

## Quiste dentígeno. Presentación de un caso

*Dentigenic cyst. presentation of a case*

**Dra. Angela Rosa Diéguez Pérez<sup>1</sup>, Dr. Jorge Luis Columbié Batista<sup>2</sup>, Dra. Lizzette Meriño Collazo<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral, Master Urgencias Estomatológicas. Profesor asistente. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6981-1413> e-mail: [angelard@infomed.sld.cu](mailto:angelard@infomed.sld.cu)

<sup>2</sup> Especialista de Primer Grado en Cirugía Máxilo Facial. Profesor asistente. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3209-3876> e-mail: [mfacialhbb@infomed.sld.cu](mailto:mfacialhbb@infomed.sld.cu)

<sup>3</sup> Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Profesor asistente. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5545-8049> e-mail: [lizzett@infomed.sld.cu](mailto:lizzett@infomed.sld.cu)

### RESUMEN

Los quistes son cavidades patológicas de contenido líquido, semilíquido, sólido o gaseoso, revestidas de epitelio en su cara interior y por tejido conectivo en el exterior. Estos derivan de los restos epiteliales de Malassez. La transformación de estas células epiteliales en quistes puede ocurrir por necrosis pulpar, formándose un granuloma como reacción defensiva hiperplásica frente a un estímulo inflamatorio persistente y no intenso. Se presenta el caso de una paciente femenina de 28 años de edad recibida en cuerpo de guardia por dolor persistente y aumento de volumen en palatino en zona de incisivo superior derecho (11), con antecedentes de diabetes mellitus; en un primer momento recibió tratamiento de urgencias. Al examen físico se observó restauración extensa en cara distal, en la radiografía periapical se evidenció presencia de área radiolúcida de bordes bien definidos así como raíz en forma de bayoneta. El diente fue tratado endodónticamente, al cual se le realizó apiceptomía y extirpación de la lesión, se indicó el estudio histopatológico de la lesión

extraída, la cual contenía abundante infiltrado inflamatorio confirmando la sospecha inicial de quiste inflamatorio, la paciente recibió tratamiento evolutivo clínico y radiográfico observándose ausencia de signos y síntomas clínicos así como la reparación ósea de la lesión inicial al año de evolución. La combinación de tratamiento endodóntico y quirúrgico es una opción viable para aquellos casos que involucren lesiones con destrucción ósea mayor a 1cm o que el organismo no pueda reparar de forma autógena.

**Palabras clave:** quiste dentígeno, queratoquiste, granuloma

## **SUMMARY**

Cysts are pathological cavities with liquid, semiliquid, solid or gaseous content, lined with epithelium on the inside and connective tissue on the outside. These derive from the epithelial remnants of Malassez. The transformation of these epithelial cells into cysts can occur due to pulpal necrosis, forming a granuloma as a hyperplastic defensive reaction against a persistent and non-intense inflammatory stimulus. We present the case of a 28-year-old female patient admitted to the emergency room due to persistent pain and increased palatal volume in the area of the upper right incisor (11), with a history of diabetes mellitus; who initially received treatment with emergencies. Physical examination revealed extensive restoration on the distal face. Periapical radiography revealed the presence of a radiolucent area with well-defined borders, as well as a bayonet-shaped root. The tooth was treated endodontically, which underwent apiectomy and removal of the lesion, the histopathological study of the extracted lesion was indicated, which contained abundant inflammatory infiltrate confirming the initial suspicion of inflammatory cyst, the patient received clinical and radiographic evolutionary treatment. Observing the absence of clinical signs and symptoms, as well as bone repair of the initial lesion after one year of evolution. The combination of endodontic and surgical treatment is a viable option for those cases that involve lesions with bone destruction greater than 1cm or that the body cannot repair autogenously.

**Keywords:** dentigenous cyst, keratocyst, granuloma

## **INTRODUCCIÓN**

Los quistes son cavidades patológicas de contenido líquido, semilíquido, sólido o gaseoso, revestidas de epitelio en su cara interior y por tejido conectivo en el exterior. Estos derivan de los restos epiteliales de Malassez originados en los vestigios de la vaina de Hertwig.<sup>1</sup> La transformación de estas células epiteliales en quistes puede ocurrir por caries con consiguiente necrosis pulpar, se forma un granuloma como reacción defensiva hiperplásica frente a un estímulo inflamatorio persistente y no intenso. La proliferación de las células epiteliales se hace de modo irregular, las células situadas en el interior sufren una degeneración hidrópica y se necrosan formando una cavidad llena de líquido. Por otro lado, las células plasmáticas de la vecindad son asiento de la degeneración grasa y se incorporan al contenido líquido. Una vez formado el quiste, crece progresivamente por aumento pasivo y no por proliferación del epitelio.<sup>2</sup>

Las lesiones periapicales están representadas principalmente por quistes inflamatorios, granulomas, abscesos o cicatrices fibrosas, las cuales son comúnmente llamadas “lesiones endodónticas”, que por su patogénesis se relaciona con la necrosis pulpar. El examen histopatológico es esencial para el diagnóstico definitivo.<sup>3</sup>

Los tratamientos de estas lesiones pueden ser exclusivamente endodóntico y/o quirúrgico. La lesión periapical puede cicatrizar con regeneración de tejido duro y resolución de la radiolucidez. Con un marcado avance del proceso carioso se presentan los procesos periapicales con una alta frecuencia. El mínimo aprovechamiento que se hace de la alternativa quirúrgica para la conservación de la dentición y dar mayor calidad de vida al individuo como se hizo en este caso, es lo que hace que este caso se considere con valor publicable, ya que esta alternativa de tratamiento evidencia los resultados que se pueden lograr con la aplicación de técnicas a nuestra disposición.

El objetivo de este estudio es presentar el caso clínico de un diente tratado endodónticamente con una lesión periapical al cual se le realizó cirugía apical.

### **Presentación del caso**

Paciente femenina de 28 años de edad que acude al servicio de Estomatología del Policlínico Universitario “Juan Manuel Páez Inchausti” en Julio del 2021 cuyo motivo de consulta es dolor persistente y aumento de volumen en paladar

en zona de incisivo superior derecho, antecedentes de diabetes mellitus. durante el interrogatorio conocemos que a los 11 años por decisión de su familia se le realizo la exodoncia del incisivo lateral derecho(12) debido a su brote parcial por palatino, detrás del incisivo superior derecho (11), la paciente refiere que desde hace aproximadamente 9 años venia presentando molestias en la zona pero que se automedicaba, mejoraba la sintomatología y no recurrió a los servicios estomatológicos hasta que en el pasado diciembre el dolor fue intenso y la inflamación evidente por lo que se presenta para recibir tratamiento.

Al examen físico se observa aumento de volumen fluctuante ligeramente doloroso al tacto en región palatina de incisivo superior derecho, percusión vertical y horizontal positivas, con cambio de coloración incisivo superior derecho (11), se solicita radiografía periapical del mismo y se observa área radiolúcida de 2 cm de diámetro, bien delimitada asociada a incisivo superior derecho (11), con raíz única en forma de bayoneta y muy delgada hacia el ápice con dilaceración distal.

A causa de la inflamación presente se le realiza acceso cameral, extirpación de restos pulpaes, irrigación con clorhexidina acuosa al 0.2% y se deja abierto el conducto y se indica antibioticoterapia (amoxicilina 1 capsula cada 8 horas por 7 días), buches tibios 3 veces al día y colocar una bolilla de algodón en la entrada del conducto durante las comidas para evitar la introducción de alimentos a su interior, quedando citada par el inicio de la endodoncia.

El tratamiento endodóntico se realizó en 3 sesiones, en un primer momento se realizó la preparación biomecánica del conducto (Fig. 1) con limas de 1ra. y 2da. familia, irrigando con clorhexidina acuosa al 0.2 %, se seca el conducto con conos de papel estéril y se coloca cura medicamentosa intraconducto con Dentofar, sellando temporalmente con cemento de policarboxilato de zinc.



Fig. 1. Instrumentación del conducto con lima flexionada para acceder a la curvatura radicular

En la segunda visita se verifica la presencia de secreción intraconducto al introducir conos de papel en el interior del mismo, se procede a una nueva instrumentación biomecánica irrigando con clorhexidina al 0,2%, se seca y se coloca nuevamente la cura intraconducto. En la 3ra. sesión no hay evidencia de secreciones por lo que se decide realizar la obturación del conducto con la técnica de conos múltiples de gutapercha y cemento C-Gross con Eugenol Prodont como pasta obturatriz, durante el proceso se produce una sobreobturación del conducto (Fig. 2) la cual fue corregida durante el proceso quirúrgico que se realizó posteriormente.

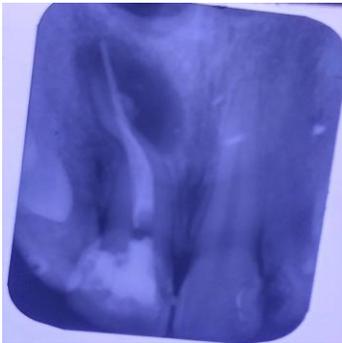


Fig. 2. Sobreobturación del conducto radicular con exceso de gutapercha y pasta obturatriz

A quedado establecida la realización del tratamiento endodóntico. En una etapa posterior y próxima en el tiempo al tratamiento previo se realiza la intervención quirúrgica cuya técnica consistió en una remoción de la lesión y apicectomia, para ello se colocó anestesia infiltrativa con lidocaína 2%, se realiza abordaje vestibular con colgajo mucoperiostico tipo semicircular de 11 a 13, se observa perforación ósea, se produjo el vaciamiento espontáneo del contenido de la lesión de aspecto purulento, se realiza curetaje de la lesión y extirpación del ápice radicular de incisivo superior derecho (11), irrigándose abundantemente con suero fisiológico, se controla la hemostasia y se repone el colgajo, suturándose con seda negra 3/0 y puntos discontinuos simples. A la lesión extirpada se le indicó estudio histopatológico el cual arrojó abundante

infiltrado inflamatorio confirmando la sospecha inicial de quiste inflamatorio. Posteriormente se realizan controles clínicos y radiográficos seriados los cuales revelan a los 9 meses de evolución un progreso del proceso cicatrizal con ausencia de signos y síntomas clínicos, así como zonas de reparación ósea en el interior del área que anteriormente ocupaba la lesión quística. (Fig. 3)



Fig. 3. Reparación ósea del proceso periapical

Nótese la radiopacidad presente en el interior de la cavidad ocupada anteriormente por el quiste periapical, evidencia de reparación ósea, así como la reducción del área asociada al periápice

## **DISCUSIÓN**

La formación de quistes en los maxilares requiere de tres elementos: una fuente de epitelio, un estímulo para la proliferación epitelial y la capacidad expansión quística con consecuente reabsorción ósea.<sup>4</sup>

Los quistes de los maxilares se clasifican en odontógenos y no odontógenos de acuerdo a la relación que pueden tener con el desarrollo dentario. En cuanto a su incidencia, los quistes radiculares, dentígenos y los queratoquistes odontogénicos representan el conjunto del 94.5 % de los quistes maxilares. La región del cuerpo mandibular y la zona incisiva superior son las zonas con mayor incidencia de quistes. El quiste periapical es bien reconocido como la lesión quística de origen inflamatorio de mayor frecuencia entre los quistes de origen odontogénicos, la que oscila entre el 70 y el 75%.

Los quistes radiculares ocurren con mayor frecuencia en el sexo masculino y entre los 30 y 60 años de edad, pero pueden presentarse a cualquier edad. El diagnóstico precoz del quiste odontogénico es un problema por sus escasos

signos clínicos, es por lo general un hallazgo accidental en un estudio radiológico.<sup>5</sup>

En décadas pasadas se consideraba que cerca de la mitad de todas las lesiones periapicales eran quistes radiculares, pero Nair en 1996, estudió 256 lesiones removidas por medio de cortes histológicos seriados donde solamente un 9% de las lesiones eran quistes verdaderos, mientras que el 6% de las lesiones eran bolsas quísticas.<sup>1</sup>

El quiste radicular es el más común de los quistes maxilares reportándose frecuencias entre 7 y 54 % de las lesiones radiolúcidas periapicales y hasta un 80% de los quistes odontogénicos.<sup>6</sup> Clínicamente este tipo de lesión suele ser asintomática y su detección radiográfica. Se muestra como un área radiolúcida bien delimitada, en ocasiones se observa una línea delgada de mayor densidad delimitando este tipo de lesión, cuya forma es redondeada u ovalada, lo que evidencia la reacción ósea ante su lento crecimiento, pudiendo expandir las tablas óseas adelgazándolas o destruyéndolas. Son más frecuentes en el maxilar superior. Se plantea que si el diámetro de la lesión es mayor a 1 cm es compatible con un quiste en caso contrario se asocia a un granuloma, aunque en todos los casos el diagnóstico definitivo es dado por el estudio histopatológico.<sup>7</sup>

Para explicar la alta frecuencia de quistes inflamatorios localizados en el grupo anterior se postula que podría deberse a la alta incidencia de caries que padecen estos dientes y resultar subsidiarios de restauraciones con materiales estéticos, posiblemente más tóxicos para la pulpa que la amalgama. En algunas ocasiones podemos relacionar en la historia clínica un antecedente traumático, oclusal o accidental,<sup>8</sup> coincidiendo con el caso que se presenta.

Como factores de riesgo están los que tienen que ver con un problema inflamatorio de la zona como puede ser la muerte pulpar, la periodontitis o la periocoronaritis. En función de los hallazgos clínicos e imaginológicos, la evolución posoperatoria de los pacientes sometidos a cirugía periapical puede considerarse como éxito, incierto o fracaso. Una lesión puede considerarse que cicatriza cuando hay ausencia de células inflamatorias, presencia de tejido conectivo y fibras de colágeno,<sup>9</sup> como ocurrió en el caso que se presenta.

El mantenimiento de la dentición natural, bien sea mediante tratamiento endodóntico, periodontal, prostodóntico y conservador, debe ser siempre el

primer objetivo terapéutico,<sup>4</sup> criterio con el que coinciden los autores del presente trabajo. Se ha probado que las lesiones de origen odontogénico reparan en un alto porcentaje con el tratamiento endodóntico cuando se logra una correcta desinfección y sellado, respetando su compleja anatomía. Es importante la correcta selección de los irrigantes a utilizar, deben cumplir una función mecánica de arrastre, pero también una acción química para neutralizar las especies microbianas, sin irritar los tejidos. Por lo que siempre se debe valorar adecuadamente el plan de tratamiento, en otros casos es necesario combinar el tratamiento endodóntico con el quirúrgico para garantizar la eliminación total de la lesión y a su vez poder realizar el estudio histológico correspondiente,<sup>5</sup> este mismo proceder se empleó en el presente caso.

En el caso que nos ocupa se utilizó dicha combinación, lo que nos permitió la eliminación del exceso de material obturatriz, así como la lesión en cuestión. En caso de que hubiera necesidad de complementar el sellado apical, el material utilizado sería trióxido mineral trióxido agregado (MTA), material actualmente considerado el estándar en obturaciones retrógradas por sus propiedades de biocompatibilidad y acción bacteriostática.

Los quistes de los maxilares se consideran lesiones no tumorales y por tanto benignas, aunque en algunos casos se produzca malignización y sobreinfección de los mismos. Sus aspecto clínicos y radiográficos pueden ser engañosos y tras la supuesta inocuidad puede ocultarse una lesión potencialmente invasiva, recurrente y susceptible de transformación maligna. Se ha descrito la aparición, aunque poco común de ameloblastomas y carcinomas odontogénicos por lo que esa posibilidad debe de tenerse presente,<sup>6, 9</sup> especialmente los ameloblastomas unicísticos que son comunes en nuestra área geográfica.

Se debe destacar la importancia de un diagnóstico temprano de esta afección debido a la posibilidad de poder originar reabsorción ósea, y la probabilidad de poder perder las piezas dentarias involucradas en este proceso. La posibilidad de una radiografía permitió ver toda la extensión de la patología estudiada, en ella se visualizó con certeza una cavidad radiolúcida con cortical de límites netos, rodeando a la zona del ápice dentario. Con igual técnica se realizó el control mediato. Las radiografías, son imprescindibles en los procedimientos endodónticos, pues proporcionan una información detallada de la zona

perirradicular, necesaria para determinar los límites de la lesión dando una visión específica al profesional para su conveniente abordaje quirúrgico.<sup>10</sup>

## CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el presente caso clínico y de las informaciones obtenidas en la literatura consultada, es posible afirmar que el tratamiento aplicado es viable y eficaz, haciéndose necesaria la observación de criterios clínicos y radiográficos para considerarse como éxito, incluyendo la ausencia de sintomatología, movilidad o proceso infeccioso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno E , Lolas J , Vergara A, Márquez A. Quiste folicular inflamatorio en posición atípica: Revisión de la literatura a propósito de un caso. Rev Estomatol Herediana. 2017 Jul-Set [citado 17Jun 2022];27(2):191-201. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v27n3/a08v27n3.pdf>
2. Hassam S, dos-Santos M, Coelho P, Schiavotelo T, Cardoso J, Farias J. Absceso dentoalveolar crónico en paciente pediátrico con drenaje raro. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2019 [citado 17 Jun 2022]; 56 (4) :[aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2043>
3. Martin L, Speight PM. Odontogenic cysts. Diagnostic Histopathology. 2015[citado 17 Jun 2022];21(9):359-369. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1756231715001280>
4. Morales-Navarro D, Díaz-Ramos A. Quiste dentígero en tercer molar mandibular en posición invertida. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2018 [citado 8 Jun 2022]; 55 (3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1782>
5. Fernández Monjes, Jorge; Maresca, Beatriz María. Modelo teórico de la endodoncia actual. RAAO [Internet]. 2017 [citado 8 Jun 2022];LVI, (1) :[aprox. 4 p.].Disponible en: <https://www.ateneo-odontologia.org.ar/articulos/lvi01/articulo1.pdf>
6. Amorim K, Dantas A, Nascimento A, Rios M, de-Albuquerque-Júnior R, Souza L. Quiste dentígero con transformación ameloblástica. Rev Cubana

Estomatol [Internet]. 2020 [citado 20 Jul 2022]; 58 (1). Disponible en: <https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/3028>

7. Lopes-de-Oliveira L, Braga-de-Lima D, de-Araújo N, Davi L, de-Paulo L. Abordaje quirúrgico conservador para el tratamiento del queratoquiste odontogénico. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2018 [citado 8 Jun 2022]; 55 (4):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1934>

8. Benítez L, Nart L, Estévez A, Pujol M, Ranelucci L, Vázquez DG. Quiste dentígero. presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. RAAO,2019[citado 8 Jun 2022];60(1):8-11. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1052498/articulo1.pdf>

9. Molgatini Susana, Rey Eduardo, Basilaki Jorge, Mosca Christian, Galante Rafael, Gliosca Laura. Quiste odontogénico inflamatorio: aislamiento de Pseudomonas stutzeri. Relevancia diagnóstica Isolation of Pseudomonas stutzeri from an odontogenic inflammatory cyst: Diagnostic relevance. Rev. argent. microbiol. [Internet]. 2017 Mar [citado 2021 Jun 29] ; 49(1): 32-38. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-75412017000100006&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-75412017000100006&lng=es).

10. Puello-Correa C, Diaz-Caballero A, Franco-Mira J, Cabrales-Salgado R. Biología del tejido óseo y cambios morfológicos en su regeneración. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2022 [citado 8 Sept 2022]; 59 (2) Disponible en: <https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/3402/2069>