

Presentación de caso

Actitud terapéutica ante sacos foliculares de terceros molares incluidos

*Raúl González-García**
*Francisco José Rodríguez-Campo**
*Luis Naval-Gías**
*José Luis Gil-Díez Usandizaga***

RESUMEN

El quiste dentígero o folicular es un quiste odontogénico que se encuentra revestido por el epitelio del folículo dentario y suele estar en relación con un diente permanente que se encuentra incluido. Se presenta el caso clínico de un paciente con un quiste dentígero a partir del saco folicular de un tercer molar incluido no exodonciado y se compara con la evolución de un cordal incluido y su saco folicular contralaterales en los que se realizó exodoncia. El tratamiento definitivo del quiste dentígero asociado a un tercer molar incluido es quirúrgico, con la exodoncia de la pieza y enucleación del quiste. Los sacos foliculares mayores de 2 mm asociados a terceros molares incluidos evolucionan en numerosas ocasiones a quistes foliculares. En estos casos está indicada la exodoncia de dichos cordales para evitar la evolución a quiste dentígero. *MÉDICAS UIS* 2006;19(2):143-6.

PALABRAS CLAVE: Quiste Dentígero, Folículo Dental, Tercer Molar, Diente Incluido.

INTRODUCCIÓN

El quiste dentígero o folicular es un quiste odontogénico del desarrollo, es el segundo en frecuencia después del quiste radicular y está revestido por el epitelio del folículo dentario¹. Afecta principalmente a pacientes entre los 10 y los 30 años, con un ligero predominio del sexo masculino¹. Se origina a partir del epitelio del esmalte, tras el inicio de la formación de la corona del diente. Su localización más habitual es la región del tercer molar inferior y son más comúnmente solitarios². Siguen en frecuencia decreciente el canino maxilar, tercer molar maxilar y el segundo premolar mandibular. Lo habitual es que sea central o coronario y asintomático².

Las indicaciones para la exodoncia de terceros molares incluidos son en muchos casos controvertidas³, no

hay un acuerdo general sobre la exodoncia del cordal asintomático, es necesario considerar las posibles complicaciones de una exodoncia (hipoestesia o anestesia del nervio dentario inferior, infección, hemorragia) al plantear la indicación de cirugía.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente varón de 28 años de edad, admitido en el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario de La Princesa por presentar dolor hemimandibular izquierdo y fiebre. No presentó antecedentes patológicos de interés. La exploración física no reflejó ningún signo específico, a excepción de dolor a la palpación de tejidos pericoronarios de tercer molar inferior izquierdo; se realizaron análisis de laboratorio observando leve leucocitosis, sin otra alteración destacable. En la Ortopantomografía (OPG), que consiste en una radiografía panorámica que muestra la totalidad de las estructuras óseas y dentarias orales, y que permite el estudio simultáneo y comparativo de ambas articulaciones temporomandibulares, las ramas ascendentes y la totalidad de las arcadas alveolodentarias, se visualizaron ambos terceros molares incluidos en posición mesioangular, con grandes sacos foli-

*Cirujano Oral y Maxilofacial. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. España.

**Cirujano Oral y Maxilofacial. Jefe de Sección. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. España.

Correspondencia: Dr Gonzalez. e-mail: raugg@mixmail.com
Artículo recibido el 20 de Octubre de 2005 y aceptado para publicación el 10 de Mayo de 2006.

culares, el derecho de mayor tamaño (Figura 1). Con la sospecha de posible infección de causa odontógena (pericoronaritis) se instauró tratamiento antibiótico a base de amoxicilina-ácido clavulánico 875/125 tres veces al día durante 7 días, con resolución completa del cuadro. Se recomendó exodoncia de ambos cordales inferiores por tratarse de piezas incluidas con desarrollo de clínica inflamatoria-infecciosa.

El estudio histológico confirmó la presencia de un saco folicular asociado al cordal, formado por epitelio estratificado no queratinizado. Posteriormente a la extracción del tercer molar inferior izquierdo el paciente no acudió para completar el tratamiento. A los 20 meses consultó de nuevo por presentar dolor a nivel del tercer molar inferior derecho. En la OPG se apreciaba imagen radiolúcida de gran tamaño en torno a la corona del cordal inferior derecho (Figura 2). Con la sospecha diagnóstica de quiste dentígero asociado a tercer molar se realizó intervención quirúrgica con exodoncia de la pieza y quistectomía. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de presunción, lesión con pared de tejido conjuntivo revestido en su interior por un epitelio estratificado de células ciliares queratinizadas y células con abundante mucina. En la revisión a los tres meses se constató el adecuado proceso de osificación, aún no completado (con formación de trabéculas óseas), de la cavidad residual generada por el quiste (Figura 3).

DISCUSIÓN

La imagen radiológica típica de un quiste dentígero es la de una lesión radiolúcida bien circunscrita, unilocular y normalmente simétrica alrededor de la corona de un diente incluido. Algunos, sin embargo, son multiloculares e irregulares⁴.

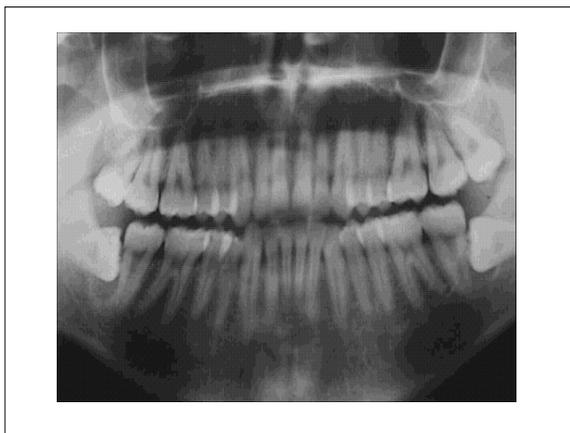


Figura 1. Ortopantomografía inicial: se visualizan ambos cordales inferiores incluidos, con sus respectivos sacos foliculares. Obsérvese que el saco folicular derecho es algo mayor que el izquierdo.



Figura 2. Ortopantomografía a los 20 meses: imagen radiolúcida correspondiente a quiste dentígero de gran tamaño, resultado de la evolución del saco folicular de una pieza no exodonciada.

Las indicaciones para la exodoncia de terceros molares incluidos son controvertidas, no todos precisan intervención quirúrgica. Para algunos autores, la presencia de cambios patológicos en los terceros molares incluidos asintomáticos y sin cambios radiológicos previos es infrecuente, y por tanto no se recomienda la exodoncia profiláctica si no hay manifestaciones clínicas o alteraciones en las pruebas de imagen³⁻⁵. Otros autores, por el contrario, afirman que existe un riesgo de cambios patológicos en el tejido pericoronario de terceros molares impactados, y que dicho riesgo aumenta con la edad. Recomiendan la exodoncia profiláctica antes de la aparición de cambios patológicos^{6,7}. La edad es importante en cuanto a la indicación de intervención quirúrgica, ya que la morbilidad es menor si la exodoncia se practica en pacientes jóvenes. Probablemente en pacientes de 30 a 40 años asintomáticos, es preferible el



Figura 3. Ortopantomografía a los 3 meses post-exodoncia del tercer molar inferior derecho y quistectomía: se aprecia el relleno aún no completo del "gap" óseo tras la cirugía, con imagen de trabéculas óseas.

seguimiento, y si se producen cambios patológicos proceder a la exodoncia⁸.

Se hace precisa la exodoncia de terceros molares incluidos en los que existe una evidencia de cambios patológicos irreversibles. Existe poca evidencia para la extracción de cordales con el objetivo de minimizar posibles apiñamientos presentes o futuros, y no existe consenso con respecto a la exodoncia de cordales incluidos asintomáticos y sin patología asociada⁹.

Con respecto a los quistes dentígeros es conocido que pueden expandirse a través del hueso originando fracturas patológicas. El riesgo de sobreinfección aumenta también con el tamaño, se pueden presentar con dolor, inflamación y eritema, y pueden provocar reabsorción radicular si están en contacto con otros dientes adyacentes. El diagnóstico se basa en los hallazgos radiológicos e histológicos¹.

El tratamiento habitual del quiste dentígero asociado a tercer molar incluido es la enucleación del mismo junto con la exodoncia del diente. Los quistes de gran tamaño pueden tratarse también con marsupialización¹⁰ y posterior resección completa en un segundo tiempo, o bien colocación de drenaje para reducir la presión y tamaño del quiste y enucleación posterior¹¹. Si se consigue la resección completa el pronóstico es excelente y la recurrencia rara. De modo excepcional, un quiste dentígero no tratado puede evolucionar a ameloblastoma, carcinoma de células escamosas o carcinoma mucoepidermoide¹. En un estudio de Rakprasitkul la incidencia de quiste dentígero en el tejido pericoronario de cordales incluidos ascendía al 50,96% y el de ameloblastoma al 0,96%¹².

El presente caso muestra la evolución espontánea de un saco folicular de tercer molar incluido a quiste dentígero. El diagnóstico de presunción se realizó sobre la base de una lesión radiolúcida de más de 2 mm en la OPG. Se obtuvo confirmación diagnóstica con el estudio histológico posterior. Una lesión radiológica similar a la anterior, de localización contralateral, sufrió diferente evolución al ser extirpada junto con su diente incluido, de modo profiláctico en el mismo paciente.

En nuestra experiencia clínica y en concordancia con trabajos previos se considera que imágenes radiolúcidas de más de 2-3 mm obtenidas en la OPG, alrededor de un tercer molar incluido, traducen una alta probabilidad de evolución a quiste dentígero a partir de saco folicular¹³⁻¹⁵. En estos casos se recomienda exodoncia profiláctica del diente incluido junto con extirpación del saco folicular. En nuestra práctica habitual, aquellos casos en los que la imagen radiolúcida es menor de 2 mm y se exodoncian de modo profiláctico, no se remiten de rutina para estudio

anatomopatológico, por lo que desconocemos la incidencia real de quistes dentígeros asociados a sacos menores de 2 mm. El criterio utilizado para diferenciar saco folicular de quiste folicular está basado en mediciones empíricas, considerándose normal y propio de saco folicular unas dimensiones máximas de 2-3 mm¹⁵. A pesar de esto, algunos autores afirman que la incidencia de quistes dentígeros asociados a terceros molares incluidos es mayor que lo estimado a partir de los estudios radiológicos aisladamente¹³⁻⁵.

CONCLUSIONES

La presencia de una lesión quística asociada a tercer molar inferior es indicativa de exodoncia y extirpación del quiste. Sin embargo, cuando la formación quística no es evidente y en su lugar aparece una imagen radiolúcida compatible con el saco folicular de la pieza incluida, la indicación de exodoncia profiláctica se hace más problemática, sobre todo si se considera la inusual evolución espontánea de un saco folicular a quiste dentígero.

Sería deseable la realización de estudios pormenorizados con el objetivo de establecer valores de referencia en el tamaño de las imágenes radiolúcidas pericoronarias de terceros molares incluidos, y su relación con una probabilidad aumentada de presencia de evolución a quiste dentígero diagnosticado histológicamente. Esto permitiría adoptar una actitud terapéutica agresiva en casos con probabilidad alta de formación de un quiste, evitando o disminuyendo las complicaciones que de ello se derivan.

SUMMARY

Therapeutic attitude in the presence of follicular sacks from unerupted third molars.

Dentigerous or follicular cyst is an odontogenic cyst covered with dental sack epithelium and use to be attached with a permanent unerupted tooth. This article presents the case of a patient with a dentigerous cyst from the follicular sack of a non exodonted unerupted third molar and compares it with the evolution of the contralateral included cordal and its follicular sack, which had oral surgery. The definitive treatment of a dentigerous cyst attached with an unerupted third molar is surgical, with tooth extraction and cyst enucleation. Commonly the follicular sacks thicker than 2 mm attached with unerupted third molars evolve in follicular cysts. In these cases cordal extraction is indicated to avoid the dentigerous cyst evolution. *MÉDICAS UIS* 2006;19(2):143-6.

KEY WORDS: Dentigerous Cyst. Follicular Cyst. Dental Sac. Third Molar. Tooth, Unerupted.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aziz SR, Pulse C, Dourmas Ma, Roser SM. Inferior alveolar nerve paresthesia associated with a mandibular cyst. *J Oral Maxillofac Surg* 2002;60:457-9.
2. Shah N, Thuau H, Beale I. Spontaneous regression of bilateral dentigerous cyst associated with impacted mandibular third molars. *Br Dent J* 2002;192:75-6.
3. Eliasson S, Heindhal A, Noredemra A. Pathological changes related to long-term impaction of third molars. A radiographic study. *Int J Oral*

- Maxillofac Surg 1989;18:210-2.
4. Tsukamoto G, Sasaki K, Akiyama T. A radiologic analysis of dentigerous cysts and odontogenic keratocysts associated with a mandibular third molar. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001;91:743-7.
 5. Albertos JM, Junquera LM. Exodoncia selectiva de terceros molares. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* 2003;25:9-15.
 6. Rakprasitkul S. Pathologic changes in the pericoronal tissues of unerupted third molars. *Quintessence Int* 2001;32:633-8.
 7. Costas A. Exodoncia rutinaria de terceros molares. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* 2003;25:17-20.
 8. Olson JW, Miller RI, Kushner GM, Vest TM. Odontogenic carcinoma occurring in a dentigerous cyst: a case report and clinical management. *J Periodontol* 2000;71:1365-70.
 9. Stanley HR, Alattar M, Collet WK, Stringfellow HR Jr, Spiegel EH. Pathological sequelae of "neglected" impacted third molars. *J Oral Pathol* 1988;17:113-7.
 10. Ertas U, Yavuz MS. Interesting eruption of 4 teeth associated with a large dentigerous cyst in mandible by only marsupialization. *J Oral Maxillofac Surg* 2003;61:728-30.
 11. Motamedi MH, Talesh KT. Management of extensive dentigerous cysts. *Br Dent J* 2005;198:203-6.
 12. Manganaro AM. The likelihood of finding occult histopathology in routine third molar extractions. *Gen Dent* 1998;46:200.
 13. Adelsperger J, Campbell JH, Coates DB, Summerlin DJ, Tomich CE. Early soft tissue pathosis associated with impacted third molars without pericoronal radiolucency. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;89:402.
 14. Rakprasitkul S. Pathologic changes in pericoronal tissues of unerupted third molars. *Quintessence Int* 2001;32:633-8.
 15. Vallecillo M. Quistes de los maxilares. En: Vascones A. *Tratado de odontología*. Madrid: Trigo Ediciones S.L.; 1998. p. 3761.