



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**MARSUPIALIZACIÓN, DESCOMPRESIÓN Y
ENUCLEACIÓN DE UN QUISTE DENTÍGERO.
PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN
DE LITERATURA.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

OMAR AVALOS BAUTISTA

TUTOR: Esp. JOSÉ LUIS ANTONIO CORTÉS BASURTO

ASESOR: Mtro. EMILIANO JURADO CASTAÑEDA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Quiero agradecer a mi familia por estar siempre conmigo, en especial a mi madre María Teresa Bautista Jurado que nunca me deja solo y me apoya en cada decisión y paso que doy. A mis hermanos Erick, Cesar y Edgar por estar cada cuando más los necesito y sobre todo que siempre estamos unidos, los amo mucho.

A mi padre y a mi hermana que desde algún rincón del cielo me brindan la fuerza y voluntad de continuar día con día.

Agradezco al Sr. Narciso Hinojosa por ser una gran persona, por brindarme la oportunidad de estudiar y trabajar al mismo tiempo, y así poder lograr mis metas.

A mi tutor el Esp. José Luis Antonio Cortés Basurto por el tiempo y dedicación con mi tesina y en el seminario para mejorar mis conocimientos y mi práctica.

A mi asesor el Mtro. Emiliano Jurado Castañeda, que más que ser mi asesor es un gran amigo y un enorme ejemplo a seguir, por su apoyo en mi tesina y por el apoyo durante la carrera.

A Ximena por brindarme su amor, confianza, compañía, su apoyo, pero sobre todo por siempre estar conmigo a pesar de todo, Te amo.

Por último a cada uno de los profesores de la facultad que acompañaron mi desarrollo académico, y a la facultad de odontología por tener la mejor carrera que brinda la UNAM.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVO	6
1. GENERALIDADES DE ODONTOGÉNESIS	7
1.1 Morfogénesis del órgano dentario.....	8
1.2 Estadio de brote o de yema dentario.....	9
1.3 Estadio de casquete.....	10
1.4 Estadio de campana.....	12
1.5 Estadio terminal o de folículo dentario (apositional).....	18
2. QUISTES DE CABEZA Y CUELLO	19
2.1 Condiciones generales sobre las lesiones quísticas.....	23
2.2 Quiste dentífero.....	25
2.3 Quiste radicular.....	30
2.4 Queratoquiste odontogénico.....	32
2.5 Quiste periodontal lateral.....	33
2.6 Quiste de erupción.....	34
2.7 Quiste paradental.....	34
3. OPCIONES TERAPEÚTICAS	35
3.1 Enucleación.....	36
3.1.1 Enucleación con curetaje.....	40
3.2 Resección en bloque.....	41
3.2.1 Resección mandibular marginal.....	41
3.2.2 Resección mandibular segmentaria.....	42
3.2.3 Hemimandibulectomía.....	43
3.3 Marsupialización.....	44
3.3.1 Enucleación después de la marsupialización.....	49
4. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	52
4.1 Diagnóstico diferencial clínico-imagenológico.....	53

4.2 Punción exploratoria y biopsia incisional.....	54
4.3 Estudio histopatológico.....	55
4.4 Estudio tomográfico.....	57
4.5 Plan de tratamiento definitivo.....	57
CONCLUSIÓN.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63

INTRODUCCIÓN

Los quistes de origen odontogénico son una de las patologías más comúnmente observadas en los huesos maxilares y en la mandíbula, por la presencia de restos epiteliales odontogénicos que se encuentran a pesar de la erupción dental, que pueden derivar de los restos de Malassez (restos de la vaina epitelial radicular de Hertwig), de la lámina dentaria o del epitelio reducido del esmalte. Los de mayor prevalencia son el radicular de origen inflamatorio y los quistes dentígeros pertenecientes a los del desarrollo.

Los quistes son lesiones frecuentes y por lo tanto de importancia clínica porque a menudo son invasivos. Producen signos y síntomas significativos, especialmente cuando se hacen grandes o se infectan.

Generalmente los quistes dentígeros cursan por una evolución lenta y asintomática, por lo que se opta por la técnica de marsupialización, que es una opción de tratamiento conservadora en la cual se han observado exitosos resultados con una baja tasa de recidiva del quiste.

La marsupialización es una técnica quirúrgica conservadora que disminuye gradualmente el tamaño del quiste por lo cual se considera un tratamiento conservador de primera línea ante este tipo de lesiones. Esto facilita la posterior enucleación, que consiste, en la eliminación completa del del quiste y del diente asociado. La enucleación como primera elección se realiza cuando el quiste es de tamaño pequeño y que no comprometa ninguna estructura adyacente. En quistes uniloculares grandes idealmente se prefiere aplicar de forma protocolaria la marsupialización, descompresión y enucleación.

El presente trabajo relata un caso clínico de un quiste dentígero de grandes dimensiones el cual fue sometido exitosamente a tratamiento conservador mediante marsupialización, descompresión y enucleación.

OBJETIVOS

- Realizar una revisión de la literatura actualizada respecto al quiste dentígero y en particular de su tratamiento.
- Presentar un caso clínico de un quiste dentígero de grandes dimensiones tratado mediante marsupialización, descompresión y enucleación.

1. GENERALIDADES DE ODONTOGÉNESIS

La odontogénesis es el proceso de la etapa embriológica en el que se desarrollan los órganos dentarios tanto temporales como permanentes. Esta inicia aproximadamente en la sexta semana de vida intrauterina.^{1,2}

En la formación de los dientes participan dos capas germinativas:

1. epitelio ectodérmico: el esmalte
2. ectomesénquima: complejo dentinopulpar, cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar.²

Los dientes se desarrollan a partir de una yema dentaria que consta de tres partes: 1) el órgano dentario, derivado del ectodermo, 2) una papila dentaria, proveniente del mesénquima y, 3) un saco dentario que también deriva del mesenquima.³

En la odontogénesis, el papel inductor desencadenante es ejercido por el ectomesénquima o mesénquima cefálico, denominado así porque son células derivadas de la cresta neural que han migrado hacia la región cefálica. Este ectomesénquima ejerce su acción inductora sobre el epitelio bucal de origen ectodérmico que reviste el estomodeo o cavidad bucal primitiva.²

En el desarrollo dentario dicha interacción dará como resultado la determinación, diferenciación y organización de los tejidos dentales.²

En el proceso de odontogénesis vamos a distinguir dos grandes fases:

1) la morfogénesis o morfodiferenciación que consiste en el desarrollo y la formación de los patrones coronarios y radiculares como resultado de la división, el desplazamiento y la organización en distintas capas de las

poblaciones celulares epiteliales y mesenquimatosas implicadas en el proceso.²

2) La histogénesis o citodiferenciación que conlleva la formación de los distintos tipos de tejidos dentarios: el esmalte, la dentina y la pulpa en los patrones previamente formados.²

1.1 Morfogénesis del órgano dentario

Cuando el embrión tiene 5 o 6 semanas de edad, se observa el primer signo del desarrollo dentario.³

La primera manifestación consiste en la diferenciación de la lámina dental o listón dentario a partir del ectodermo que tapiza la cavidad bucal primitiva o estomodeo.²

El epitelio ectodérmico bucal en este momento está constituido por dos capas: una superficial de células aplanadas y otras basales células altas, conectadas al tejido conectivo embrionario o mesénquima por medio de la membrana basal (MB), estructura esta importante para la diferenciación celular y la organogénesis dental.²

Inducidas por el ectomesénquima subyacente las células basales de este epitelio bucal proliferan a todo lo largo del borde libre de los futuros maxilares, dando lugar a dos nuevas estructuras:

Lámina vestibular: sus células proliferan dentro de ectomesénquima, aumentan rápidamente su volumen, degeneran y forman una hendidura que constituye el surco vestibular entre el carrillo y la zona dentaria.^{2,3}

Lámina dentaria: merced a su actividad proliferativa intensa y localizada, en la octava semana de vida intrauterina, se forman en lugares específicos 10

crecimientos epiteliales dentro del ectomesénquima de cada maxilar en los sitios (predeterminados genéticamente) correspondientes a los 20 dientes deciduos.^{2,4}

De esta lámina también se originan los 32 gérmenes de la dentición permanente alrededor del quinto mes de gestación.

Los primordios se sitúan por lingual o palatino en relación a los elementos primarios. Los molares se desarrollan por extensión distal de la lámina dental. El inicio del primer molar permanente existe en el cuarto mes de vida intrauterina. Los Molares 2o y 3o comienzan su desarrollo después del nacimiento, alrededor de los 4 o 5 años de edad.²

Los gérmenes dentarios siguen en su evolución una serie de etapas que, de acuerdo a su morfología, se denominan: estadio de brote macizo (o yema), estadio de casquete, estadio de campana y estadio de folículo dentario, terminal o maduro.²

1.2 Estadio de brote o de yema dentario

El período de iniciación y proliferación es breve y casi a la vez aparecen 10 yemas o brotes en cada maxilar. Son engrosamientos de aspecto redondeado que surgen como resultado de la división mitótica de algunas células de la capa basal del epitelio en las que se asienta crecimiento potencial del diente.²

Se trata de una población de células madre que persistirá durante algún tiempo en las siguientes etapas del desarrollo dentario, los brotes serán los futuros órganos del esmalte que darán lugar al único tejido de naturaleza ectodérmica del diente, el esmalte.²

La estructura de los brotes es simple en la periferia se identifican células cilíndricas y en el interior son de aspecto poligonal con espacios intercelulares muy estrechos (figura 1).²

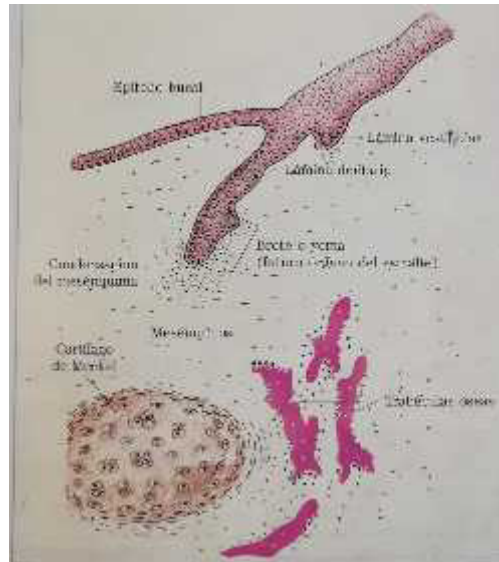


Figura 1. Etapa de brote o yema.

1.3 Estadio de casquete

La proliferación desigual del brote (alrededor de la novena semana) en sus diversas partes da lugar a la formación de la etapa de casquete, caracterizada por una invaginación poco marcada en la superficie profunda de la yema (figura 2).^{2,3}

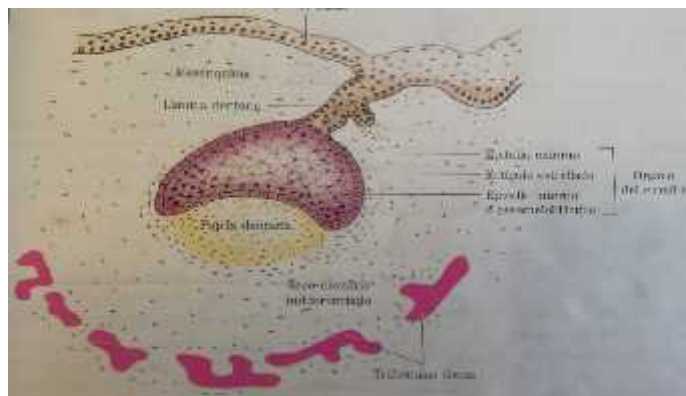


Figura 2. Estadio de casquete inicial.

Su concavidad central encierra una pequeña porción del ectomesénquima que lo rodea; es la futura papila dentaria que dará origen al complejo dentino-pulpar.²

Histológicamente podemos distinguir las siguientes estructuras en el órgano del esmalte u órgano dental:

- a) El epitelio externo del órgano del esmalte está constituido por una sola capa de células cuboides bajas, dispuestas en la concavidad que están unidas a la lámina dental por una porción del epitelio, llamada pedículo epitelial.²
- b) El epitelio interno del órgano del esmalte se encuentra dispuesto en la concavidad y está dispuesto inicialmente por un epitelio simple de las células más o menos cilíndricas bajas. Estas células aumentarán en altura en tanto su diferenciación se vuelva más significativa. Se diferenciarán en ameloblastos durante la fase de campana de ahí que suelen denominarse epitelio interno, preameloblástico o epitelio dental interno. Las enzimas hidrolíticas y oxidativas se incrementan a medida que se alargan las células preameloblásticas del epitelio interno.²
- c) Por aumento de líquido intercelular se forma una tercera capa: el retículo estrellado constituido por células de aspecto estrellado cuyas prolongaciones se anastomosan formando un retículo. Las células están unidas mediante desmosomas, conformando una red celular continua.^{2,3}

Los espacios intercelulares están ocupados por un líquido de aspecto y consistencia mucoide. Químicamente esta matriz hidrófila es rica en glucosaminoglicanos, fundamentalmente en ácido hialurónico.

La captación de agua conlleva a la separación de las células y a un aumento del espacio extracelular lo que, por ende, hace que las células toman una forma estrellada. A esta capacidad se le asigna función metabólica y morfogenética.²

El tejido conectivo embrionario mesénquima que hay en el interior de la concavidad por influencia del epitelio proliferativo se condensa por división celular y aparición activa de capilares, dando lugar a la papila dentaria: futura formadora del complejo dentinopulpar.²

El tejido mesenquimático que se encuentra inmediatamente por fuera del casquete rodeándolo casi en su totalidad, salvo en el pedículo también se condensa volviéndose fibrilar y forma el saco dentario primitivo o folículo dental (figura 3).²

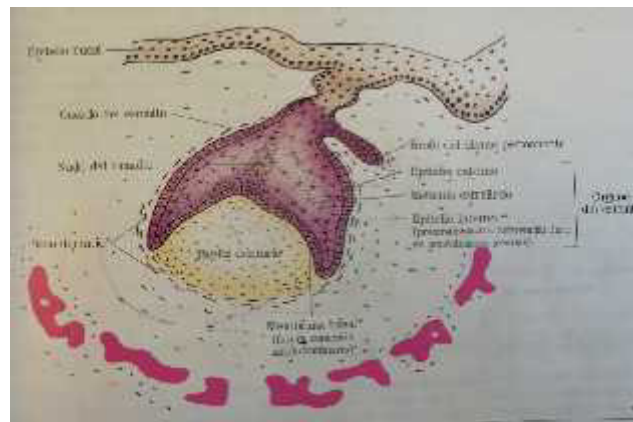


Figura 3. Etapa terminal del estadio de casquete.

1.4 Estadio de campana

Ocurre sobre las catorce a dieciocho semanas de vida intrauterina. Se acentúan la invaginación del epitelio dental interno adquiriendo el aspecto típico de una campana.^{2,3}

En este estadio es posible observar modificaciones estructurales e histoquímicas en el órgano del esmalte, papila y saco dentario respectivamente. El desarrollo del proceso permite considerar en el estadio de campana una etapa inicial y otra más avanzada, donde se hace más evidente los procesos de morfo e histodiferenciación.^{2,4}

- **Órgano del esmalte:** en la etapa inicial, el órgano del esmalte presenta una nueva capa el estrato intermedio situada entre el retículo estrellado y el epitelio dental interno. La presencia de esta estructura celular en el órgano del esmalte es un dato muy importante para realizar el diagnóstico histológico diferencial con la etapa anterior de casquete (figura 4).²

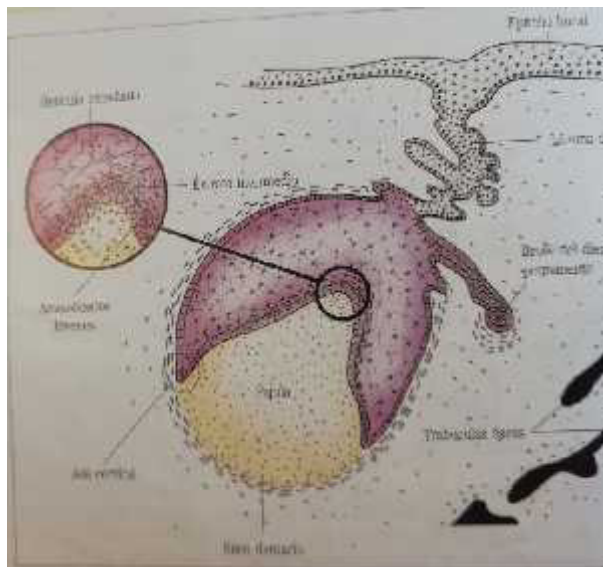


Figura 4. Estadio de campana inicial.

De esta manera en esta etapa el órgano del esmalte está constituido por:

- Epitelio dental externo:** las células cúbicas se han vuelto aplanadas tomando el aspecto de un epitelio plano simple, al final de esta etapa el epitelio presenta pliegues debido a invaginaciones o brotes

vasculares provenientes del saco dentario que aseguran la nutrición del órgano del esmalte que como todo epitelio es a vascular. ²

B. Retículo estrellado: las células que constituyen esta estructura tienen un aspecto estrellado y es notable el aumento de espesor debido al incremento de líquido intercelular, aunque al avanzar el desarrollo su espesor se reduce a nivel de las cúspides o bordes incisales. En dichas zonas, donde comenzarán a depositarse las primeras laminillas de dentina, se interrumpe la fuente de nutriente del órgano del esmalte proveniente de la papila. Esta reducción del aporte nutricional ocurre más adelante, justo en el momento en que las células del epitelio interno segregan el esmalte, por lo que hay una demanda aumentada de nutrientes. El retículo estrellado se adelgaza permitiendo un mayor flujo de elementos nutricionales de los vasos sanguíneos del saco dentario hacia las células principales o ameloblastos que sintetizarán la matriz del esmalte. ²

C. Estrato intermedio: son las capas de células planas que aparecen entre el epitelio interno y el retículo estrellado. Este estrato es más evidente por el mayor número de capas celulares en el sitio que corresponderá a las futuras cúspides o bordes incisales en general está formado por cuatro o cinco hileras de células planas con núcleos centrales alargados. Ultraestructuralmente las organelas están poco desarrolladas y no presentan polaridad funcional. Las relaciones intercelulares presentan uniones desmosómicas y ocluyentes. Se han observado mitosis y debido a este hecho varios investigadores sugieren que algunos elementos celulares pueden transformarse en ameloblastos. Las células planas del estrato intermedio mantienen relaciones intercelulares, a través de desmosomas, tanto con las

células del retículo estrellado como con los ameloblastos. Cada célula del estrato intermedio está, al parecer, relacionada con seis ameloblastos.^{2,3}

- D. Epitelio dental interno: las células del epitelio interno o preameloblastos son células cilíndricas bajas y sus organoides no presentan aún en esta fase una orientación definida. Después de la diferenciación de los odontoblastos de la papila dentaria, las células del epitelio dental interno se diferencian en ameloblastos.^{2,3}

En este periodo de campana se determina además la morfología de la corona por acción o señales específicas del ectomesénquima subyacente o papila dental sobre el epitelio interno del órgano dental. Ello conduce a que esta capa celular se pliegue, dando lugar a la forma, número y distribución de las cúspides, según el tipo de elemento dentario a que dará origen. Es decir, que el modelo o patrón coronario se establece antes de comenzar la aposición y mineralización de los tejidos dentales.²

En la etapa de campana avanzada y antes de que los odontoblastos empiezan a sintetizar y secretar la matriz dentaria, los ameloblastos jóvenes, que por citodiferenciación han adquirido el aspecto de células cilíndricas, experimentan un cambio de polaridad de sus organoides. Microscópicamente lo más evidente la migración del núcleo de su localización central a la región distal de la célula próxima al estrato intermedio.^{2,3}

Los ameloblastos adquieren todas las características de una célula secretora de proteínas, permaneciendo inactivos, sin sintetizar las proteínas del esmalte, hasta que los odontoblastos segregan la primera capa de dentina.

Al final del estadio de campana los ameloblastos jóvenes se han transformado por citodiferenciación en ameloblastos secretores o maduros. ²

Se caracteriza, además, por presentar en la región proximal, libre o secretora una prolongación cónica llamada proceso de Tomes, que desempeña una función esencial en la síntesis y secreción del esmalte prismático o varillar. El proceso de Tomes contiene en su interior además de cito esqueleto, mitocondrias y los cuerpos ameloblásticos. Estos cuerpos al MET están rodeados de membrana y contienen un material finamente granular. ²

En el citoplasma el proceso de Tomes y durante la secreción se han demostrado la presencia de proteínas que regulan el paso del calcio del medio intracelular al extracelular. ²

Como consecuencia el depósito dentario la nutrición de los ameloblastos se realiza ahora a expensas del estrato intermedio y no de la papila como ocurre al iniciarse este período, previo ala dentinogénesis. Los ameloblastos sintetizan la matriz del esmalte cuando se han formado las primeras capas de dentina calcificada. ²

Las principales características citoquímicas de los ameloblastos secretores son las siguientes: los ameloblastos en la etapa de campana ofrecen una marcada basofilia citoplasmática fácilmente evidenciable con azul de toluidina. La detención de fosfatasa alcalina y glucógeno en los ameloblastos fue, en cambio, negativa al comenzar la secreción del esmalte. ²

- Papila dentaria: la diferenciación de los odontoblastos se realiza a partir de las células ectomesenquimáticas de la papila, situada frente al epitelio dental interno, que evolucionan transformándose primero en

preodontoblastos, luego en odontoblastos jóvenes y, por último, en odontoblastos maduros o secretores.²

Cuando se forma dentina la porción central de la papila se transforma en pulpa dentaria. La zona central de la papila se caracteriza ahora por presentar fibroblastos jóvenes con ambulantes glucosaminoglicanos, principalmente ácido hialurónico y condroitín sulfato responsable de su metacromasia. Al MET se han identificado dos tipos de fibras:

- a) fibras oxitalánicas, que carecen de estriación transversal.
- b) Fibras precolágenadas estriadas asociadas a la membrana basal.

La inervación se establece en forma precoz. Delgadas prolongaciones nerviosas, dependientes del trigémino, se aproximan en los primeros estadios del desarrollo dentario, pero no penetran en la papila hasta que comienza la dentinogénesis.²

Los vasos sanguíneos penetran en la papila en la etapa de casquete. A medida que avanza el desarrollo, los vasos se ubican preferentemente en el lugar donde se forma la raíz o las raíces.²

Con respecto a la característica citoquímicas de los odontoblastos, estos presentan en el estadio de campana la máxima expresión de ARN lo cual indica su actividad en la síntesis de proteínas de la dentina.²

- Saco dentario: en la etapa de campana es cuando más se pone de manifiesto su estructura, muestra disposición circular de sus fibras y parece una estructura capsular. Está formado por dos capas: una interna célula-vascular y otra externa o superficial con abundantes fibras colágenas. Las fibras colágenas y procolágenas se disponen en

forma circular envolviendo al germen dentario en desarrollo, de ahí proviene la denominación de saco dentario. ^{2,3}

De la capa celular constituida por células mesenquimáticas indiferenciadas derivarán los componentes del periodonto de inserción: cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar. ²

También en esta etapa la lámina dentaria prolifera en su borde más profundo, que se transforma en un extremo libre citado por detrás (en posición lingual o palatino) con respecto al órgano del esmalte y forma el esbozo o brote del diente permanente. Los restos de la lámina dentaria persisten como restos epiteliales redondeados conocidos con el nombre de perlas de Serrés.²

1.5 Estadio terminal o de folículo dentario (apositional)

Esta etapa comienza cuando se identifica, en la zona de las futuras cúspides o borde incisal, la presencia del depósito de la matriz del esmalte sobre las capas de dentina en desarrollo. El crecimiento aposicional del esmalte y dentina se realizan por el depósito de capas sucesivas de una matriz extracelular en forma regular y rítmica. ²

La elaboración de la matriz orgánica, a cargo de los odontoblastos para la dentina y de los ameloblastos para el esmalte, es inmediatamente seguida por las fases iniciales de su mineralización. El mecanismo de formación de la corona se realiza de la siguiente manera: primero se depositan unas laminillas de dentina y luego se forma una de esmalte. ²

El proceso se inicia en las cúspides o borde incisal y paulatinamente se extiende hacia el bucle cervical. En dientes multicúspideos, se inicia en cada

cúspide de forma independiente y luego se unen entre sí. Esto da como resultado la presencia de surcos en la superficie oclusal de los molares y premolares, determinando su morfología característica, que permite diferenciarlos anatómicamente entre sí.²

La membrana basal o futura conexión amelodentinaria puede ser lisa o presentar ondulaciones festoneadas, en algunos sitios la MB presenta soluciones de continuidad por donde se extienden algunas prolongaciones de los odontoblastos, que en el esmalte forman los husos adamantinos o los conductillos o túbulos dentinarios remanentes.²

Una vez formado del patrón coronario y comenzando el proceso de histogénesis dental mediante los mecanismos de dentinogénesis y amelogénesis, de forma centrífuga la primera y centrípeta la segunda, comienza el desarrollo y la formación del patrón radicular.

La mineralización de los dientes primarios se inicia entre el quinto y el sexto mes de vida intrauterina; por eso en el momento de nacimiento existen tejidos dentarios calcificados en todos los dientes primarios y en los primeros molares permanentes.²

Cuando la corona se ha formado el órgano del esmalte se atrofia y constituye el epitelio dentario reducido, que sigue unido a la superficie del esmalte como una membrana delgada. Cuando el diente hace erupción algunas células del epitelio reducido de las paredes laterales de la corona se unen a la mucosa bucal y forman la fijación epitelial o epitelio de unión (figura 5).²

Dicho epitelio de fijación une la encía con la superficie del diente y establece además un espacio virtual que se denomina surco gingival.²

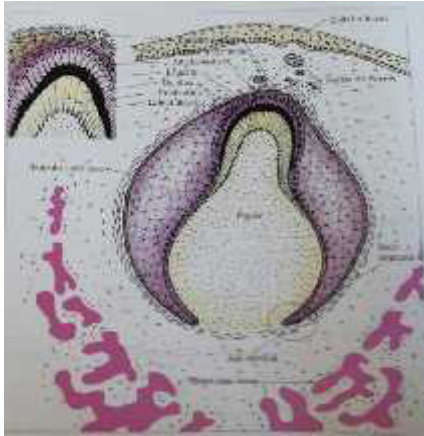


Figura 5. Estadio de folículo dentario aposicional.

2. QUISTES DE CABEZA Y CUELLO

Definición de quiste:

- Cavity patológica revestida por epitelio.⁵
- Cavity anormal, revestida de epitelio, que contiene material líquido o semisólido.⁶

Un quiste está formado por tres estructuras fundamentales: una cavidad central (luz), un revestimiento epitelial y una pared exterior (cápsula) (figura 6).⁶

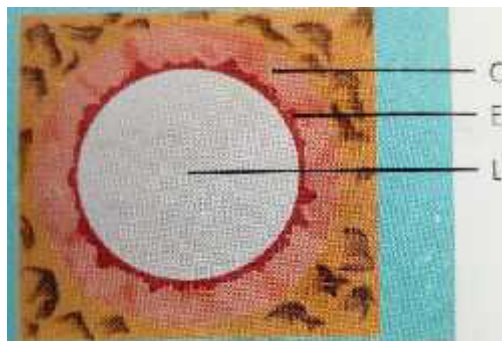


Figura 6. Esquema de un quiste: cápsula (C), revestimiento epitelial (E) y luz (L).

La cavidad quística suele contener material líquido o semisólido, por ejemplo: residuos celulares gelatina o moco. El revestimiento epitelial difiere entre los distintos tipos de quiste y puede ser plano estratificado queratinizado y no queratinizado, pseudoestratificado, cilíndrico o cuboidal. La pared del quiste está formada por tejido conjuntivo que contiene fibroblastos y vasos sanguíneos.⁶

Clasificación:

Se clasifican de diferentes maneras, de acuerdo a su:

- **Etiología.** Odontogénicos, del desarrollo e inflamatorios.
- **Histogénesis.** Epiteliales y no epiteliales.
- **Tejidos.** Hueso y tejidos blandos.
- **Estructura.** Quistes y pseudoquistes.⁵

Los quistes pueden derivar de las diferentes estructuras epiteliales como pueden ser:

Restos de Malassez que provienen de la vaina de Hertwig que se encuentran en el ligamento periodontal una vez que se termina la formación de la raíz dental. Ejemplos: Quiste periapical y quiste residual.

Restos del epitelio reducido del esmalte, es el que se encuentra rodeando la corona del diente después de su formación de la capa externa que es el esmalte. Ejemplos: Quiste dentífero y quiste de la erupción.⁶

Restos de la lámina dental o restos de Serrés: son islotes de epitelio que originan el epitelio oral y permanecen en los tejidos después de la formación dental. Ejemplos: Queratoquiste odontógeno múltiple, quiste periodontal

lateral o poliquístico botroide, quiste gingival del adulto, quiste de lámina dental del recién nacido, quiste odontógeno glandular (figura 7).⁶

El epitelio reducido del esmalte es aquel que permanece alrededor de la corona del diente después de la formación de la capa del esmalte, que deriva del epitelio interno del esmalte, retículo estrellado y epitelio externo del esmalte que se encargan de la formación del esmalte y se colapsan generando una membrana de 2- 3 capas de células de espesor, que puede variar entre cada diente o entre cada individuo.⁶

En los quistes hay proliferación epitelial, presión osmótica e hidrostática, activación osteoclástica, trasudado y exudado.⁵

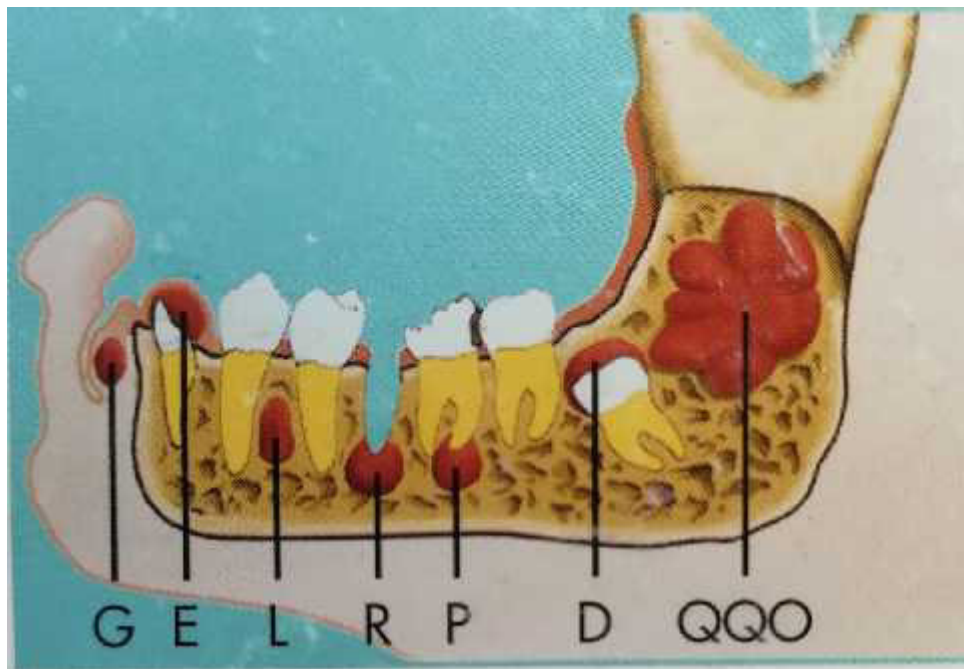


Figura 7. Quistes: G gingival, E de erupción, L periodontal lateral, R residual, P periapical, D dentígero, QGO queratoquiste odontógeno.⁶

2.1 Consideraciones generales sobre las lesiones quísticas.

Diagnóstico

El diagnóstico en cada caso debe fundarse en una combinación de datos físicos, historia, valoración radiográfica y biopsia. El examen histológico es muchas veces esencial para establecer un diagnóstico correcto.⁷

La biopsia debe hacerse cuando sus indicaciones sean bastante claras. Los síntomas clínicos suelen faltar si el quiste no es muy grande y no causa deformidad facial. El dolor puede ser causado por la presión del quiste sobre un nervio y asimismo puede haber parestesia.⁷

Los quistes pueden ser múltiples, cada uno de un rudimento embrionario diferente, pero los quistes múltiples pueden indicar una enfermedad general.
7

La presencia de inflamación y la sensibilidad a la presión es un signo de quiste más que de un tumor, debido a que los quistes frecuentemente se infectan secundariamente.⁷

La localización, movilidad, fijación, consistencia, cambios locales y enfermedades asociadas son los factores más importantes en el diagnóstico.⁷

En los quistes grandes de hueso que producen asimetría facial, la extensión se verifica generalmente a lo largo de la línea de menor resistencia en el hueso y en una sola dirección.⁷

Los nervios, vasos sanguíneos y senos paranasales generalmente son desplazados por la presión ejercida por el contenido de líquido del quiste en contraste con el neoplasma que invade y rodea los tejidos.⁷

Datos radiográficos

El examen radiográfico nos muestra la localización y extensión del quiste en el hueso y en los dientes.

La presión del líquido quístico dentro de la cavidad puede causar la formación de una capa compacta de hueso en el cual está contenido el saco del quiste. Esta lámina densa se ve en la radiografía como una línea blanca delgada delineando la región que contiene el quiste radiolúcido.⁷

Los quistes generalmente tienen un contorno liso, redondo y lobular y pueden ser multiloculares. Sin embargo, cuando hay infección secundaria los bordes pueden ser irregulares.⁷

Los quistes de los maxilares son muy difíciles de ver en una radiografía debido a que se sobreponen las sombras de los senos paranasales.

Algunas veces se confunde una región radiolúcida pequeña e irregular con la recurrencia de un quiste. Esta apariencia radiográfica puede deberse que ambas paredes corticales del hueso están atacadas por el quiste, o que se han quitado durante la escisión quirúrgica de la lesión.⁷

La regeneración completa de estas paredes corticales es difícil y el defecto siempre aparecerá en la placa radiográfica.⁷

Técnica quirúrgica

Sin tomar en cuenta la etimología, naturaleza o localización del quiste, existen dos métodos generales de tratamiento:

- 1.- Enucleación de todo el quiste.
- 2.- La operación de Partsch o marsupialización, por la cual el quiste se descubre quitando la bóveda y haciendo la cubierta quística continúa con la cavidad bucal o las regiones adyacentes.⁷

2.2 Quiste dentífero

Definición:

El quiste dentífero es un quiste odontogénico que se adhiere a la región cervical de un diente no salido y envuelve la corona. El quiste de erupción es una variante del quiste dentífero que se encuentra en los tejidos blandos que recubren un diente en erupción.^{8,9}

Se define como un espacio patológico con revestimiento epitelial asociado a la corona de un diente no salido o impactado. Las opciones de tratamiento son descompresión, marsupialización y enucleación dependiendo de las características de la lesión.^{10,11,12}

Resulta de la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y el esmalte o entre las capas del órgano del esmalte. El revestimiento de un quiste dentífero es un epitelio escamoso estratificado no queratinizado. Debido a su crecimiento lento y asintomático, a menudo alcanzan un tamaño considerable antes de su diagnóstico que pueden comprometer alguna estructura anatómica adyacente.^{11,13,14,15,17}

Es una lesión intraósea benigna y asintomática que afecta a los huesos del complejo maxilofacial, interfiriendo en la erupción dental, desplazamiento de piezas dentarias, y desplazamiento del conducto dentario inferior.^{14,16}

Sinónimo: Quiste folicular.^{8,17,18}

Epidemiología

Los quistes dentígeros representan aproximadamente el 20% de todos los quistes odontogénicos y son el segundo quiste más común de las mandíbulas. Ocurren en un amplio rango de edad del paciente, con una incidencia máxima en la segunda a la cuarta décadas de vida. Existe una predilección masculina, con una relación hombre a mujer de aproximadamente 3:2.^{8,11}

Etiología

El quiste dentígero es un quiste del desarrollo, pero la patogenia es incierta. El quiste surge debido a una acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona del diente no salido. Es el segundo más común de los quistes odontogénicos.^{6,9,17}

Además del origen de desarrollo también se ha sugerido un origen inflamatorio. Se ha informado que la inflamación que progresa desde el ápice de la raíz del diente deciduo provoca el desarrollo del quiste dentígero alrededor del diente permanente no erupcionado.¹¹

Localización

Alrededor del 75% de los quistes dentígeros se asocian con terceros molares inferiores no salidos. Otros sitios comunes, en orden descendente de

frecuencia, son los caninos superiores, los terceros molares superiores y los segundos premolares inferiores.^{8,10,18,19}

Características clínicas

El quiste dentígero por lo general no presenta síntomas y, a menudo, se descubren lesiones pequeñas en la investigación radiológica de un diente perdido. Sin embargo, el quiste puede alcanzar un gran tamaño y presentarse como una expansión de la mandíbula que aumenta lentamente. Si el quiste está infectado, puede haber dolor e hinchazón. Es potencialmente capaz de convertirse en una lesión agresiva^{6,8,18}

La expansión del hueso con la subsecuente asimetría facial, desalajo de los dientes, intensa reabsorción radicular de los dientes adyacentes y el dolor son secuelas del continuo crecimiento del quiste.^{15,18}

Aspectos radiográficos

Las radiografías muestran un área radiolúcida bien marcada, unilocular, a menudo con un margen corticado, que rodea la corona del diente no erupcionado, que puede desplazarse.^{5,17,18} figura 8

Cuando se proyecta de forma lateral desde la corona dental, es cuando el quiste es relativamente grande o si hay desplazamiento del diente.¹⁸

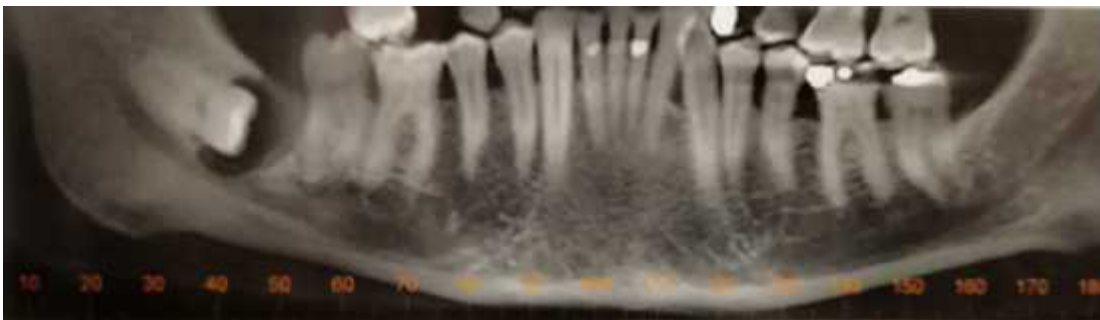


Figura 8. Imagen radiográfica de un quiste dentígero en tercer molar inferior derecho.¹⁹

Macroscopia

El quiste se adhiere a la región cervical del diente en la unión de cemento-esmalte y está revestido en parte por la corona del diente involucrado.⁸

figura 9



Figura 9. Quiste dentígero. La capsula esta adosada a la unión cemento-esmalte demuestra el aspecto típico de la corona incluida en la luz y las raíces en el exterior.⁶

Histopatología

La histología típica muestra una pared no inflamada de tejido fibroso suelto, a menudo con un aspecto ligeramente mixoide, revestido por capas finas de células epiteliales delgadas de 2-4 de espesor. La pared puede contener pequeños restos inactivos de epitelio odontogénico. Los cambios metaplásicos pueden incluir células mucinosas y ciliadas. Los cuerpos hialinos o de Rushton también se ven ocasionalmente. El quiste dentígero a menudo está inflamado y puede mostrar hiperplasia epitelial, con cristales de colesterol adyacentes.^{8,20} figura 10

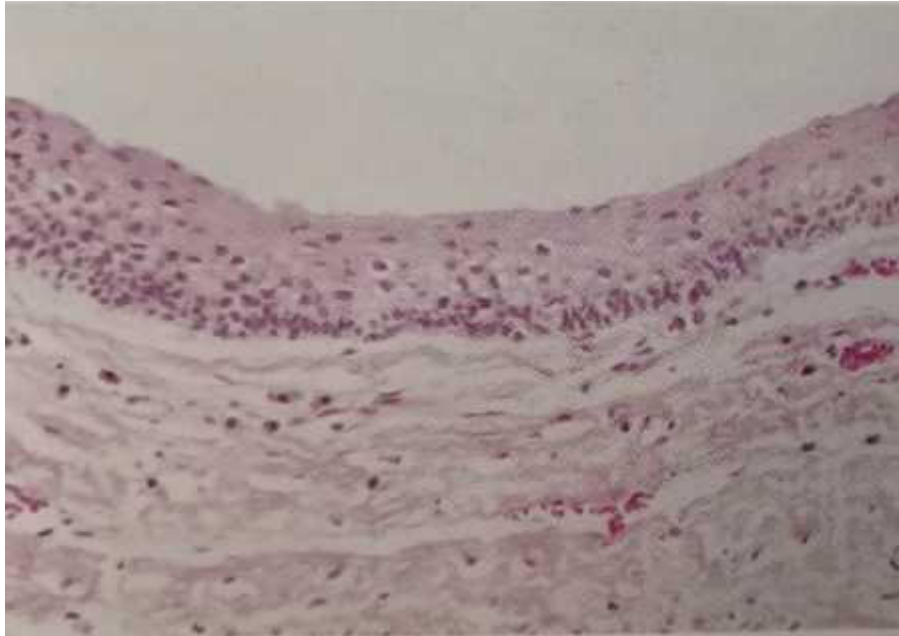


Figura 10. Quiste dentígero. Revestimiento consistente en un epitelio plano estratificado delgado sin formación de papilas y una capsula de tejido conjuntivo fibroso denso.⁶

Tratamiento

La extirpación del diente asociado y la enucleación de la lesión se considera una terapia definitiva en el tratamiento de los quistes dentígeros. Sin embargo, los quistes dentígeros más grandes pueden requerir descompresión o marsupialización para proporcionar un procedimiento quirúrgico menos extenso y más seguro en una fecha posterior.^{10,11}

En quistes dentígeros grandes se debe realizar una biopsia incisional de un sitio accesible para descartar otras lesiones que requieran de protocolos de tratamiento separados y más agresivos.¹⁰

Las lesiones grandes requieren descompresión o marsupialización para un manejo quirúrgico más fácil. La invasión mínima, la baja morbilidad, la ausencia de complicaciones graves como la infección y la fractura de la lesión son algunas de las principales ventajas del método de descompresión

que también conserva hueso y las estructuras anatómicas importantes. La desventaja de este método son el largo periodo de curación y la incomodidad del paciente debido a los stents de descompresión.¹⁰

La resección parcial de la mandíbula seguida de una aplicación inmediata autógena de injerto óseo es otra opción de tratamiento.¹⁰

2.3 Quiste radicular

Sinónimos: quiste periodontal apical, quiste periapical, quiste final radicular dental, quiste apical.¹⁸

Definición

El quiste radicular es el quiste más frecuente de los quistes bucales, es un quiste odontogénico de origen inflamatorio asociado con dientes no vitales. Un quiste residual es un quiste radicular que permanece en las mandíbulas después de la extracción del diente afectado. Es precedido por un granuloma periapical crónico y estimulación de los restos de Malassez presentes en la membrana periodontal.^{6,8,20}

Lesión en el vértice de los dientes como consecuencia de una inflamación de larga evolución del diente (pulpitis), ocasionada a su vez por lesiones cariadas avanzadas o por un traumatismo del diente en cuestión.²¹

Epidemiología

Los quistes radiculares son los quistes más comunes de los maxilares y representan aproximadamente el 55% de todos los quistes odontogénicos. Ocurren en un amplio rango de edad del paciente, con una incidencia

máxima en la cuarta y quinta décadas de la vida. Se ha reportado una leve predilección masculina.⁸

Etiología

El revestimiento epitelial se deriva de la proliferación de los restos de la vaina de la raíz epitelial de Hertwig (restos de células epiteliales de Malassez) en el ligamento periodontal como resultado de la inflamación después de la necrosis pulpar, generalmente debido a caries dental. Se forma una cavidad quística, que se agranda como resultado de la presión hidrostática acompañada de la reabsorción ósea.^{7,9,22}

Localización

El maxilar es el sitio más común con el 50% de los casos que surgen en la región anterior. El quiste radicular casi siempre se localiza en el ápice del diente, pero un quiste radicular lateral puede estar asociado con un conducto radicular lateral.^{7,9,20}

Características clínicas

Muchos quistes radiculares son asintomáticos y se descubren incidentalmente en el examen radiológico de un diente carioso o no. Las radiografías muestran una radiolucencia bien arqueada, unilocular, redonda u ovalada, generalmente de aproximadamente 1-2 cm de diámetro. El quiste radicular siempre se asocia con un diente no vital, y este es un criterio importante para el diagnóstico.^{9,20,22}

Histopatología

Los quistes radiculares tienen una pared compuesta de fibroso inflamado o granulación. Tejido recubierto por estratificación no queratinizada y epitelio escamoso. Los quistes maduros y los quistes residuales están menos inflamados y pueden mostrar un epitelio delgado. La inflamación y el

infiltrado se mezclan y pueden contener histiocitos espumosos o depósitos; Cristales de colesterol con células gigantes de cuerpo extraño, que pueden formar nódulos linfáticos. Los cuerpos hialinos o de Rushton se ven a menudo y son característicos (aunque no específicos) del quiste radicular. Otros cambios incluyen la metaplasia mucosa con células caliciformes, cilios o áreas pequeñas de queratinización.^{9,20,21}

Pronóstico y factores predictivos

Dependiendo de sus características clínicas y radiológicas específicas, las lesiones periapicales a menudo se tratan por extracción del diente o apicectomía con enucleación de la cavidad quística o por tratamiento no quirúrgico del conducto radicular. Aunque las lesiones pueden persistir como quistes residuales, la recurrencia es rara.^{8,18,20}

2.4 Queratoquiste odontogénico

Definición

Queratoquiste odontogénico(QQO) es un quiste odontogénico derivado de la lámina dental, caracterizado por un revestimiento delgado y regular de epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con células basales hiper cromáticas en empalización, se distingue de los otros quistes odontógenos debido a su comportamiento agresivo.^{8,9,21}

Epidemiología

Los QQO representan el 10-20% de los quistes odontogénicos y son el tercer quiste más común de las mandíbulas. Ocurren en un amplio rango de edad del paciente, con un pico de incidencia en la segunda a la tercera décadas de vida y un segundo pico más pequeño entre los pacientes de 50 a 70 años. La mayoría de los estudios encuentran una ligera predilección masculina. Hasta el 5% de todos los QQO se producen como parte del

síndrome de carcinoma de células basales (síndrome de Gorlin); estos factores tienden a ser múltiples y ocurren en pacientes más jóvenes.^{7,9,20}

Etiología

QO es un quiste del desarrollo que surge de los restos de la lámina dental. Aquí hay una asociación con la mutación o inactivación del gen PTCH1, que activa la vía de señalización de SHH y produce una proliferación celular aberrante del epitelio QO.⁹

Radiológicamente

Puede presentar un patrón unilocular o multilocular con unos bordes lisos o festoneados.^{20,22}

2.5 Quiste periodontal lateral

Quiste odontogénico embrionario, de crecimiento lento no expansivo, derivado de uno o más restos de la lámina dental, aparece entre las raíces de los dientes vitales, que contiene un revestimiento embrionario de una a tres células cuboidales y espesamientos focales característicos.^{8,20,23}

Localización

La localización más frecuente de este quiste es la región premolar de la mandíbula seguida de la región anterior del maxilar, el quiste puede aparecer a cualquier edad.^{8,20}

Radiológicamente

Se observa comúnmente como una radiotransparencia solitaria pequeña y bien delimitada, con una cápsula delicada, localizada entre las raíces de los dientes vitales. La lesión suele ser de 1cm de diámetro y se encuentra con

mayor frecuencia en la región premolar mandibular y en el maxilar superior entre el canino y el incisivo lateral .^{8,23}

2.6 Quiste de erupción

Es un quiste que se encuentra sobre la corona de un diente en erupción, que ha erupcionado a través del hueso, pero no del tejido blando y esta formado por epitelio escamoso estratificado no queratinizado.^{6,20}

Es una variante del quiste dentígero que se desarrolla en el tejido blando que rodea la corona de un diente en erupción.⁶

Clínicamente aparece como una prominencia azulada en el punto de erupción de un diente, en un 11% de los niños durante la erupción de los incisivos y en un 30% durante la erupción de los caninos y molares temporales.²⁰

2.7 Quiste paradental

Quiste de origen incierto situado cerca del margen cervical de la zona lateral de una raíz debido a la inflamación de una bolsa periodontal.^{20,25}

La luz del quiste esta revestida por una capa hiperplásica de epitelio plano no queratinizado y la cápsula de tejido conjuntivo presenta una inflamación importante.⁶

Estos quistes suelen presentarse en la cara vestibular y distal de terceros molares parcialmente erupcionados y con historia previa de pericoronitis.²⁵
figura 11

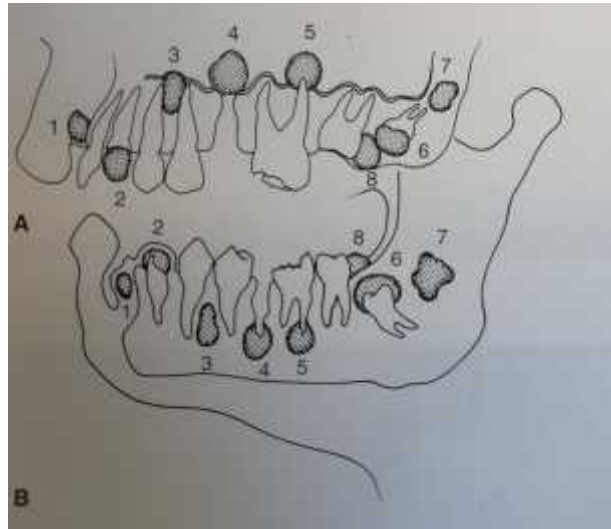


Figura 11. Quistes odontogénicos: A) Maxilar, B) Mandíbula. 1) gingival, 2) de erupción, 3) periodontal lateral, 4) residual, 5) radicular, 6) folicular, 7) primordial, y 8) paradental²⁰

3. OPCIONES TERAPÉUTICAS

El tratamiento de los quistes, odontogénicos o no odontogénicos, es siempre quirúrgico.

El crecimiento progresivo de los quistes produce no tan sólo el debilitamiento óseo, sino la compresión de las estructuras vecinas.

La presencia de una cavidad ósea en contacto con la cavidad oral supone un riesgo importante de infección y de eventual exteriorización mediante una fístula.²⁶

La elección de un determinado método quirúrgico dependerá de la localización, el tamaño y su proximidad a estructuras vecinas. El objetivo del tratamiento es la exéresis total del quiste, aunque en casos excepcionales, por la extensión del proceso o por la posibilidad de lesionar estructuras vecinas, se puede optar por métodos quirúrgicos más conservadores.²⁶

3.1 Eucleación.

La enucleación es el proceso mediante el cual se realiza la eliminación total de la lesión quística. Por definición, es *aflojar la totalidad del quiste sin romperlo*. Un quiste se presenta per se a esta técnica por la existencia de la capa de tejido conjuntivo fibroso entre el componente epitelial y la pared ósea de la cavidad quística. Esta capa permite un plano de separación para despegar el quiste de la cavidad ósea y hace que la enucleación sea similar a cuando se separa el periostio del hueso.²⁷

La enucleación es la modalidad de tratamiento que incluye la eliminación completa del revestimiento quístico y la extracción del diente impactado. Este tipo de tratamiento está indicado cuando el quiste rodea un diente supernumerario o si no se espera que el diente asociado con el quiste brote espontáneamente o por extrusión.¹⁰

La enucleación es el tratamiento de primera elección para cualquier tipo de quiste, consiste en la realización de un abordaje quirúrgico y la eliminación cuidadosa de la cápsula.²⁸

La enucleación se debe llevar a cabo con cuidado para eliminar el quiste en una sola pieza sin fragmentarlo, lo que reduce las oportunidades de recurrencia al aumentar la probabilidad de eliminación total. En la práctica, sin embargo, no es siempre posible mantener la arquitectura quística y se puede romper durante su manipulación.²⁷

Indicaciones. La enucleación es el tratamiento de elección para eliminar quistes de los maxilares y se deben emplear ante cualquier quiste que pueda eliminarse con seguridad sin sacrificar excesivamente las estructuras adyacentes.²⁷

Ventajas. La principal ventaja de la enucleación es que se puede realizar un examen histopatológico exhaustivo del quiste completo. Otra ventaja es que la biopsia escisional inicial (la enucleación) también sirve de tratamiento apropiado de la lesión. El paciente no tiene que cuidar una cavidad marsupializada con Irrigaciones constantes. Una vez que el colgajo de acceso mucoperióstico a cicatrizando, el paciente ya no debe preocuparse más de la cavidad quística.²⁷

Desventajas. Si nos encontramos en alguna de las situaciones que se detallan en las indicaciones de marsupialización, la enucleación puede ser desfavorable. Por ejemplo, puede peligrar tejido normal, se puede producir una fractura mandibular, se pueden desvitalizar dientes o se pueden extraer dientes retenidos que el profesional desearía mantener. Por ello, cada quiste se debe estudiar de forma individualizada y el odontólogo debe sopesar los pro y contras de la enucleación frente a la marsupialización.²⁷

Técnica. Se utiliza una cureta dental para despegar poco a poco el tejido del hueso de soporte y de los dientes, manteniendo el instrumento siempre en contacto con la superficie ósea de la cavidad. Una vez que la lesión está completamente libre de adherencias se contrae y se coloca inmediatamente en la solución de formol. Si se nota una resistencia en la enucleación y la lesión no se separa del hueso fácilmente, se debe hacer constar en el informe de remisión de la muestra junto con la localización exacta de esta adherencia. La cavidad ósea resultante se debe irrigar, aspirar y examinar en busca de cualquier fragmento de tejido residual. Si se encuentra, se debe curetear hasta que la cavidad esté limpia de cualquier resto de tejido patológico. Tras la irrigación final el colgajo mucoperióstico se reposiciona y se sutura.²⁷

Si el dentista se encuentra con una lesión de tejido óseo de pequeño tamaño que se separa fácilmente del hueso subyacente, se curetea y se enuclea de la misma manera que las lesiones quísticas y luego se envía para su examen. Si la lesión se resiste al curetaje durante su eliminación, el dentista deberá intentar eliminar 1mm de hueso alrededor tras la eliminación total de la lesión.²⁷

En los quistes grandes o que están próximos a estructuras neurovasculares, los nervios y los vasos suelen encontrarse arrinconados hacia un lado de la cavidad por el quiste que se expande lentamente; se evitarán o se tratarán de forma atraumática y tan poco como sea posible. Una vez que se ha extirpado el quiste, se deberá inspeccionar la cavidad ósea para descartar la presencia de restos. Es necesario irrigar y secar la cavidad con gasas para visualizar totalmente la cavidad ósea. El tejido residual debe retirarse con curetas. Los bordes óseos del defecto deben pulirse con una lima antes del cierre.²⁷

Los quistes que rodean las raíces dentales o que se encuentran en áreas inaccesibles de los maxilares requieren un curetaje energético, que es necesario para extirpar fragmentos de recubrimiento del quiste que no se pudieron extirparse junto con la mayor parte de la pared quística. Si ocurriera una desvitalización evidente del diente durante la cistectomía, podría ser necesario realizar una endodoncia del diente en un futuro cercano, lo que puede ayudar a prevenir una infección odontogénica de la cavidad quística a partir de la pulpa dental necrótica.²⁷

Después de la enucleación se debe realizar un cierre impermeable con las suturas posicionadas en la forma correcta. La cavidad ósea se rellena con un coágulo de sangre, que forma con el tiempo. Se realizarán biografías a los 6 y a los 12 meses para evaluar el relleno óseo. Los maxilares que se han

expandido por la presencia de quistes se remodelan solos para formar un contorno más normal.²⁷

Si el cierre primario fracasará y la herida se abriera, la cavidad ósea debe rellenarse para que cicatrice por segunda intención. La herida se debe irrigar con solución salina estéril y se colocarán la calidad de una gasa de la longitud adecuada impregnada ligeramente con una solución antibiótica.²⁷

Este procedimiento se repetirá cada 2 o 3 días, reduciendo de forma gradual la cantidad de gasa hasta que ya no sea necesaria. Al cabo de 3 o 4 días se observa tejido de granulación en las paredes óseas, que llena lentamente la cavidad y evita la necesidad del relleno. El epitelio oral se cierra entonces sobre la parte superior de la abertura y la curación del hueso avanza (figura 11).²⁷

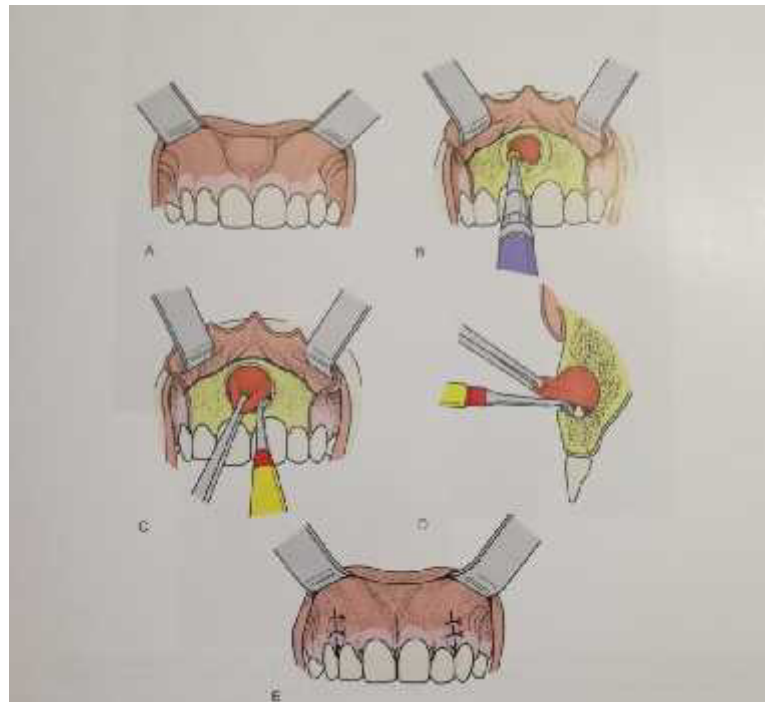


Figura 12. Enucleación de un quiste. A) aumento de volumen en la zona del quiste, B) colgajo mucoperióstico que se levanta desde los cuellos dentarios, se emplea una fresa para eliminar la fina cortical ósea que cubre al quiste, C) y D) se utiliza una cureta tipo cuchara para despegar el quiste del hueso, E) cierre del colgajo.

3.1.1 Enucleación con curetaje.

La enucleación con curetaje significa que después de enuclear se emplea una cureta o fresa para retirar 1 a 2 milímetros de hueso alrededor de la periferia completa de la cavidad quística. Esto se realiza para eliminar los restos de células epiteliales que pueden estar presentes en la periferia de la pared quística o de la cavidad ósea. Estas células podrían proliferar y producir una recurrencia del quiste. ^{27,28}

Indicaciones. El clínico debe realizar el curetaje con enucleación en dos casos: el primero es si está extirpando un queratoquiste odontogénico. En este caso debe emplearse la técnica más enérgica de enucleación con curetaje, ya que los queratoquistes odontogénicos muestran un comportamiento clínico agresivo y una considerable alta de recurrencia. El segundo caso es el que se indica la enucleación con curetaje es cuando un quiste recurre tras lo que se considera una enucleación completa. ²⁷

Ventajas. Si la enucleación deja restos epiteliales, el curetaje puede eliminarlos disminuyendo así la probabilidad de recurrencias.

Desventajas. El curetaje es más destructivo para el hueso adyacente y los demás tejidos. La pulpa dental puede perder su vascularización cuando el curetaje se realiza cerca de los ápices. Se pueden dañar los haces neurovasculares de forma similar. El curetaje debe realizarse siempre con gran cuidado para evitar estos daños. ²⁷

Técnica. Una vez que sea enucleado y extirpado el quiste, la cavidad ósea se inspecciona para comprobar la proximidad de estructuras adyacentes. Se pueden emplear una cureta afilada o una fresa ósea con irrigación para extirpar una capa de hueso de 1 a 2 mm alrededor de la periferia completa de la cavidad quística. Esto debe realizarse con cuidado extremo cuando se

trabaja cerca de las estructuras anatómicas importantes. A continuación, se limpia y se cierra la cavidad.²⁷

3.2 Resección en bloque.

3.2.1 Resección mandibular marginal

La resección mandibular marginal o parcial es aquel procedimiento quirúrgico que elimina parte de la mandíbula manteniendo la continuidad de la misma.²⁶

figura 13

La resección parcial de la mandíbula seguida de una aplicación inmediata autógena de injerto óseo podría ser otra opción de tratamiento que reduzca el tiempo de curación. El cirujano debe evaluar todos los factores, como la edad, la condición médica general paciente y el tamaño y diagnóstico de la lesión para mantener un resultado exitoso.⁹

Está indicado en aquellas lesiones agresivas de localización mandibular, muchas veces recidivantes, que no invaden el nervio dentario quedando más de 1 cm del margen bacilar, se puede practicar mediante un abordaje intraoral o extraoral.²⁶

Abordaje intraoral. Se recomienda utilizar esta vía cuando la lesión está localizada en el sector anterior, de fácil acceso. Se delimita la lesión con un margen de 2 cm de tejido sano, por lo que muchas veces es necesario la exodoncia de los dientes localizados en la zona afectada. Se levanta el colgajo mucoperióstico exponiendo la zona afectada.²⁶

Se practican osteotomías verticales desde el margen alveolar en profundidad hasta el nervio dentario inferior. Se comunican ambas líneas verticales mediante una osteotomía horizontal que permite la extracción del segmento óseo junto con el tejido blando que lo recubre. Para finalizar la intervención, y

tras colocar cera de hueso en los márgenes óseos, se cubre la zona del hueso mandibular extraído mediante la sutura de los colgajos vestibular y lingual.²⁶

Abordaje extraoral. Es similar al procedimiento de abordaje intraoral, se aconseja cuando la lesión es de difícil acceso o cuando afecta a la rama ascendente de la mandíbula.²⁶

Se practica una cervicotomía 4 cm por debajo del borde inferior o basilar de la mandíbula con objeto de no lesionar la rama marginal del facial. Se levanta el colgajo cervical hasta alcanzar el borde inferior de la mandíbula, el cual se respeta.²⁶

3.2.2 Resección mandibular segmentaria.

Consiste en la exéresis quirúrgica de todo un sector mandibular afectado, incluyendo al borde basilar y perdiendo la continuidad de la mandíbula.

Está indicado en aquellas lesiones mandibulares extensas que invaden hasta el nervio dentario, debilitando de forma importante la estructura mandibular.²⁶
figura 13

Se practica habitualmente mediante un abordaje extraoral. Se completa mediante una incisión a través del mucoperióstico de las caras lingual y vestibular de la mandíbula para poder desperiostizar correctamente al segmento óseo afectado. La resección ósea dependerá del tamaño de la lesión pudiendo abarcar hasta una hemimandibulectomía completa.²⁶

Tras la exéresis quirúrgica del segmento afectado, se reconstruye la mandíbula mediante osteosíntesis con placas modeladas previamente a la realización de la osteotomía.²⁶

3.2.3 Hemimandibulectomía.

En ocasiones la afectación mandibular es extensa, siendo necesaria la exéresis de la hemimandíbula afectada, mediante su desarticulación.

Se practica una incisión vertical en la línea media del labio inferior que se continúa hacia el ángulo mandibular 4 cm por debajo del borde basilar de la mandíbula.²⁶ figura 13

Se traza una incisión horizontal a través del mucoperióstico de las caras vestibular y lingual de la mandíbula, prolongándolas hasta la región retromolar. A continuación, se levantan los colgajos mucoperiósticos lingual y vestibular, desinsertando el músculo milohioideo por la cara lingual y ligando paquete vasculonervioso mentoniano por vestibular.

A través de la cervicotomía se disecciona hasta el borde basilar mandibular ligando los vasos faciales, preservando la rama marginal del nervio facial y seleccionando la inserción del músculo masetero en el ángulo mandibular. Se individualiza el cuerpo y la rama ascendente de la mandíbula separándolas de la musculatura maseterina por su parte externa y de la musculatura pterigoidea por su parte interna.²⁶

Se realiza la osteotomía vertical en el sector anterior de la mandíbula y se moviliza mediante una pinza de hueso. Tras identificar y ligar el paquete vasculonervioso del nervio dentario inferior se incide sobre la cápsula de la articulación temporomandibular y se desarticula la mandíbula.²⁶

Los colgajos mucoperiósticos lingual y vestibular se aproximan y se suturan cubriendo completamente el lecho quirúrgico residual. Finalmente se sutura la incisión labial y la cervicotomía horizontal, dejando siempre un drenaje aspirativo y un apósito compresivo.²⁶

Habitualmente se deja una tracción elástica intermaxilar durante unas semanas para evitar la desviación de la mandíbula y favorecer la curación de la herida.²⁶

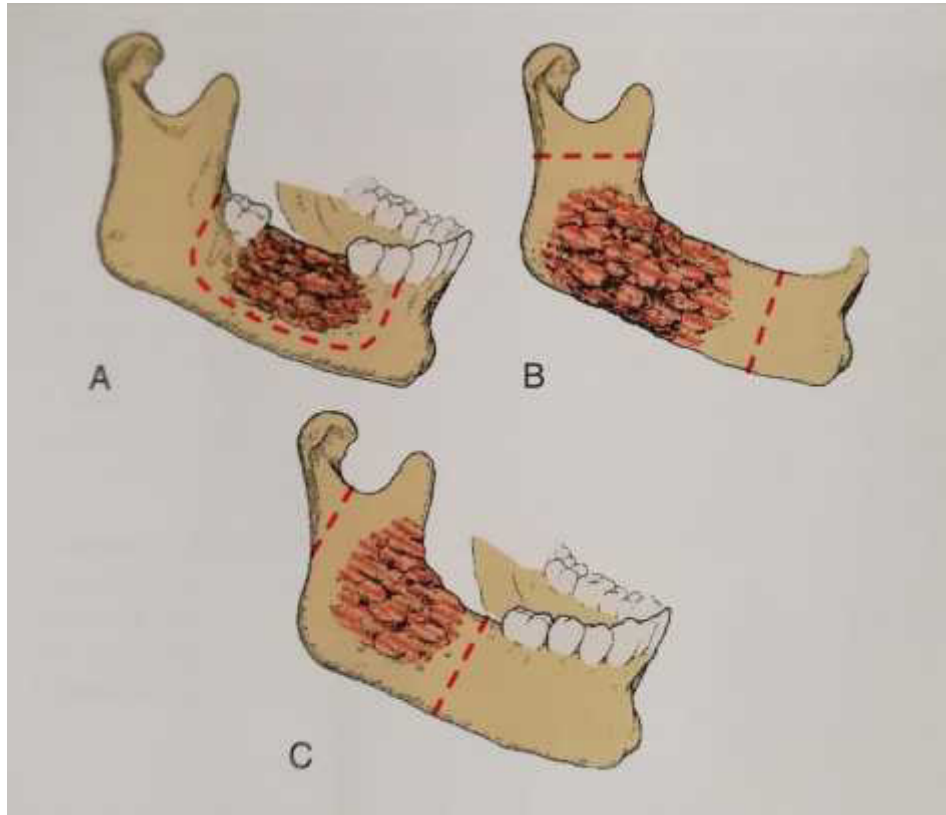


Figura 13. Tipos de resecciones mandibulares. A) Resección marginal o parcial. B) Hemimandibulectomía. C) Resección segmentaria.²⁷

3.3 Marsupialización.

La marsupialización, la descompresión y la operación thePartsch se refieren a la creación de una ventana quirúrgica de la pared del quiste, evacuando el contenido del mismo y manteniendo continuidad entre el quiste y la cavidad oral, el seno maxilar o la cavidad nasal. La única parte de quiste que se extirpa es la pieza que se retira para producir la ventana. El revestimiento restante del quiste se deja in-situ. Este proceso disminuye la presión intraquística y promueve la contracción del quiste y el relleno óseo. La

marsupialización puede emplearse como terapia única para un quiste o cómo paso preliminar del tratamiento, aplazando hasta más tarde la enucleación.²⁷

La marsupialización es una intervención quirúrgica conservadora que disminuye gradualmente el tamaño del quiste. El procedimiento consiste en hacer una ventana en la pared quística mediante incisión, evacuación de los contenidos del quiste y sutura del revestimiento quístico a la mucosa oral. Tiene ventajas en la promoción de la erupción del diente asociado a quistes con o sin tracción ortodóntica. Las desventajas de la marsupialización incluyen la larga duración del tratamiento y dejar la mayor parte del revestimiento quístico in situ.¹⁰

La quistectomía parcial o técnica de Partsch I se basa en apertura quirúrgica del quiste y su comunicación con el resto de la cavidad oral.

La técnica consiste en la hemiquistectomía o sección de la parte más externa de la cápsula quística, dejando la parte más profunda de la cavidad ósea tapizada por el resto del epitelio quístico. De esta forma se consigue la metaplasia del epitelio quístico y el proceso de cierre de la cavidad hasta su puesta a plano.^{26,29}

Tiempos quirúrgicos de la técnica de Partsch I: 1) incisión, 2) desprendimiento del colgajo, 3) ostectomía, 4) tratamiento de la bolsa quística, 5) tratamiento del diente causante, 6) tratamiento de las cavidades y dientes vecinos, y 7) tratamiento posoperatorio.²⁹

Indicaciones. Antes de decidir si un quiste debe extirparse mediante marsupialización, se deben tener en cuenta los siguientes factores:

- 1) Cantidad de tejido dañado. La proximidad de un quiste a estructuras vitales puede significar el sacrificio innecesario de tejido si se emplea

una enucleación. Por ejemplo, si la enucleación de un quiste creara una fistula oronasal u oroantral o causara daño a estructuras neurovasculares mayores (como el nervio alveolar inferior) o desvitalización de los mismos se puede pensar marsupialización.²⁷

- 2) Acceso quirúrgico. Si el acceso a todas las partes del quiste es difícil, habrá partes que puedan dejarse atrás, lo que podría dar lugar a una recurrencia. En este caso se debe pensar en una marsupialización.
- 3) Ayuda en la erupción de dientes. Si un diente no erupcionado que es necesario en la arcada se encuentra afectado por el quiste (es decir, un quiste dentígero), la marsupialización puede permitir que siga erupcionando en la cavidad oral.
- 4) Alcance de la cirugía. En un paciente con mala salud o debilitado, la marsupialización es una alternativa razonable a la enucleación ya que es simple y puede ser menos estresante para el paciente.
- 5) Tamaño del quiste. En los quistes muy grandes existen riesgo de fractura de la mandíbula durante la enucleación. Sería mejor realizar una marsupialización del quiste y retrasar la enucleación hasta que el relleno óseo sea considerable.²⁷

VENTAJAS. La ventaja principal de la marsupialización es que es un procedimiento simple. La marsupialización puede salvar estructuras vitales del daño que se produciría si se realizara una enucleación inmediata.²⁷

DESVENTAJAS. La desventaja principal de la marsupialización es que se deja expuesto el tejido patológico, sin un examen histológico riguroso.

Aunque el tejido que se toma de la ventana se envíe para su examen patológico, en el tejido residual puede haber otra lesión más agresiva. Otra desventaja es que causa molestias al paciente en varios aspectos. La cavidad quística debe mantenerse limpia para prevenir infecciones porque con frecuencia atrapa restos de comida. En muchos casos, esto significa que el paciente debe irrigar la cavidad varias veces al día con una jeringa. Esto puede ocurrir durante varios meses, dependiendo del tamaño de la cavidad quística y de la velocidad del relleno óseo.²⁷

TÉCNICA. En la marsupialización no suele indicarse la administración profiláctica de antibióticos sistémicos, aunque se puede emplear si la salud del paciente lo requiere. Después de anestesiar la zona se aspira el quiste. Si la aspiración confirma el presunto diagnóstico de un quiste, se puede llevar a cabo la marsupialización. La incisión inicial suele ser circular o elíptica y crea una ventana grande (1cm o mayor) en la cavidad quística. Si el hueso se ha expandido y adelgazado por el quiste, la incisión inicial puede extenderse hasta la cavidad quística. Si este es el caso, se enviará el contenido del tejido de la ventana para su examen patológico. Si el hueso lo recubre es grueso, hay que retirar con cuidado una ventana ósea con una fresa y gubias. A continuación, se incide el quiste para extraer una ventana del recubrimiento, que se envía para su examen patológico. Se vacía el contenido del quiste, y si es posible, se realiza el examen visual de su recubrimiento residual. Los fragmentos residuales se limpian mediante irrigación. Las zonas de ulceración o engrosamiento de la pared quística deben alertar al médico acerca de la posibilidad de cambios displásicos o neoplásicos. En este caso, se deberá realizar la enucleación de quiste completo o una biopsia incisional del área sospechosa. Si el recubrimiento del quiste lo suficientemente grueso y si lo permite el acceso, el perímetro de la pared alrededor de la ventana puede saturarse la mucosa oral.²⁷

En caso contrario, la cavidad deberá rellenarse con una gasa impregnada en benzocaína o un ungüento antibiótico. Este relleno debe mantenerse de 10 a 14 días para prevenir que la mucosa oral cicatrice sobre la ventana del quiste. Pasadas 2 semanas, el recubrimiento del quiste debe estar cicatrizando a la mucosa oral alrededor de la periferia de la ventana. Es necesario proporcionar al paciente instrucciones detalladas sobre la limpieza de la cavidad.²⁷

La marsupialización se emplea en raras ocasiones como forma de tratamiento única de los quistes. En la mayoría de los casos, la enucleación se realiza después de ella. Sin embargo, en el caso de los quistes dentígero puede que no haya un quiste residual que extirpar una vez que el diente ha erupcionado en la arcada. Además, si se contraindica una cirugía adicional debido a problemas médicos concomitantes, la marsupialización puede realizarse sin enucleaciones futuras. La cavidad puede o no eliminarse totalmente con el tiempo. Si se mantiene limpia, no debería ser un problema (figura 14).²⁷

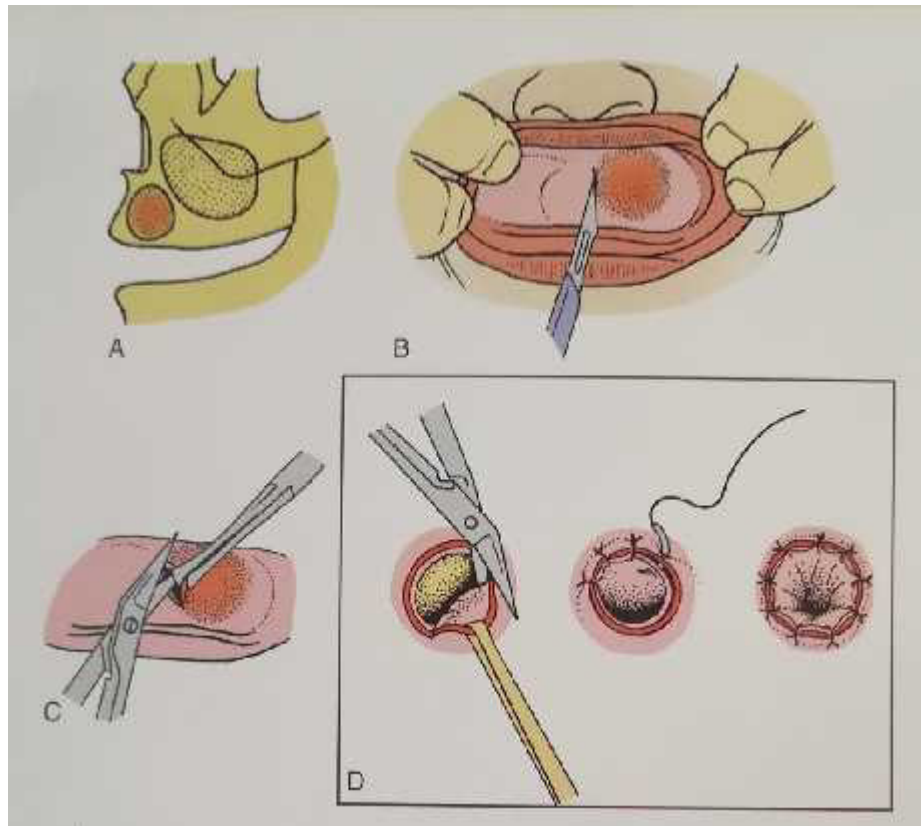


Figura 14. Marsupialización. A) Quiste dentro del maxilar, B) incisión a través de la mucosa oral y la pared quística hasta el centro del quiste, C) eliminación de la pared de mucosa y la pared quística, D) la mucosa oral y la mucosa de la pared quística se suturan juntas alrededor de la periferia de la apertura.

3.3.1 Enucleación después de la marsupialización.

Es un tratamiento que se utiliza frecuentemente, ya que la curación inicial es rápida tras la marsupialización, pero el tamaño de la cavidad puede que no disminuya de forma apreciable hasta pasado cierto tiempo. En ese momento, los objetivos del procedimiento de la marsupialización se han conseguido y puede realizarse una segunda enucleación sin daño a las estructuras adyacentes. Este enfoque combinado reduce la morbilidad y acelera la curación completa del defecto. ²⁷

Indicaciones. Las indicaciones de esta modalidad combinada de terapia quirúrgica son las mismas que las ya comentadas para la técnica de

marsupialización. Estas indicaciones deben estar precedidas de una evaluación cuidadosa de la cantidad de tejido que la enucleación podría lesionar, del grado de acceso para la enucleación, si los dientes retenidos asociados al quiste pueden beneficiarse de la guía que significa la marsupialización, del estado de salud del paciente y del tamaño de la lesión. Sin embargo, si el quiste no se elimina completamente tras la marsupialización, se deben pensar en la enucleación. Otra indicación para la enucleación es el que el paciente encuentre difícil la limpieza de la cavidad quística. También puede que el clínico desee examinar toda la lesión para analizarla histológicamente. ²⁷

Ventajas. En la fase marsupialización, la ventaja es que se trata de un procedimiento simple que salva las estructuras vitales adyacentes. En la fase de enucleación, toda la lesión se encuentra disponible para el examen histológico. Otra ventaja es la formación de un recubrimiento quístico engrosado, que hace que la enucleación secundaria sea un procedimiento más sencillo. ²⁷

Desventajas. Las desventajas de esta modalidad de intervención quirúrgica son las mismas que las de la marsupialización. Inicialmente no se extirpa todo el quiste para su examen patológico. Sin embargo, la enucleación posterior puede detectar cualquier patología oculta. ²⁷

Técnica. En primer lugar, se realiza la marsupialización del quiste y se deja que se cure el hueso. Una vez que el quiste ha disminuido hasta un tamaño que lo hace manejable para la extirpación quirúrgica total, se realiza la enucleación como tratamiento definitivo. El momento adecuado para la enucleación es cuando el hueso recubre las estructuras vitales adyacentes, lo que previene su daño durante el procedimiento y cuando el relleno es el

suficiente para proporcionar bastante fuerza al maxilar o mandíbula como para impedir la fractura durante la enucleación.²⁷

Sin embargo, las incisiones iniciales para la enucleación del quiste son distintas de las que se realizan cuando la marsupialización no se procede en primer lugar. El quiste tiene un recubrimiento epitelial común con la cavidad oral tras la marsupialización. La ventana realizada inicialmente contiene la transición epitelial entre la cavidad quística y la cavidad oral. El epitelio debe eliminarse completamente con el recubrimiento quístico; debe realizarse una incisión elíptica rodeando completamente la ventana hasta el hueso sano. Entonces, el clínico tiene oportunidad de comenzar a retirar el quiste desde la ventana hasta la cavidad. El plano de disección se puede establecer fácilmente con esta aproximación y el quiste puede enuclearse sin dificultad.

27

Una vez enucleado, los tejidos blandos orales deben cerrarse sobre el defecto en la medida de lo posible, y para eso a veces se necesita crear y movilizar colgajos de tejidos blandos que pueden adelantarse y suturarse sin tensión sobre la ventana ósea. Si no se puede lograr el cierre completo de la herida, es aceptable rellenar la cavidad con una gasa impregnada con una solución antibiótica. El relleno debe cambiarse con frecuencia y con la limpieza de la cavidad hasta que el tejido de granulación borre la abertura y el epitelio se cierre sobre la herida.²⁷

4. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

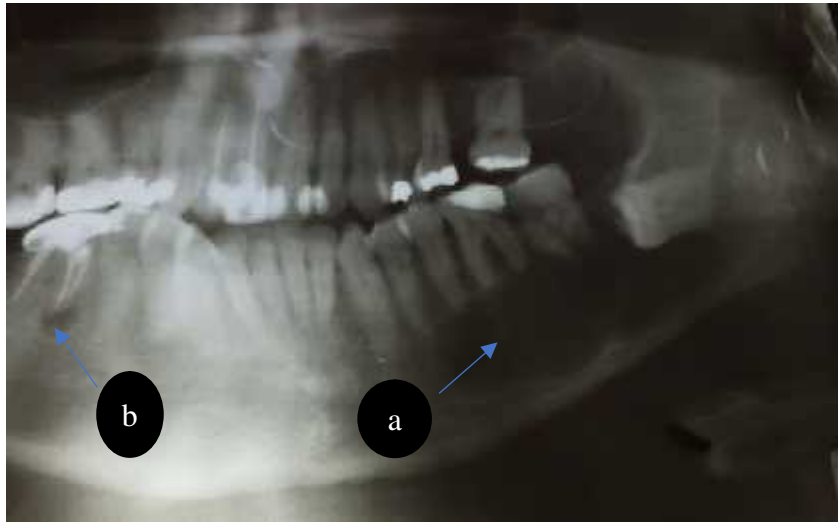
Paciente masculino de 49 años acude a clínica odontológica particular para atención odontológica cuyo motivo de consulta referido por el paciente es “tratar una muela que me causa inflamación”

La historia clínica médico-odontológica no reveló antecedentes heredofamiliares ni personales patológicos de importancia diagnóstica. A la exploración física extrabucal, se observó una asimetría localizada en el tercio posteroinferior mandibular lado izquierdo de evolución indefinida.

En la evaluación bucal se observó un aumento de volumen en la zona mandibular interior izquierda la cual ocasiona pérdida del contorno del fondo de saco vestibular, es dolorosa a la palpación y la mucosa desplazada conserva las características normales por lo que se sugiere la toma de una ortopantomografía para su evaluación.

En la ortopantomografía se observó una amplia lesión radiolúcida unilocular bien delimitada localizada en el cuadrante inferior lado izquierdo, dicha lesión está asociada a la corona del órgano dental 38 el cual se encuentra incluido y en posición horizontal. Las dimensiones aproximadas de la lesión son de 3,9 x 2.8 cm., el límite superior se encuentra festoneando las raíces de los órganos dentales 34, 35, 36 y 37 y el límite inferior se encuentra desplazando el espacio correspondiente al nervio dentario inferior. Cabe señalar que la medida aproximada entre el límite inferior de la lesión y el borde basal mandibular es de aproximadamente 5 mm por lo que el riesgo de fractura en terreno patológico es inminente. (Imagen 1: a)

Por otra parte, también se aprecia como hallazgo adicional una lesión radiolúcida de aproximadamente 0.6 mm asociada a la raíz mesial del diente 46. (Imagen 1: b)



Fotografía 1. En la ortopantomografía se observa una zona radiolúcida bien delimitada de aproximadamente 3cm de eje mayor asociada a la corona del OD 38. En la raíz mesial del OD 46 se observa una zona radiolúcida de 5 mm.

Cortesía Dr. Víctor Piña, Mtro. Emiliano Jurado

4.1 Diagnóstico diferencial clínico-imagenológico

Con lo anterior se indagan los siguientes diagnósticos diferenciales clínico-imagenológicos para la lesión señalada en la radiografía como “a”:

1. Queratoquiste odontogénico
2. Quiste dentígero
3. Ameloblastoma unikuístico
4. Ameloblastoma sólido
5. Mixoma odontogénico

En cuanto a los diagnósticos de la lesión señalada como “b”, son los siguientes:

1. Quiste periapical
2. Granuloma periapical

Los anteriores diagnósticos diferenciales hacen necesario la realización de una biopsia incisional para “a”, con fines diagnósticos y pronósticos, así como también la de la solicitud de una tomografía computarizada con

reconstrucción en tercera dimensión para conocer de manera más precisa los límites de la lesión principal.

4.2 Punción exploratoria y biopsia incisional

Previo a la realización de la biopsia se realizó una punción exploratoria (ver fotografía 2) con una jeringa hipodérmica del número 3 en la cual se obtiene material serohemático sugiriendo su naturaleza quística. (ver fotografía 3) Posteriormente se anestesió el nervio dentario inferior y el nervio bucal con lidocaína y epinefrina al 2% y se procedió a la realización de una incisión tipo trapezoidal a nivel del OD 37 para evidenciar la cápsula quística/tumoral de la cual se tomó un fragmento representativo para su análisis histopatológico. Posteriormente se colocó sutura y se indicaron clindamicina de 300mg e ibuprofeno de 400 durante 8 días.



Fotografía 2. Previo a la biopsia incisional, se realizó una punción exploratoria incidiendo en la zona vestibular a nivel del OD 37. No ofreció resistencia la superficie a la aguja.

Cortesía Dr. Víctor Piña, Mtro. Emiliano Jurado



Fotografía 3. Tras la punción exploratoria se obtuvo material serohemático sugiriendo la naturaleza quística de la lesión. El informe del extendido citológico reportó solo células hemáticas e inflamatorias.

Cortesía Dr. Víctor Piña, Mtro. Emiliano Jurado

4.3 Estudio histopatológico

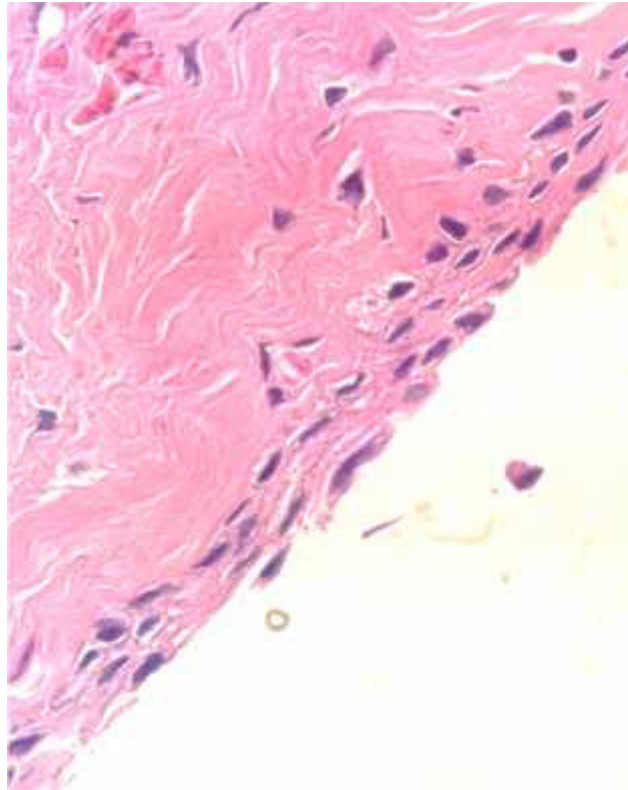
Se envió para su análisis histopatológico tres fragmentos representativos correspondientes a la cápsula quística. En conjunto midieron 1.5 x 1.0 x 0.6 cm, la forma se reportó como irregular y el fragmento de menor tamaño de aspecto capsular. Todas se incluyeron para procesar en las cápsulas correspondientes (ver fotografía 4).



Fotografía 4. Imagen macroscópica de los fragmentos representativos previo a su procesamiento.

Cortesía Dr. Víctor Piña, Mtro. Emiliano Jurado

Los cortes histológicos examinados revelaron la presencia de una luz quística revestida por epitelio escamoso estratificado no queratinizado de hasta 5 células de espesor la cual cubre una cápsula de tejido fibroconjuntivo denso bien vascularizado con focos leves de infiltrado inflamatorio del tipo crónico. El diagnóstico emitido fue compatible con quiste dentígero. (fotografía 5).



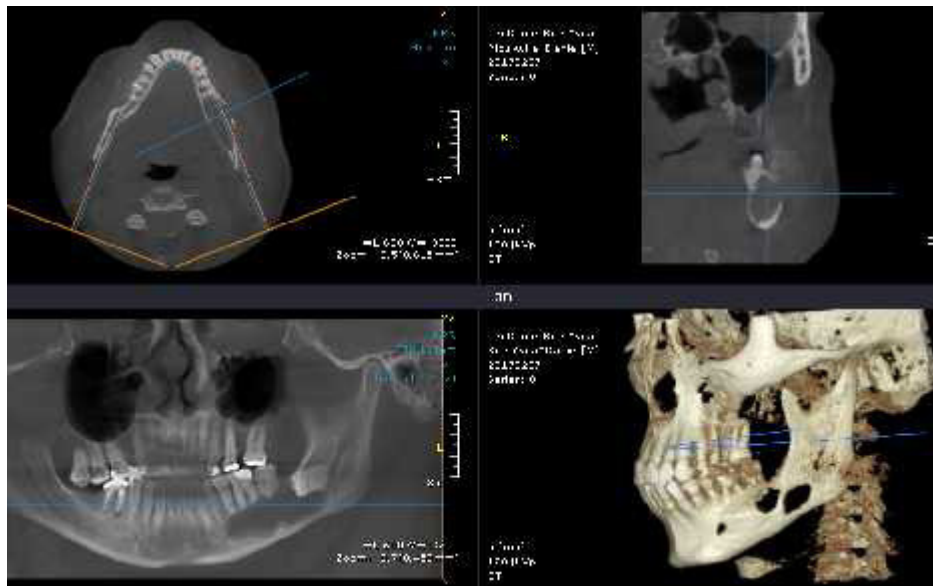
Fotografía 5. Los cortes histológicos examinados fueron consistentes con quiste dentígero ya que presentaron un revestimiento epitelial estratificado de hasta 5 células de espesor propios del quiste dentígero.

Cortesía Dr. Víctor Piña, Mtro. Emiliano Jurado

Con lo anterior se propone un tratamiento conservador a base de marsupialización, descompresión quística a mediano plazo y posterior enucleación a fin de que no sea removida la porción mandibular involucrada como tratamiento radical.

4.4 Estudio tomográfico

En los distintos cortes imagenológicos de tomografía computarizada cone-bean se observó una zona hipodensa a hueso localizada en cuadrante inferior lado izquierdo, la cual perfora las corticales lingual y vestibular. En la reconstrucción en tercera dimensión se aprecia esa zona de perforación a nivel de la cortical vestibular y lingual (fotografía 6).



Fotografía 6. Los cortes tomográficos evidenciaron el gran compromiso óseo que provocó la lesión quística.

Cortesía Dr. Víctor Piña, Mtro. Emiliano Jurado

4.5 Plan de tratamiento definitivo

El tratamiento integral planteado es necesario para el padecimiento actual, el cual consta de las siguientes etapas:

1. Marsupialización. Consiste en la realización de un drenaje quístico y la comunicación de la mucosa oral sana con la quística con un stent de polietileno con retenciones en embudo a fin de favorecer descompresión y ganancia de hueso sano en un periodo estimado de 8 has 12 meses. (ver fotografía 7)
2. Este procedimiento se inició el día 4 de marzo de 2017.



Fotografía 7. Se observa la consolidación del stent el cual es contorneado armónicamente con la mucosa retromolar. Cortesía Dr. Víctor Piña, Mtro. Emiliano Jurado

3. Lavados periódicos diarios con solución salina por parte del paciente, y semanales por parte del médico tratante para evitar contaminación e infección local. Estas maniobras se realizaron durante el periodo contemplado de 8 a 12 meses. (ver imágenes 8 y 9)



Fotografía 8. Se realizaron lavados semanales y quincenales con suero fisiológico y antiséptico a base de clorhexidina al 12% durante los 12 meses que duro la descompresión. Cortesía Dr. Víctor Piña, Mtro. Emiliano Jurado



Fotografía 9. A los siete meses debido a la pérdida de dimensiones por la reducción del quiste se decidió retirar el stent. En la imagen se observa la consolidación del estoma, característica de la unión del epitelio quístico con el de la mucosa externa. Cortesía Dr. Víctor Piña, Mtro. Emiliano Jurado

4. Tratamiento de conductos (endodoncias) de los dientes 34, 35, 36 y 37 debido a que inevitablemente perderán su vitalidad por el compromiso que estos tienen con la lesión por lo que se hace necesario la realización de dichas endodoncias para la preservación de los dientes. Las endodoncias serán realizadas por etapas a consideración de la evolución del paciente en algún momento de los doce meses contemplados para el seguimiento primario.
5. En una etapa intermedia, se realizará enucleación con apicectomía del diente 46.
6. Evaluación radiológica cada 4 meses (ver imágenes de la 10-11) durante los posibles 12 meses contemplados del seguimiento. Estas

radiografías están indicadas para ver la evolución de la reducción quística y ganancia del hueso.

7. Enucleación quirúrgica total de la lesión cuando esta se haya reducido considerablemente y que por lo tanto permita su extirpación total tras los 12 meses contemplados del seguimiento. Se tomará una cone bean de control (ver fotografía 12).
8. Análisis histopatológico final de la pieza quirúrgica (ver fotografía 13).
9. Ortopantomografías de control posterior a la enucleación (ver fotografía 14 y 16)
10. Coronas de porcelana para los dientes 34, 35, 36 como consecuencia de la pérdida de la vitalidad. (ver fotografía 17)

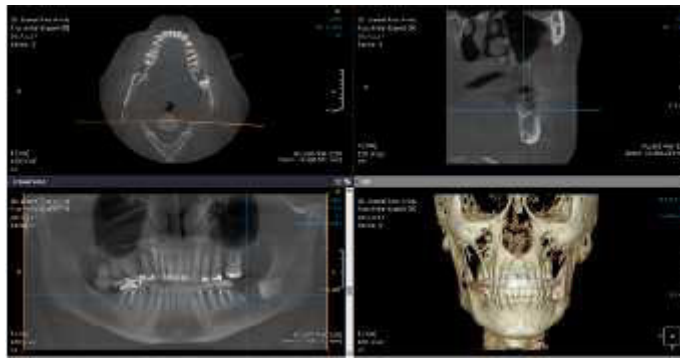


Fotografía 10. Ortopantomografía de seguimiento a los 4 meses. Se observa recuperación periférica de la densidad ósea. Cortesía Dr. Víctor Piña, Mtro. Emiliano Jurado



Fotografía 11. Ortopantomografía de seguimiento a los 8 meses. La densidad ósea comienza a predominar, para ese entonces ya se realizan los tratamientos endodónticos correspondientes.

Cortesía Dr. Víctor Piña, Mtro. Emiliano Jurado



Fotografía 12. En los diferentes cortes de tomografía cone beam se observa la recuperación de la densidad ósea previo a la enucleación. Cortesía Dr. Víctor Piña, Mtro. Emiliano Jurado



Fotografía 13. La pieza quirúrgica fue enviada para su análisis histopatológico, la cual reveló una metaplasia.

Cortesía Dr. Víctor Piña, Mtro. Emiliano Jurado



Fotografía 14. Ortopantomografía de seguimiento 14 meses. La densidad ósea se observa hasta en un 80% posterior a la enucleación.
Cortesía Dr. Víctor Piña, Mtro. Emiliano Jurado



Fotografía 15. Fotografía de seguimiento a los 14 meses. Se observa el restablecimiento completo de la mucosa.
Cortesía Dr. Víctor Piña, Mtro. Emiliano Jurado



Fotografía 16. Ortopantomografía de seguimiento 18 meses. La densidad ósea se observa hasta en un 90% posterior a la enucleación. Cortesía Dr. Víctor Piña, Mtro. Emiliano Jurado



Fotografía 17. Fotografía de seguimiento correspondiente a los 18 meses desde el inicio del tratamiento. Se rehabilito con prótesis fija de tres unidades de metal porcelana.

Cortesía Dr. Víctor Piña, Mtro. Emiliano Jurado

CONCLUSIÓN

Las lesiones quísticas del desarrollo como lo es el quiste dentígero, suelen tener similitud imagenológica con el queratoquiste odontogénico y el ameloblastoma uniuquístico, ya que estas entidades pueden estar asociadas a coronas de órganos dentarios retenidos. Sin embargo, el quiste dentígero es el que tiene un comportamiento clínico con pronóstico favorable y no suele presentarse en grandes dimensiones, el presente caso es un ejemplo de un quiste dentígero de grandes dimensiones el cual fue tratado de manera exitosa mediante un protocolo conservador a base de marsupialización, descompresión y enucleación.

Este método de tratamiento es el ideal ante lesiones quísticas para evitar así tratamientos radicales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Mendoza MA, García BC. Traumatología oral: diagnóstico y tratamiento integral soluciones estéticas. Majadahonda (Madrid). Ergon 2012. Pag: 252.
- 2) Gómez de Ferraris ME, Campos Muñoz A, Carda Batalla M del C, Carranza M, Sánchez Quevedo M del C. Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental. Buenos Aires; Madrid. Editorial Médica Panamericana; 2009, p.85-104.
- 3) Sicher H. Histología y embriología bucales.1983 Barcelona. Pag.18-37.
- 4) Cate ART. Histología oral Desarrollo, estructura y función. Buenos aires, Panamericana 1992. Pag80-101.
- 5) Gaitán LAC, Quezada RD. Medicina y patología bucal; guía de diagnóstico de lesiones de la mucosa bucal. México: trillas, 2015, pag.128- 140.
- 6) Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Madrid: Elsevier; 2008, p.45-63.
- 7) Kruger GO. Cirugía bucomaxilofacial. 1983 editorial medica panamericana. pag252-256.
- 8) Adel K. El-Naggar, John K.C. Chan, Jennifer R. Grandis, Takashi Takata, Pieter J. WHO Classification of Head and Neck Tumours; International Agency for Research on Cancer Lyonl, 2017. Pag.225-235.
- 9) Sirmahan C, Firat S, Sabri C.I, Cengizhan K. Decompression, Eucleation, and Implant Placement in the Management of a Large Dentigerous Cyst.The Journal of Craniofacial Surgery & Volume 22, Number 3, May 2011.

- 10)Nedal A, Arshad M. Marsupialization of a large dentigerous cyst in the mandible with orthodontic extrusion of three impacted teeth. A case report. Journal section: Oral Surgery: J Clin Exp Dent. 2017;9(9):e1162-6.
- 11)Ramandeep S, Narang, Adesh S, Manchanda, Preeti A, Kwar R. Dentigerous cyst of inflammatory origin—a diagnostic dilemma. Annals of Diagnostic Pathology 16 (2012) 119–123
- 12)Shane M, Dorset. Adjacent dentigerous cysts with the ectopic displacement of a third mandibular molar and supernumerary (forth)molar: a rare occurrence. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod 2009;107:e15-e20.
- 13)Layal G, Hisham F.B , Samar B.A . Conservative Treatment of Dentigerous Cyst by Marsupialization in a Young Female Patient: A Case Report and Review of the Literature. Case Reports in Dentistry. Volume 2018, p1-6.
- 14)Isaac L, Nicholas L, Brenton H, Andrew C. Endoscopically Assisted Modified Caldwell-Luc Approach to Enucleation of Dentigerous Cyst With Ectopic Tooth From the Maxillary Sinus. Advanced Oral and Maxillofacial Surgery. The Journal of Craniofacial Surgery. September 2018;Volumen 29, e568-e569.
- 15)Dustin W. A, David E. Dentigerous cyst of mandible presenting as sepsis. American Journal of Emergency Medicine 32 (2014) 1561.e3–1561.e4
- 16)Soraya AB, Adriane BP, Paulo HCS, Orlando MT, Vania PDW, Fernando HW. Spontaneous eruption of a canine after marsupialization of an infected dentigerous cyst. J Orthod Dentofacial Orthop .2010;137:690-3.
- 17)Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral pathology:Clinical pathologic correlations.2013 VenezuelaPag.250-252.

- 18) Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de patología bucal. Cuarta edición. 1986 México D.F. Nueva editorial Interamericana. 1988 Pag. 262-280
- 19) Alfaro LL, Martínez RB. Atlas de patología de los maxilares. Primera edición, Madrid, Ripano S.A 2011. Pag: 50-55.
- 20) Raspall G. Tumores de cara, boca, cabeza y cuello. Segunda edición, Barcelona (España): 2000. pag. 289-293
- 21) Robbins, Cotran. Patología estructural y funcional. Novena edición, Barcelona (España), Elsevier 2015. Pag: 734
- 22) Sandner MO. Tratado de cirugía oral y maxilofacial: introducción básica a la enseñanza. Colombia, Amolca 2007. Pag: 548-566.
- 23) Thoma KH, Gorlin RJ, Goldman HM. Patología oral. Barcelona, salvat editores, S.A. 1973. pag. 487-500
- 24) Horch HH. Cirugía oral y maxilofacial. Segunda edición, Barcelona (España), Masson 1998. Pag: 367-371
- 25) Donado RM. Cirugía bucal: patología y técnica. Segunda edición, Barcelona (España), Masson 1998. Pag: 565-582
- 26) Raspall G. Cirugía maxilofacial: patología quirúrgica de la cara, boca, cabeza y cuello. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2018, p. 206-207.
- 27) Hupp JR, Ellis E, Tucker MR. Cirugía oral y maxilofacial contemporánea. 2014, p. 451- 459.
- 28) Martínez TJA. Cirugía oral y maxilofacial. México, editorial el manual moderno, 2009. Pag: 330-335.
- 29) Ries CGA, Muller EE, Bazerque PE. Cirugía bucal: patología, clínica y terapéutica. Novena edición, buenos aires (argentina). Editorial el ateneo , 1987. Pag: 684-698