

Quiste dentígero como complicación tardía de un tratamiento pulpar previo. Informe de un caso

Aguiló, L.

Resúmen

Se presenta el caso de un quiste dentígero inflamatorio en un segundo premolar mandibular, en una niña de 10'9 años de edad. La lesión quística fue diagnosticada radiográficamente seis años después de que el molar temporal predecesor hubiera sido pulpectomizado. Dicha formación quística fue considerada una tardía complicación o fracaso de tratamiento pulpar que durante años pareció un éxito.

Palabras Claves: Quiste Follicular; Quiste Dentígero; Pulpectomía.

Summary

A ten year follow-up case of inflammatory dentigerous cyst of the mandibular second premolar in a 10'9 year-old female is reported. The cystic lesion was radiographically diagnosed six year after pulpectomy procedure of the non-vital deciduous predecessor. This cystic formation, was considered a late complication of the preceding pulpectomy which was considered a successful treatment during several years.

Key Words: Follicular cyst; Dentigerous cyst; Pulpectomy.

Introducción

El quiste dentígero es una lesión odontogénica que se localiza entre el esmalte y el epitelio reducido del esmalte, una vez completada la amelogenesis⁽¹⁻⁴⁾.

Se caracteriza radiográficamente como un área redondeada, unilocular y radiolúcida, alrededor de la corona y hasta la unión amelocementaria, de un diente no erupcionado o impactado⁽¹⁻⁴⁾, especialmente tercer molar, canino maxilar y menos frecuentemente premolar mandibular⁽¹⁾.

Puede ser asintomático y diagnosticado casualmente^(4,5) o producir patología clínica, como expansión del hueso de la zona maxilar donde asienta⁽⁴⁾ o dolor, si se infecta secundariamente⁽⁶⁾. Parece ligeramente frecuente en varones⁽¹⁾ y suele ocurrir durante la segunda y tercera décadas de la vida^(1,4).

El origen en los dientes permanentes de quistes dentígeros asociados a dientes temporales necróticos o previamente pulpectomizados⁽⁹⁻¹³⁾, denominados quistes dentígeros inflamatorios⁽⁷⁾, puede explicarse bien por un factor genético que contribuya a la formación quística bien porque la corona del diente permanente haga erupción dentro de un quiste radicular de su predecesor temporal bien porque la inflamación periapical

del diente temporal produzca el desarrollo del mencionado quiste dentígero inflamatorio en el diente sucesor permanente⁽³⁾.

El diagnóstico diferencial entre un quiste radicular de un molar temporal y uno dentígero del propio sucesor permanente puede resultar difícil en muchos casos; la anatomía patológica puede dilucidar algunos de ellos pero en otros casos sólo un cuidadoso estudio radiográfico puede diferenciarlos⁽⁸⁾.

Hay pocas observaciones clínicas acerca de la duración de la formación quística, pareciendo que puede ser entre dos y cinco años dependiendo de factores tales como tipo de hueso, edad del paciente y localización del quiste⁽¹⁾.

De las dos formas básicas de tratar un quiste, la enucleación y la marsupialización⁽⁵⁾, la segunda pretende la descompresión del quiste y es la recomendada cuando el potencial eruptivo del diente afectado es aún grande y se pretende su viabilidad^(2,9).

No hay muchos casos de quistes dentígeros en premolares⁽¹⁾ y menos precedidos por molares temporales con tratamiento pulpar⁽⁹⁻¹¹⁾ en los que la evolución del tratamiento pulpar sea satisfactoria durante años, antes de que se produzca

el quiste en el sucesor permanente. El propósito de este artículo es mostrar el quiste dentígero inflamatorio como un fracaso o complicación a largo plazo de una pulpectomía considerada durante años satisfactoria, dada la ausencia de clínica y de signos radiográficos de patología, como se presenta en la situación radiográfica anterior a la formación del quiste.

Caso clínico

El caso clínico corresponde a una niña de 10'9 años, en la que el segundo molar temporal inferior derecho necrótico (Fig. 1) había sido tratado con una pulpectomía 6 años antes, cuando la paciente contaba 4'8 años de edad (Fig. 2).

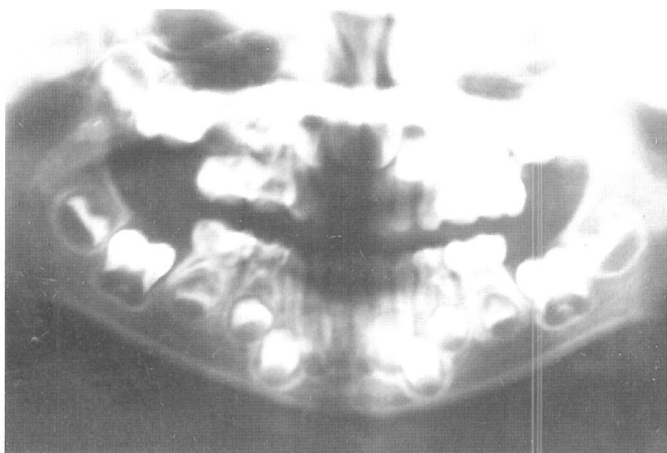


Fig. 1. Radiografía panorámica a los 4'7 años de edad, mostrando el segundo molar temporal previo tratamiento pulpar.

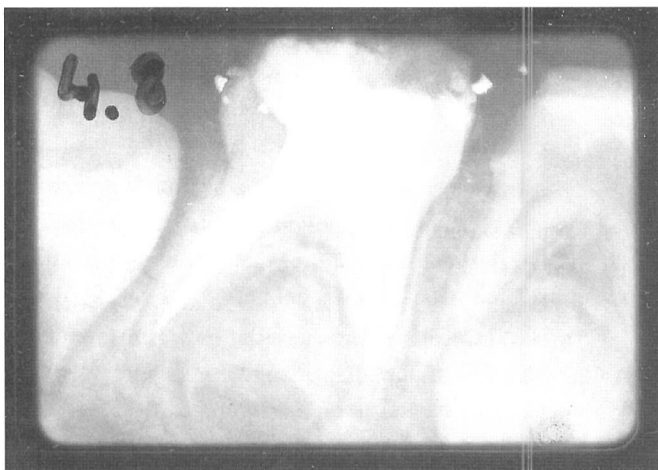
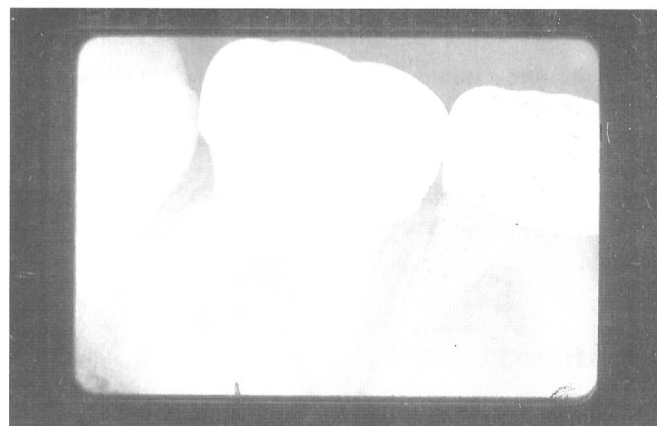


Fig. 2. Radiografía periapical de la pulpectomía, realizada a los 4'8 años de edad.

El tratamiento fue revisado mediante radiografías

intraorales hasta los 6'3 años siendo la evolución aparentemente satisfactoria (Figs. 3 y 4).



Figs. 3 y 4. Radiografías periapicales de seguimiento de la pulpectomía del segundo molar temporal, realizadas a los 5'5 y 6'3 años de edad, respectivamente.

A los 10'9 años la niña acudió a la consulta por presentar un abultamiento duro en la zona vestibular correspondiente al molar temporal pulpectomizado (Fig. 5). La exploración clínica evidenciaba una tumoración redondeada, dura, no dolorosa y de aproximadamente 20 mm. de ancho. La corona de acero inoxidable del molar tratado estaba fracturada aunque no había sido notado por la paciente. Radiográficamente se apreciaba una imagen quística que involucraba el segundo molar temporal y a la corona del segundo premolar en formación (Fig. 6).

Previo tratamiento antibiótico se extrajo el segundo molar temporal observándose la salida de abundante líquido de color ambarino y el inmediato desinflamamiento de la tumoración vestibular.



Figs. 5 y 6. Imagen clínica y radiografía intraoral al tiempo del diagnóstico del quiste del segundo premolar cuando la niña contaba 10'9 años de edad.

A las 3 semanas, la imagen radiográfica era la típica de un quiste que abarcaba la corona y las dos terceras partes de la raíz del segundo premolar (Fig. 7).

Un año y medio después, radiográficamente, había desaparecido la imagen quística y se había completado prácticamente la formación radicular del premolar afectado, quedando sólo una ligera curvatura o inflexión donde "acababa" el quiste (Fig. 8). Clínicamente no había alteraciones del esmalte de mencionado premolar (Fig. 9).

Discusión

Radiográficamente en el caso presentado, el área radiolúcida excedía de los 4 mm. de diámetro⁽⁴⁾ por lo cual podía ser considerada un quiste y el espacio folicular normal del segundo premolar no podía ser distinguido dentro del área quística⁽⁸⁾ por lo cual podía ser considerado como quiste del

segundo premolar.

El diagnóstico del mencionado quiste pues, fue radiográfico pero el abombamiento de la zona ósea vestibular el segundo molar temporal tratado, fue la primera manifestación clínica de esta patología.



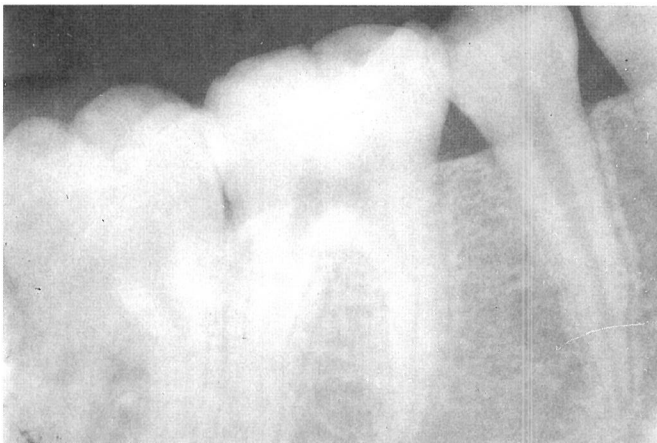
Fig. 7. Detalle de radiografía panorámica tres semanas después de la extracción del segundo molar temporal. El espacio quístico abarca los dos tercios de la formación radicular del premolar.

Revisando las radiografías previas al diagnóstico del quiste, no se apreciaron signos de hiperplasia folicular en el segundo premolar ni de quiste radicular en el segundo molar temporal.

En el caso presentado, el quiste puede ser adecuadamente etiquetado de quiste dentígero inflamatorio^(3, 7) o quiste que siendo anatómicamente dentígero tiene un origen infeccioso⁽¹³⁾ y que debe ser diferenciado del quiste dentígero por alteraciones eruptivas⁽⁷⁾. Posiblemente, la infección periapical histológicamente no curada o la reinfección del molar temporal pulpectomizado produjo bien cambios en el epitelio reducido del esmalte, previamente normal del premolar sucesor y la consecuentemente formación del quiste dentígero inflamatorio⁽³⁾ bien la formación de un quiste radicular en el molar temporal tratado, en el que se introdujo la corona del premolar durante su erupción, produciéndose igualmente el quiste dentígero inflamatorio⁽³⁾. La fractura de la corona preformada que cubría el molar pulpectomizado pudo ser la causa inicial de la reinfección de dicho molar.

El quiste presentado, evidentemente formado tras completarse la amelogenénesis, no produjo alteraciones estructurales clínicas en el esmalte del premolar⁽⁴⁾. Sin embargo, y a diferencia de la descripción típica de un quiste dentígero, éste sobrepasa la unión amelocementaria⁽¹⁻⁴⁾ tal como demuestra la ligera

inflexión en el tercio apical de la raíz, visible tras la curación del mismo.



Figs. 8 y 9. Radiografía intraoral e imagen clínica a los 12'4 años de edad, mostrando una ligera inflexión en el tercio apical de la raíz del segundo premolar como única "marca" del quiste dentífero inflamatorio y ausencia de alteraciones clínicas estructurales del esmalte, respectivamente.

Respecto al tratamiento, el único adecuado a la situación clínica presentada era la extracción del molar temporal y el cuidadoso seguimiento de la evolución curativa del quiste que afectaba el segundo premolar. El quiste fue prácticamente marsupializado^(2,5,9) ya que el contenido quístico salió a través de la vía de la extracción y las paredes del mismo quedaron en contacto con el medio intraoral.

Conclusiones

Un diente pulpectomizado largo tiempo y aparentemente curado puede dar lugar a quistes dentíferos en el sucesor permanente que deben ser considerados como tardías compli-

caciones o fracasos del tratamiento pulpar. La revisión a largo plazo de las pulpectomías puede conducir al deseable precoz diagnóstico de aquellas.

Se sugiere la inmediata extracción de los dientes pulpectomizados cuando radiográficamente aparezcan signos bien de quiste radicular en el diente temporal bien de hiperplasia folicular en el sucesor permanente.

Aguiló, L.: Profesora Asociada de Odontología Infantil y Ortodoncia Integrada. Universidad de Valencia.

Correspondencia: Luz Aguiló; Clínica Odontológica; Facultad de Medicina y Odontología de Valencia; Calle Gascó Oliag, nº 1; 46010 - Valencia.

Bibliografía

- 1.- HARNISCH, H.: Clínica y Terapéutica de los quistes maxilares. Berlín: Quintessence Books, 1973, pp. 49 - 83.
- 2.- GÖRLIN, R.J.; GOLDMAN, H.M.: Quistes de los maxilares, suelo de la boca y cuello. In: Thoma Patología Oral. Barcelona: Salvat, 1973, pp. 489 - 93.
- 3.- SHEAR, M.: Developmental odontogenic cysts. An update. J Oral Pathol Med 23: 1 - 11, 1994.
- 4.- NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E.: Oral and Maxillofacial Pathology. Philadelphia: W. B. Saunders Co. 1995, p. 496.
- 5.- CHAU, M.N.Y. et al.: Oral Pathological conditions in Children. Chapter 19. pp. 320. In Wei, S.H.Y.: Pediatric Dentistry. Total patient care. Philadelphia: Lea & Febiger, 1988, p. 320.
- 6.- CHOUNG, R.: Dentigerous cyst involving maxillary sinus: report of case. J Am Dent Assoc 109: 59 - 60, 1984.
- 7.- SHAW, W.; SMITH, M.; HILL, F.: Inflammatory follicular cysts. J Dent Child 47: 97 - 101, 1980.
- 8.- WOOD, R.E.; NORTJÉ, C.J.; PADAYECHEE, A. et al.: Radicular cysts of primary teeth mimicking premolar dentigerous cysts: report of three cases. J Dent Child 55: 288 - 290, 1988.
- 9.- AZAZ, B.; SHTEYER, A.: Dentigerous cysts associated with second mandibular bicuspid in children: Report of five cases. J Dent Child 40: 29 - 31, 1973.
- 10.- MURAKAMI, A.; KAWABATA, K.; SUZUKI, A. et al.: Eruption of an impacted second premolar after marsupialization of a large dentigerous cyst: case report. Ped Dent 17: 372 - 374, 1995.
- 11.- BELLET, L.: Quiste Folicular. A propósito de un caso. Avances Odontoestomatol 7: 193 - 195, 1991.
- 12.- BEDI, R.: Cystic lesion associated with a primary canine with a treated pulp. J Dent Child 50: 225 - 227, 1983.
- 13.- SEDDON, R.P.; FUNG, D.E.; BARNARD, K.M. et al.: Dentigerous cyst involving permanent incisors: four case reports. Int J Paed Dent 2: 105 - 111, 1992.