

# Quistes dentígeros inflamatorios

*Mendoza Mendoza, A.; Sáez de la Fuente, I.; Solano Reina, E.; Serna Lamelas, M.*

## Resumen

Aunque los quistes dentígeros aparecen fundamentalmente en la tercera década de la vida, pueden también presentarse en la primera década, siendo la mayoría de los casos de etiología inflamatoria, por procesos apicales o marginales de la dentición decidua. Presentamos tres casos clínicos de quistes dentígeros inflamatorios en pacientes odontopediátricos.

**Palabras Clave:** Quiste folicular; Quiste dentígero; Pulpectomía.

## Inflammatory dentigerous cysts

### Summary

The dentigerous cyst also appears in the first decade of the life, being in the most of the cases of inflammatory etiology, for apical or marginal processes of the temporal teething. We present three clinical cases of inflammatory dentigerous cyst in children.

**Key Words:** Follicular cyst; Dentigerous cyst; Pulpectomy.

## INTRODUCCIÓN

Por el término quiste entendemos una cavidad patológica recubierta de epitelio y que presenta un crecimiento centrífugo, que puede desplazar las estructuras anatómicas adyacentes.

El quiste dentígero es una lesión odontogénica que se desarrolla en el órgano adamantino de una pieza dentaria que todavía no ha erupcionado. Puede denominarse también quiste folicular.

## ETIOLOGÍA

Existen diversos factores patogénicos:

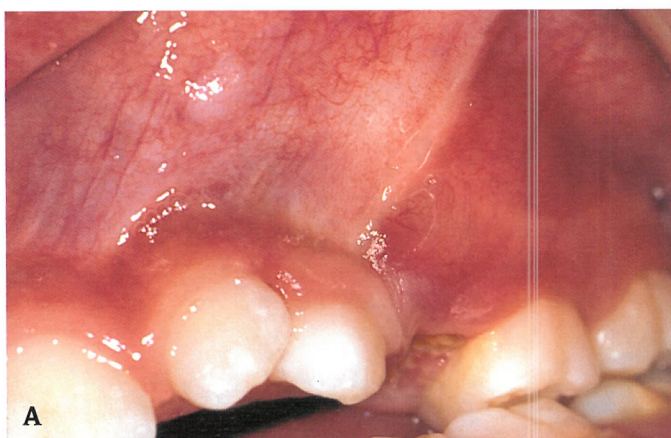
1. Trastornos en el desarrollo del germen dentario (desplazamientos, retenciones): se produce un fallo en la cronología de la erupción. Dependiendo del período de desarrollo del diente en que se produzca el quiste, éste no contendrá dientes o tendrá dientes rudimentarios, o bien englobará a un diente completamente formado. El epitelio quístico se forma a partir del epitelio reducido del esmalte después de la formación

de la corona del diente. Según recientes trabajos, los ameloblastos degeneran progresivamente en células epiteliales planas<sup>(1)</sup> y les queda poca afinidad por la corona dentaria<sup>(2)</sup>, de manera que puede producirse fácilmente un desprendimiento de este epitelio desencadenando la transformación quística del folículo dentario.

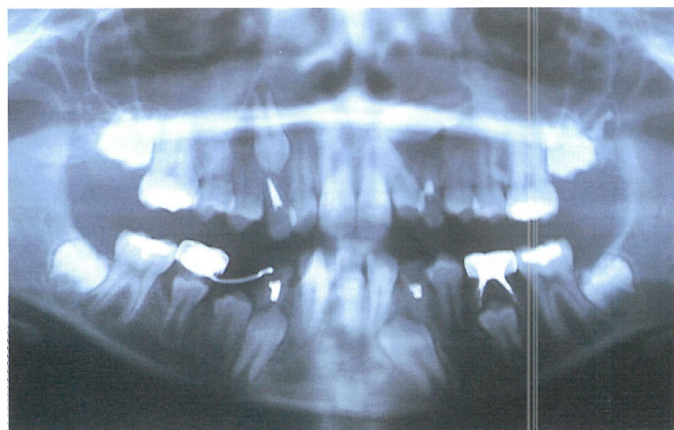
2. Factores genéticos: se ha observado una mayor incidencia de estos quistes en diferentes síndromes como: disostosis cleido-craneal, querubismo, síndrome de Hunter,...<sup>(3)</sup>.

3. Procesos degenerativos en la matriz adamantina que se acompañan de hipoplasias del esmalte<sup>(4)</sup>.

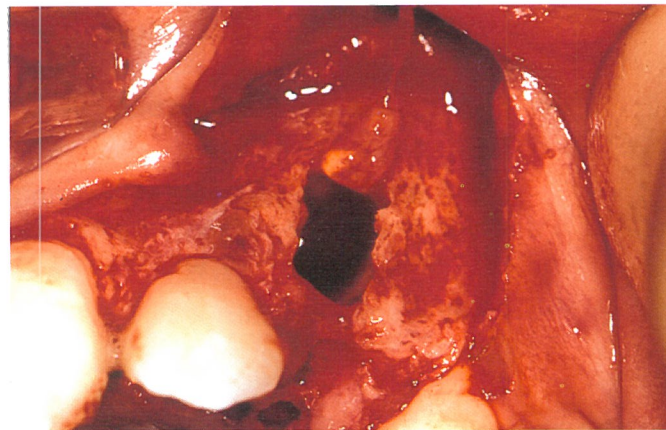
4. Lesiones inflamatorias del germen dentario<sup>(5)</sup>: según esta teoría el desarrollo del quiste se inicia en dientes formados pero no erupcionados y el desencadenante de este fenómeno sería un proceso inflamatorio apical o marginal de los dientes deciduos o una infección hematógena. Los fenómenos exudativos dan lugar a la formación de un intersticio entre la superfi-



**Figura 1.** A) Clínicamente observamos gran abombamiento de la cortical a nivel de los restos radiculares del 64. B) La ortopantomografía muestra los restos radiculares del 64 y el gran quiste folicular que desplaza los dientes vecinos y engloba la corona del canino permanente.



**Figura 2.** En la ortopantomografía observamos un área radiolúcida alrededor de la corona del 23 impactado y el canino temporal con tratamiento pulpar realizado 5 años antes.



**Figura 3.** Extirpación de la cápsula del quiste folicular.

cie del esmalte y el epitelio adamantino, intersticio que por la involución de la pulpa adamantina se convierte en un quiste folicular cuya pared esta compuesta por las dos capas de epitelio adamantino interna y externa.

### RADIOLOGÍA

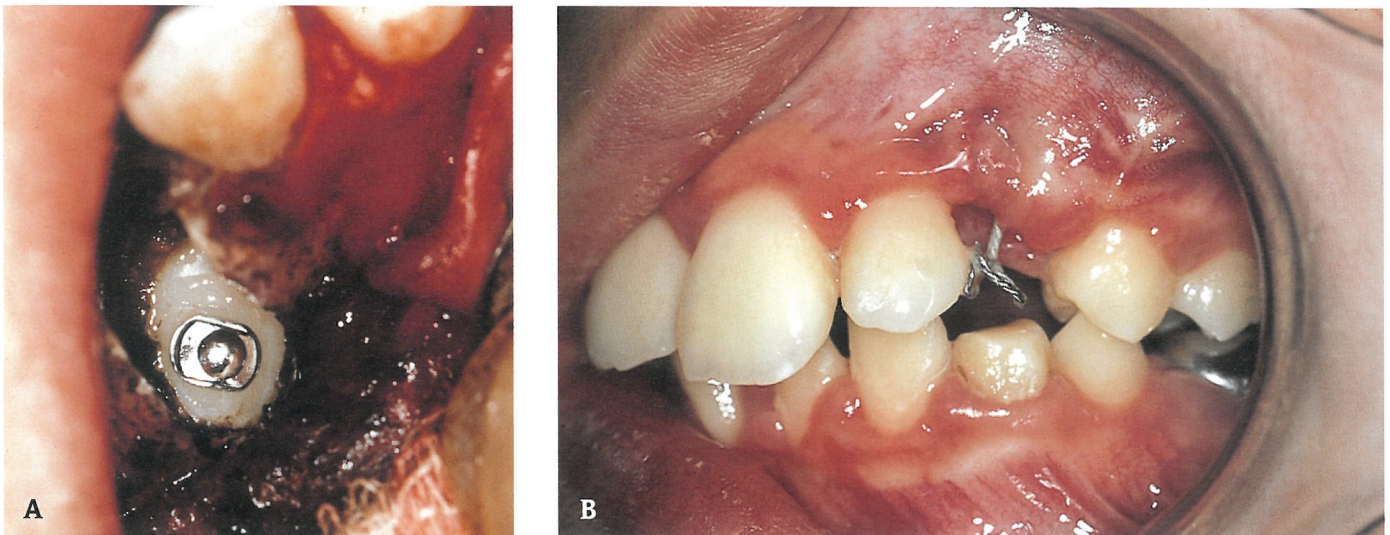
El quiste dentígero se caracteriza por un área redondeada, unilocular y radiolúcida alrededor de la corona de un diente no erupcionado o impactado, hasta la unión amelocementaria, más frecuentemente en terceros molares, caninos maxilares, aunque como vamos a ver en los casos clínicos que exponemos a continuación, cuando su etiología es inflamatoria, pueden tener cualquier localización.

### CLÍNICA

El quiste dentígero puede ser asintomático y diagnosticado casualmente, o bien producir patología clínica como expansión del hueso de la zona donde asienta, o dolor si se infecta secundariamente. La persistencia de piezas dentarias deciduas, la ausencia de dientes permanentes en la arcada dentaria y las anomalías en la posición de las piezas dentarias son otros factores que deben hacer pensar en un quiste folicular.

El tamaño de estos quistes puede ser variable, desde unos pocos centímetros a unas dimensiones considerables, causando un desplazamiento del diente afectado en la profundidad de la mandíbula o maxilar.

El quiste folicular es ligeramente más frecuente en varones y suele aparecer durante la segunda y tercera década de la vida. Hay relación entre la frecuencia máxi-



**Figura 4.** Colocación de un botón para tracción ortodóncica del canino impactado.

ma de aparición en estas décadas y la afectación de las piezas dentarias que con más frecuencias son retenidas o desplazadas como el tercer molar inferior y el canino superior. Nosotros hemos observado que el quiste dentígero puede aparecer también en la primera década de la vida, no siendo raro, asociándose en la mayoría de los casos a patología inflamatoria de la dentición decidua (quiste folicular inflamatorio).

Las causas que pueden desencadenar la formación de un quiste dentígero en el paciente odontopediátrico serían:

- Necrosis de un diente temporal por traumatismo.
- Necrosis de un diente temporal por caries.
- Complicación de una pulpectomía realizada en un diente temporal necrótico<sup>(6)</sup>.

Mostramos en este artículo varios casos clínicos de quiste folicular por cada una de estas causas.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debemos realizar el diagnóstico diferencial con

1. Ameloblastoma: la radiología y la anatomía patológica nos darán el diagnóstico.

2. Quiste radicular: mientras que el quiste dentígero tiene una cápsula bien definida y produce desplazamiento del germen, el quiste radicular no engloba la totalidad de la corona del diente afectado y radiológicamente no tiene bien definida la cápsula. En muchas ocasiones será la anatomía patológica la que nos confirme si se trata de un quiste radicular o de un quiste dentígero.

3. Folículo dentario normal: en el quiste dentígero



**Figura 5.** Correcta ubicación del canino en la arcada una vez finalizado el tratamiento ortodóncico.

la distancia entre la pared del quiste y la corona es superior a 2,5 mm<sup>(7)</sup>.

### TRATAMIENTO

Existen dos formas básicas de tratar un quiste:

- Enucleación
- Marsupialización

La marsupialización es la técnica preferida por nosotros puesto que en los quistes que tratamos el potencial eruptivo del diente afectado es aún grande y se pretende la viabilidad del mismo, así como su correcta ubicación en la arcada.



**Figura 6.** A) Ortopantomografía donde podemos observar el desplazamiento de la raíz del 11 hacia mesial y retención y desplazamiento del germen del 12. B) En la radiografía periapical podemos observar el quiste folicular que engloba la corona del germen del 12.



**Figura 7.** Tracción ortodóncica del diente retenido y su correcta ubicación en la arcada.

## CASOS

### Caso n° 1

Paciente de 7 años que presenta abombamiento de la tabla vestibular del maxilar en el lado izquierdo. En la exploración intraoral apreciamos dicho abombamiento de hueso a nivel de los restos radiculares del 64. En la Rx observamos un gran quiste folicular en el maxilar que desplaza los dientes vecinos y sumerge al canino permanente en la profundidad del hueso. La causa en este caso fue la necrosis por caries del molar temporal (Fig. 1).

### Caso n° 2

Paciente tratado en nuestra consulta por un síndrome de biberón. En una de las revisiones se le realizó una ortopantomografía detectándose un quiste folicular que retenía y desplazaba al canino permanente (Fig. 2). Pensamos que el quiste se formó como complicación de la pulpectomía realizada 5 años antes en el canino temporal por necrosis de dicho diente. Se decidió la intervención del quiste con extirpación de la cápsula (Fig. 3), ligadura del canino afectado, tracción ortodóncica (Fig. 4) y su correcta ubicación en

la arcada una vez finalizado el tratamiento de ortodoncia (Fig. 5).

### Caso nº 3

Paciente de 9 años que consulta por desplazamiento a distal del incisivo central superior derecho y retraso eruptivo del incisivo lateral del mismo lado. Al realizarle la exploración radiológica observamos necrosis con reabsorción externa del 52 por trauma antiguo y quiste folicular que desplaza al 11 y engloba y retiene el germen del 12 (Fig. 6). Se realizó la extirpación del quiste y ligadura del lateral para mediante tracción del mismo colocarlo en su posición correcta (Fig. 7).

### CONCLUSIONES

Los quistes dentígeros pueden aparecer en la primera década de la vida siendo en la mayoría de los casos de etiología inflamatoria. Como tratamiento de los mismos elegimos la marsupialización para conseguir la viabilidad del diente retenido y su correcta ubicación en la arcada dentaria.

### BIBLIOGRAFÍA

1. OSBORN JW, TEN CATE AR. Advanced dental histology. Bristol: Wright; 1976.
2. STANLEY HR, KROGH H, PANNKUK E. Age changes in the epithelial components of follicles(dental sacs) associated with impacted third molars. Oral Surg Med Path 1965;19:28.
3. LUSTMANN J, BIMSTEIN E, YATZIV S. Dentigerous cyst and radiolucent lesion of the jaw associated with Hunter's syndrome. J Oral Surg 1975;3:679.
4. AL TALABANI NG, SMITH CJ. Experimental dentigerous cysts and enamel hypoplasia: Their possible significance in explaining the pathogenesis of human dentigerous cysts. J Oral Path 1980;9:82.
5. SHAW W, SMITH M, HILL F. Inflammatory follicular cysts. J Dent Child 1980;47:97.
6. AGUILÓ L. Quiste dentígero como complicación tardía de un tratamiento pulpar previo. Informe de un caso. Odont Pediatr 1996-1997; 5(3):153-156.
7. PINDBORG JJ, HJORTING-HANSEN E. Atlas of diseases of the jaws. Philadelphia: Saunders; 1974.

---

*Mendoza Mendoza, A.*; Prof. Titular de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de Sevilla; *Sáez de la Fuente, I.*: Prof. del Master de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de Sevilla; *Solano Reina, E.*: Prof Titular de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de Sevilla; *Serna Lamelas, M.*: Alumna del Master de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de Sevilla.

**Correspondencia:** Asunción Mendoza Mendoza. Plaza de Cuba 6, 1º. Fax 4281001 Sevilla



**XXI**  
reunión de la sociedad  
española de  
odontopediatría

**25**  
ANIVERSARIO



5 - 6 - 7 - 8 de Mayo de 1999

Santiago de Compostela



**Programa Científico**



**CURSOS**

• **ULTIMOS AVANCES EN CARIOLOGIA Y PREVENCIÓN**  
*Dra. Sylvia Gudiño Fernández.*  
Profesora de Postgrado de Odontopediatría de la Universidad de San José de Costa Rica.

• **ORTODONCIA INTERCEPTIVA DE PRINCIPIO A FIN**  
*Dr. Saul Rotberg*  
Profesor de Ortodoncia Infantil y Odontopediatría de la UNAM. (Méjico).

**MINICURSO**

• **CIRUGIA MUCO GINGIVAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**  
*Dr. Javier García Fernández*  
Profesor Asociado del Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial UCM.

*Dr. J.I. Salmerón Escobar*  
Profesor Asociado del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina. UCM.

**CONFERENCIAS  
POSTERS  
COMUNICACIONES LIBRES**

Santiago de Compostela

