¹⁻³⁾.

En cuanto a la histología del quiste dentígero, es una pared de tejido conectivo no queratinizado, con epitelio plano estratificado acompañado de varias capas de células ciliadas y/o sebáceas. Normalmente esta lesión es plana, pero el revestimiento epitelial se modificará transformándolo en hiperplásico, atrófico o ulcerado si existe inflamación. Por otro lado, está el colesterol y depósitos de hemosiderina, cuerpos hialinos y macrófagos. Existe la posibilidad de que, si al revestimiento epitelial no se lo elimina completamente, esta lesión se convertiría en un ameloblastoma, sin embargo, es inusual que la transformación sea carcinomatosa ya que entre los diagnósticos diferenciales de este quiste sería el queratociste, granuloma central de células gigantes, el ameloblastoma unicístico y el fibroma ameloblástico ⁽⁴⁾.

Pant et al., ⁽³⁾ propusieron la existencia de dos quistes dentígeros, el uno de desarrollo que ocurren en dientes permanentes como respuesta a

una impactación, soliendo aparecer al final de la segunda y tercera década de vida y afectando más a los terceros molares mandibulares o caninos superiores permanentes. Como segundo es el de origen inflamatorio y ocurren en dientes deciduos como resultado de un diente no vital u otra fuente que se extiende hasta afectar el folículo del diente, diagnosticándose en la primera e inicios de la segunda década de vida y afectando a los premolares mandibulares ⁽¹⁻³⁾.

Sin olvidar que no solo existen quistes dentígeros unilaterales sino bilaterales tanto no sindrómicos como sindrómico que en su gran mayoría se han asociado con las manifestaciones orales del síndrome de Maroteaux-Lamy, la displasia cleidocraneal, mucopolisacaridosis y la parálisis cerebral infantil (PCI) ^(3,4). Por consiguiente, de acuerdo a varios autores se ha descrito que existen tres tratamientos específicos los cuales son: enucleación, marsupialización, resección y tratamientos coadyuvantes con cauterización química mediante solución de Carnoy, así como osteotomía periférica adyacente, crioterapia que reduce la recidiva y electrocauterización. Teniendo en cuenta que todo va a depender de la lesión por su tamaño, localización y qué estructura anatómica es la afectada ^(4,5).



Figura 2. **a.** En corte frontal podemos observar las imágenes hipodensas en relación a las coronas de diente 1.3 y 2.3 incluidos, **b.** Corte sagital donde se observa zona hipodensa en relación a la corona de diente 1.3. **c.** Corte tomográfico sagital en relación a diente 2.1, se observa imagen hipodensa alrededor. **d.** Corte sagital en relación a corona de diente 2.3 con imagen hipodensa alrededor.

Sin embargo, el objetivo de este artículo es describir en específico de la PCI, ya que fue un hallazgo en un niño de 12 años y se define a este como un síndrome multi-etiológico, muy común, cuyo origen está localizado en el sistema nervioso central (SNC) o en encefalopatía estática, son una serie de trastornos del control motor que producen anomalías de la postura, tono muscular y coordinación motora, debido a una lesión congénita que afecta al cerebro inmaduro, con tendencia a casos leves y transitorios, a mejorar o permanecer toda una vida.

Teniendo en cuenta que el trastorno motor estará acompañado de otros factores como sensitivos, cognitivos, lenguaje, perceptivos, conducta, epilepsia, musculoesqueléticos; cuya existencia o no condiciona al pronóstico del niño. En general

los factores pre-perinatales son el 85% de las causas de PC congénita y adquirida es los post-natales con el 15% de las PC ⁽⁶⁾. Por lo cual, se presentará este novedoso caso de un paciente sindrómico, el cual fue diagnosticado dos quistes dentígeros asociados a dos caninos superiores incluidos.

DESCRIPCION DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 12 años de edad, referido a la consulta privada en la ciudad de Cuenca – Ecuador, al área de ortodoncia para valoración y tratamiento integral.

Al realizar análisis radiográfico se pudo evidenciar que dientes 1.3 y 2.3 incluidos, y alrededor de sus coronas se observa una zona radiolúcida de forma redondeada; cabe

recaltar que el diente 2.1 también se encuentra incluido y en contacto con la misma lesión radiolúcida del diente 2.3. (Figura.1-2)

Para lo cual, se realiza bajo anestesia general (por condición sistémica del paciente) biopsia incisiva y por aspiración de las lesiones radiolúcidas alrededor de los dientes 1.3 y 2.3 incluidos. Se envía muestra a patología y como resultado histopatológico se determina como quiste dentígero. Teniendo en cuenta que en el mismo acto quirúrgico se realizó exodoncia de diente 2.1 con anatomía alterada.

Así, luego de 2 meses se inicia tratamiento quirúrgico bajo anestesia general; posterior infiltración de anestésico local mediante lidocaína 2% con epinefrina 1:80000 en fondo de vestíbulo desde

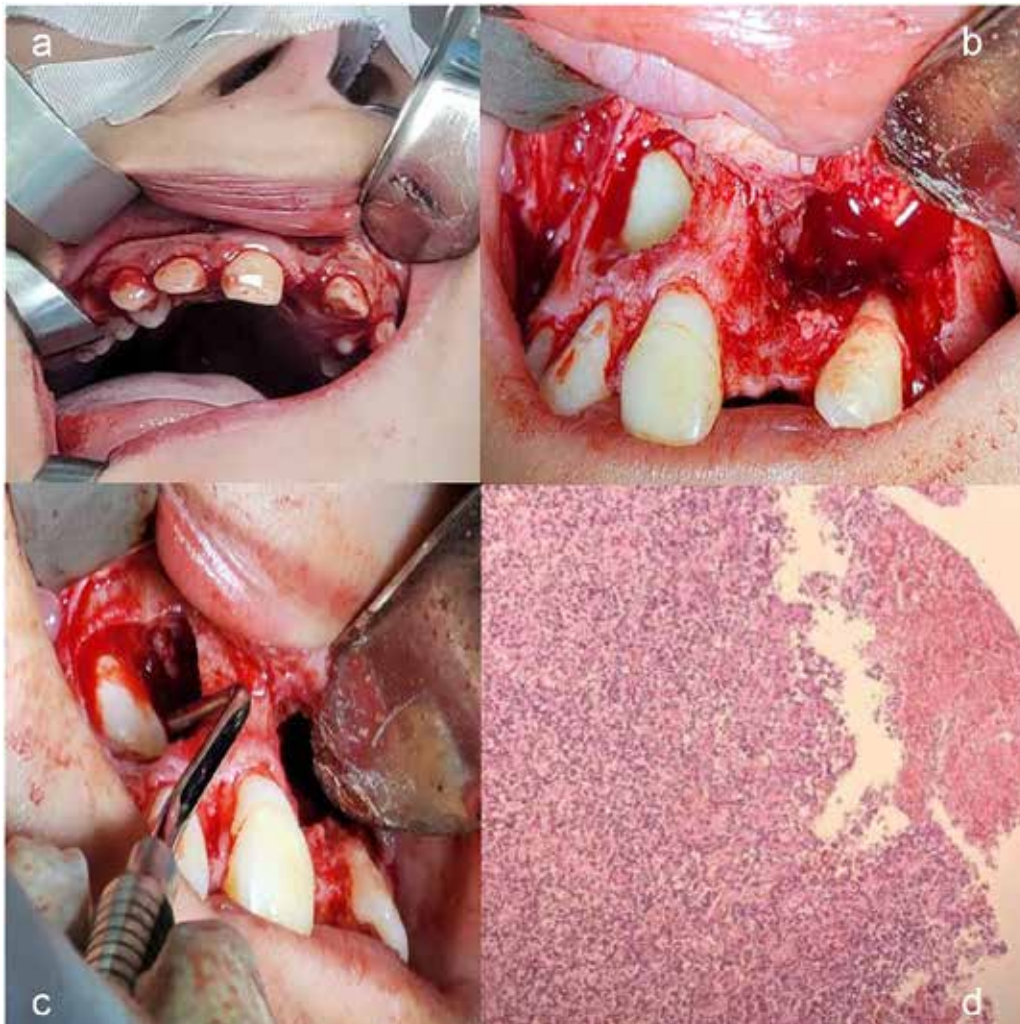


Figura 3. a. Imagen inicial luego de la infiltración de anestésico en fondo de vestíbulo. b. Imagen clínica luego de la extracción de diente 2.3 y enucleación de lesión quística en la misma zona. c. Curetaje de quiste dentígero alrededor de diente 2.3 sin extraer pieza dentaria. d. Hallazgos histológicos compatibles a quiste dentígero.

la zona del diente 1.6 hasta zona del diente 2.6, además infiltración en mucosa palatina; posteriormente se realiza incisión festoneada en márgenes gingivales con hoja de bisturí Nro. 15 desde diente 1.5 hasta diente 2.5 y dos descargas verticales formando así un colgajo de tipo trapezoidal, se eleva colgajo con periostótomo Molt tipo 9, luego se inicia osteotomía con baja velocidad, fresa nro. 702 e irrigación con suero fisiológico al 0.9%. se descubre la corona de diente 2.3 y se realiza odontosección extrayendo así la corona y luego la raíz. Posteriormente con cureta Lucas se realiza la enucleación de la patología quística asociada al diente 2.3 hasta encontrar tejido óseo sano.

Posteriormente, se inicia osteotomía en zona de

diente 1.3, donde luego de descubrir toda la corona se pudo evidenciar que existe posibilidad de mantener la pieza dentaria, teniendo en cuenta que se eliminará gran cantidad de lesión quística y con cureta Lucas se procedió a extraer gran cantidad del quiste conservando esta pieza dental. (Figura. 3)

Luego, de realizar hemostasia con gasas, se procedió a suturar con Vicryl 4/0 mediante puntos simples y finalmente se retiraron puntos de sutura a los 12 días luego de la intervención, presentándose mucosa sana, no eritematosa, en la misma posición inicial.

Es importante mencionar que se indicaron controles cada 3 meses durante el primer año y luego cada 6 meses hasta el año 5 para controlar posible recidiva de lesión quística de diente 2.3.

DISCUSIÓN

Los quistes dentígeros representan un problema interdisciplinario, la mayoría de veces asintomáticos, en cuanto a su localización más frecuente casi el 62% de los casos están en relación a molares, 12% en premolares, 12% en caninos y el 14% en otras localizaciones de los maxilares⁽⁷⁾ que pueden generar diferentes consecuencias como: destrucción ósea, reabsorción radicular y si no es tratado a tiempo la literatura indica que tiene potencial de malignización^(8,9) que oscila entre 0.1 al 3%; la sobrevida de estos pacientes es del 38,8% a los 5 años⁽⁸⁾. Otros autores como Neville en su libro de Patología Oral y Maxilofacial indica que la probabilidad de malignización de un quiste odon-

togénico es del 1 al 2% aunque la literatura no es confiable en este tema ⁽¹⁰⁾.

Dentro de las opciones de tratamiento que tenemos a la marsupialización, donde se ha visto que este tratamiento ayuda a preservar el órgano dental involucrado en un 92.8% ⁽¹¹⁾, el 85.7% de estos casos los dientes erupcionaron de forma espontánea, esto puede concluir que realizar estos procedimientos para no extraer los dientes asociados a la patología quística induce la osteogénesis, disminución de la presión del hueso alveolar y estimular una erupción más rápida, lo que inclusive ayudaría para evitar tratamientos de ortodoncia futuros. Además, autores como Qian et al., ⁽¹¹⁾ analizaron que el sexo, edad, profundidad de las cúspides y la anulación de los dientes no fueron factores de riesgo para la erupción de los dientes impactados.

En este caso específicamente, debido al gran tamaño de la lesión quística en relación al diente 2.3 se decidió extraer dicho germen dental y enuclear el quiste para así evitar recidivas y mayores complicaciones a futuro; en cuanto a la lesión quística del diente 1.3, por su menor tamaño y por la pérdida dental existente en este paciente debido a su condición, decidimos solamente eliminar la mayor cantidad posible de lesión quística sin dañar y/o extraer del germen dentario, además al no presentar formación radicular, se puede esperar una erupción dental eliminando la lesión quística que está alrededor ⁽⁵⁾.

Muchos casos descritos en la literatura demuestran que estos quistes pueden llegar a producir grandes deformaciones óseas si no son tratados de manera oportuna ^(3,11) por lo que un diagnóstico oportuno puede ser clave para evitar complicaciones y/o secuelas graves. Por último, cabe recalcar que otra posible complicación es la infección de estos quistes ⁽¹⁰⁾ que puede dañar estructuras adyacentes, generar signos y síntomas graves para los pacientes.

CONCLUSIÓN

En conclusión, dentro de las opciones terapéuticas en los pacientes pediátricos con estas patologías quísticas, podemos indicar que no existe el tratamiento ideal ya que son varios los factores que debemos tener en cuenta, como edad, patologías sistémicas asociadas, tamaño de la lesión quís-

tica, localización, órganos dentarios involucrados y estructuras anatómicas cercanas. En este caso específico recordando el síndrome neurológico del paciente con PCI se realizó la extracción de diente 2.3 y enucleación de la lesión quística en la misma zona de la pieza y para el diente 1.3 se usó la descompresión y conservación, para así dar un adecuado y completo tratamiento.

DIRECCIÓN DE CONTACTO

Facultad de Ciencias de la Salud.

Departamento de Investigación.

E-Mail: fabricio.guerrero@ucacue.edu.ec

PhD. Medicina e Investigación Traslacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jayam C, Yerragudi N, Kumar N, Galhotra V. Inflammatory Dentigerous Cyst in a 10-year-old Child Treated by Marsupialization: A Case Report. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2023 Nov 1;16(6):871.
2. Hutomo FR, Pratiwi ES, Kalanjati VP, Rizqiawan A. Case report: Dentigerous Cyst and Canine Impaction at the Orbital Floor. *Folia Medica Indones.* 2019 Oct 3;55(3):234.
3. Pant B, Carvalho K, Dhupar A, Spadigam A. Bilateral Nonsyndromic Dentigerous Cyst in a 10-Year-Old Child: A Case Report and Literature Review. *Int J Appl Basic Med Res.* 2019;9(1):58.
4. Tovío-Martínez E, Urbano-del Valle S, Cantillo-Pallares O. Dentigerous cyst: proposal for a therapeutic algorithm and combined treatment plan. *Duazary.* 2022 Sep 19;19(3):243-50.
5. Pejović M, Stepić J, Marković A, Dragović M, Miličić B, Čolić S. Retrospective study of spontaneous bone regeneration after decompression of large odontogenic cystic lesions in children. *Vojnosanit Pregl.* 2016 Feb 1;73(2):129-34.
6. Gómez-López S, Jaimes VH, Palencia Gutiérrez CM, Hernández M, Guerrero A. Parálisis cerebral infantil. *Arch Venez Pueric Pediatr.* 2013;76(1):30-9.
7. Lira LA, Martinez BR. Atlas de Patología de Los Maxilares | PDF | Radiología | Imágenes médicas. 1RA eD. Ripiano S.A, editor. m; 2011. 424 p.
8. Vigouroux Valenzuela A, Vigouroux Valenzuela A. Prevalencia de carcinoma intraóseo primario derivado de quiste dentigero. *Rev Cubana Estomatol.* 2020;57(2).
9. Xu W, Shen H, Qi X, Wang Z, Wang Y, Hu Q, et al. Prognostic Factors of Primary Intraosseous Squamous Cell Carcinoma (PIOSCC): A Retrospective Review. *PLoS One.* 2016 Apr 1;11(4):153646.
10. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Oral and maxillofacial pathology. 4th ed. ELSEIVER; 2015. 928 p.
11. Qian WT, Ma ZG, Xie QY, Cai XY, Zhang Y, Yang C. Marsupialization facilitates eruption of dentigerous cyst-associated mandibular premolars in preadolescent patients. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013 Nov;71(11):1825-32.