

ASPECTOS CLÍNICOS

Quiste folicular. A propósito de un caso

El quiste dentígero o folicular es un quiste odontogénico, el segundo más frecuente después del radicular. Se encuentra siempre asociado a la corona de un diente en desarrollo, no erupcionado o incluido. En este artículo se describen sus características más importantes con el fin de facilitar un diagnóstico y tratamiento tempranos, lo que permitirá minimizar el abordaje quirúrgico.

Los quistes son cavidades patológicas de contenido líquido, semilíquido, gaseoso o sólido que se encuentran revestidos por epitelio y tejido conectivo¹.

Introducción

Son varias las clasificaciones que han intentado recopilar los diferentes tipos de quistes. La clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1992, divide los quistes en odontogénicos y no odontogénicos². Más tarde, en 2007, se clasificaron, en función de su origen³, en quistes del desarrollo e inflamatorios.

El quiste dentígero o folicular es un quiste odontogénico, el segundo más frecuente después del radicular. Se encuentra siempre asociado a la corona de un diente en desarrollo, no erupcionado o incluido, rara vez en dientes temporales⁴.

Algunos autores consideran que tiene mayor incidencia en hombres⁵, mientras que otros afirman que se desarrolla más en mujeres⁶; sin embargo, hay quienes opinan que afecta a ambos

sexos por igual. Se presenta entre la segunda y cuarta década de la vida⁷.

Estos quistes son más comunes en la mandíbula. También existe un amplio consenso al afirmar que los terceros molares

El quiste folicular es un quiste odontogénico, el segundo más frecuente después del radicular

son los dientes más afectados, seguidos de los caninos maxilares y los segundos premolares mandibulares^{8,9}.

Son tres las teorías que intentan explicar el origen del quiste folicular: una de ellas describe que el quiste se crea tras la formación completa de la corona dentaria, quedando entre esta y el órgano del esmalte una gran cantidad de líquido. Según la se-

gunda teoría, el quiste dentígero tiene un origen extrafolicular, desarrollándose a partir de un quiste periapical que engloba al diente permanente. La última teoría explica la creación del quiste por la degeneración durante la odontogénesis del retículo estrellado^{6,7,10}.

El diagnóstico es casual. El paciente acude a consulta ante la falta de erupción de alguno de sus dientes⁴. Suele ser asintomático y rara vez alcanza grandes proporciones. Cuando esto sucede, el diagnóstico puede ser clínico: puede cursar con asimetría facial, dolor o movilidad dental. Se realizará un amplio estudio clínico, radiográfico e histopatológico⁷.

Radiográficamente, se observa una imagen radiolúcida unilocular que se encuentra bien definida alrededor de la corona del diente afecto². La zona radiolúcida suele estar rodeada de un halo radiopaco y puede haber rizólisis de los dientes adyacentes⁷.

Se realiza un diagnóstico diferencial con lesiones como el queratoquiste odontogénico, el quiste primordial, el ameloblastoma, el fibroma ameloblástico o el tumor odontogénico adeno-matoide⁶.

En cuanto al tratamiento de los quistes dentígeros se ten-

**POR LUCÍA PARDO CASANUEVA,
AITANA LOUGHNEY GONZÁLEZ,
MANUEL FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ**

drán en cuenta el tamaño de la lesión, la localización, la edad del paciente y las estructuras anatómicas adyacentes. Cuando el tamaño lo permita, se recomienda la exéresis completa del quiste y del diente implicado para minimizar el riesgo de recidivas^{9,10}.

Caso clínico

Mujer de 42 años que acude a consulta derivada por su odontólogo general para exodoncia del 48 incluido. Durante la anamnesis no revela antecedentes médicos de interés.

A la exploración extraoral no presenta asimetrías, tumefacción ni adenopatías periféricas. En el examen intraoral se observa agenesia del 18, 28, 38 y 48.

Radiológicamente, en la ortopantomografía, se aprecia una imagen radiolúcida, bien delimitada que se asocia al tercer molar inferior en posición distoangular. Se encuentra en relación con el ángulo de la mandíbula, la rama ascendente de la misma y el segundo molar inferior derecho (Figura 1).



Figura 1. Radiografía panorámica.

Bajo anestesia local, se realiza una incisión intrasulcular hasta la cara mesial del segundo molar inferior derecho y una descarga angulada 45° con respecto al plano oclusal, a nivel del trígono retromolar. Se realiza un despegamiento mucoperióstico cuidadoso. La ostectomía y la odontosección del 48 son imprescindibles para realizar la exodoncia del mismo y la exéresis del quiste (Figuras 2 y 3).



Figura 2. Cavitya quística residual.

Finalmente, se legra la cavitya quística y se sutura con un vycril de 4/0. Se receta amoxicilina-clavulánico 875-125 mg (1/8 horas/7 días), diclofenaco 50 mg (1/8 horas/5 días) y metamizol en comprimidos (1/8 horas).

El paciente evoluciona favorablemente, con ausencia de dolor, fiebre o tumefacción. Se realiza una radiografía de control al mes y medio de la intervención en la que se aprecian signos de osificación en la zona intervenida (Figura 4).

Discusión

Aunque existe consenso al afirmar que el diagnóstico suele ser casual, la etiopatogenia de los quistes foliculares no está tan definida. La mayoría de los autores describen tres teorías. Sin embargo, según Vázquez y cols. se origina por alteración del epitelio del órgano del esmalte después de la formación completa de la corona por acumulación de líquido entre las capas del epitelio adamantino, o entre este y la corona dental². Por su parte, Broca y cols. atribuyen su origen al fólculo dental,



Figura 3. Quiste y cordal implicado.

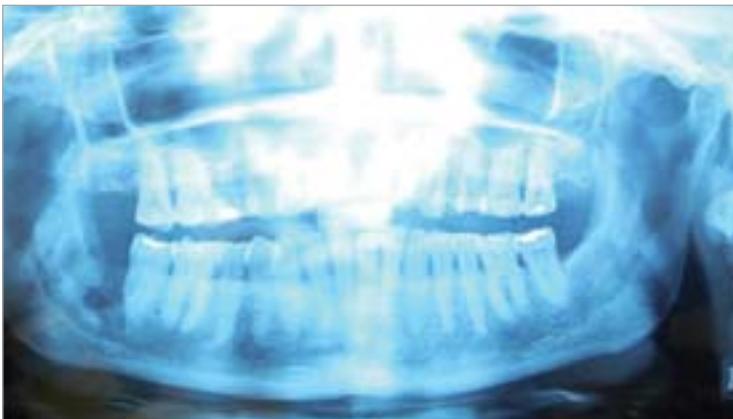


Figura 4. Control radiológico al mes y medio.

mientras que Malassez y cols. lo asocian a los restos del epitelio paradentario. Por último, Golin y cols. defienden su origen de la lámina dental⁷.

Los quistes dentígeros aparecen con más frecuencia en la mandíbula. Según Antunes y cols., hasta el 70% de estos quistes aparecen en el maxilar inferior⁶. También pueden aparecer en el maxilar superior en relación con dientes ectópicos. Cuando el seno maxilar es invadido, los síntomas usualmente aparecen de forma tardía en el proceso. Estos pueden incluir

dolor facial, parestesia, dolor de cabeza, trismo, trastornos de la gustación y congestión nasal. Morales-Navarro y cols. publican un caso de una paciente de 17 años de edad que, ante la ausencia del 28, acude a cirugía maxilofacial. A la exploración extraoral se encontró asimetría

de la región geniana izquierda. Las pruebas complementarias evidenciaron la existencia de un quiste folicular en el maxilar superior⁴.

Son muchos los autores que manifiestan mayor predilección del quiste dentígero por el sexo femenino, mientras que otros exponen que afecta a ambos sexos por igual. Por su parte, Romero y cols defienden la predilección de estos quistes por el sexo masculino en una proporción de 2:1¹⁰.

A pesar de que la edad de diagnóstico está entre la segunda y cuarta década de la vida, Romero y cols. creen que su aparición en pacientes que superan la tercera década es difícil. Además, aunque refieren que la proporción de pacientes de 6 a 7 años con quistes dentígeros es solo del 9,1%, aportan un caso clínico de una paciente de 7 años de edad remitida por su pediatra al presentar una lesión de 2 meses de evolución en el maxilar inferior izquierdo¹⁰.

A veces, es difícil distinguir un quiste dentígero de un saco folicular. Mitsuru encuentra que el ancho de la radiolucidez pericoronaria era menor de 3 mm en 61 casos de pacientes que presentaban foliculo dental y, por el contrario, era mayor de 3 mm en los 27 pacientes con quiste folicular¹¹.

Diversos autores describen el lento crecimiento y la escasa

Cuando el tamaño lo permita, se recomienda la exéresis completa del quiste y del diente implicado para minimizar el riesgo de recidiva

sintomatología del quiste foliular. Sin embargo, Loughney y cols. refieren un alto potencial de crecimiento que puede producir asimetrías, alteraciones nerviosas por compresión, desplazamiento de dientes adyacentes e incluso malignización a ameloblastoma, carcinoma, carcinoma mucoepidermoide o epidermoide; de aquí la importancia de un correcto diagnóstico diferencial⁷.

En cuanto al tratamiento de estos quistes, es fundamental determinar el tamaño del mismo. La mayoría de los autores describen dos técnicas. Cuando el quiste adquiere grandes dimensiones, se realiza una marsupialización para descomprimir la lesión y, en una segunda cirugía, la exéresis del quiste. Si el tamaño lo permite, es aconsejable realizar la enucleación completa del mismo en un solo acto quirúrgico. A menudo, se exodoncia el diente implicado para evitar recidivas. Sin embargo, hay autores que solo contemplan la opción de la enucleación quirúrgica, advirtiendo la posibilidad de recurrencia si la remoción del quiste es incompleta^{7,9}.

El pronóstico de esta lesión también está en relación con su tamaño. Cuando el quiste es pequeño, el pronóstico es favorable ya que la exéresis quirúrgica es sencilla. Además, la recurrencia es poco frecuente. En lesiones grandes el pronóstico es reservado ya que la pérdida ósea suele ser extensa; incrementan-

do el riesgo de fractura patológica si afecta a la mandíbula⁴.

Conclusión

Ante una ausencia dentaria, es importante la realización de pruebas radiológicas para descartar la existencia de un quiste foliular. El tratamiento dependerá del tamaño del mismo. Cuando abarca una gran superficie, una opción será la marsupialización del quiste para, posteriormente, enuclearlo. Si el tamaño lo permite, se recomienda la exéresis completa del quiste y del diente implicado. Un diagnóstico precoz ayudará a minimizar el abordaje quirúrgico y evitará efectos secundarios no deseados como fractura iatrogénica, patológica o un peor postoperatorio.

BIBLIOGRAFÍA

- González J, Moret de González Y, Bandres C, Chirinos L, Guerra V, Hernández R. Quiste dentígero ubicado en rama mandibular. Reporte de un caso y revisión de literatura. *Acta Odontol Venez* 2011; 49 (4): 1-8.
- Vázquez DJ, Gandini PC, Carvajal E. Quiste dentígero: diagnóstico y resolución de un caso. Revisión de la literatura. *Av Odontoestomatol* 2008; 24 (6): 359-64.
- Avelar R, Antunes A, Carvalho R, Bezerra P, Oliveria Neto P, Andrade E. Odontogenic cyst: a clinicopathological study of 507 cases. *J Oral Sci* 2009; 51 (4): 581-6.
- Morales-Navarro D, Sánchez-Acuña G, Rodríguez L. Presentación clínica atípica de un quiste dentígero. *Rev Cubana Estomatol* 2009; 46 (4): 117-26.
- Magaña-Ramírez J, Mayor MC, González-Ramírez MG. Quistes dentígeros múltiples. Reporte de un caso familiar y revisión de la literatura. *Rev Sanid Milit Mex* 2003; 57 (5): 340-5.
- Antunes FD, Vergara-Hernández CI, Díaz-Caballero A, Comino-Mol V, Ferretti-Bonan PR. Quiste dentígero asociado con un diente ectópico en el seno maxilar. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Av Odontoestomatol* 2011; 27 (6): 283-8.
- Loughney A, Fernández M, Loughney JC, Sánchez R. Diagnóstico y actitud terapéutica del quiste dentígero. Aportación de dos casos. *Cient Dent* 2011; 8 (3): 195-200.
- González SM, Spalding PM, Payne JB, Giannini PJ. A dentigerous cyst associated with bilaterally impacted mandibular canines in a girl: A case report. *J Med Case Rep* 2011; 5: 230-4.
- González R, Escorial-Hernández V, Capote-Moreno A, Martos-Díaz PL, Sastre J, Rodríguez FJ. Actitud terapéutica ante sacos foliculares de terceros molares incluidos. *Rev Esp Cir Oral y Maxilofac* 2005; 27 (2): 80-4.
- Romero Y, Jiménez C, Hernández P, Alexis G. Presentación inusual de un quiste dentígero en paciente pediátrico. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Fundación Acta Odontol Venez* 2007; 45 (2): 1-8.
- Mitsuru E, Kumamoto H, Ooya K. Apoptosis-related factors in the epithelial components of dental follicles and dentigerous cysts associated with impacted third molars of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 99 (1): 17-23.

Lucía Pardo Casanueva es licenciada en Odontología. Alumna de primer año en el Máster en Cirugía Bucal e Implantología de la Universidad San Pablo-CEU, Madrid.

Aitana Loughney González es coordinadora del Máster en Cirugía Bucal e Implantología USP-CEU Madrid. Licenciada en Odontología. Máster en Cirugía Bucal e Implantología. Máster en Medicina Molecular y Daño Oxidativo. Profesora de la Facultad de Medicina USP-CEU. Práctica privada en Madrid.

Manuel Fernández Domínguez es jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del grupo Hospitales de Madrid. Director del Departamento de Odontología de la Facultad de Medicina USP-CEU Madrid. Director del Máster en Cirugía Bucal e Implantología. Licenciado en Medicina y Cirugía. Especialidad en Cirugía Oral y Maxilofacial. Doctor en Medicina.