



## Quiste dentígero en el paciente geriátrico. Presentación de un caso

### Dentigerous cyst in the geriatric patient. Presentation of a case

Rodney Alberto Domínguez Moralobo<sup>1</sup> , Elizabeth Vázquez Blanco<sup>1</sup> ,  
Annalie Elizabeth Frías Pérez<sup>2</sup> , Esperanza de la Caridad Valerino Guzmán<sup>3</sup> .

#### Citación:

Domínguez Moralobo RA,  
Vázquez Blanco E,  
Frías Pérez AE,  
Valerino Guzmán EC.  
Quiste dentígero en  
el paciente geriátrico.  
Presentación de un caso.  
Revdosdic [Internet].  
2022 [citado: fecha  
de acceso];5(2): e212  
[aprox. 6 p.].

<sup>1</sup> Hospital Clínico Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley. Granma. Cuba.

<sup>2</sup> Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Facultad de Ciencias Médicas de Manzanillo Celia Sánchez Manduley. Granma. Cuba.

<sup>3</sup> Clínica Estomatológica Municipal Manuel Sánchez Silveira. Granma. Cuba.

#### RESUMEN



**Introducción:** el quiste dentígero es una entidad patológica la cual se presenta en mandíbula o maxilar, siempre relacionado a la corona de un diente incluido, con mayor incidencia en el sexo masculino entre 20-30 años de edad. **Presentación del caso:** se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 73 años de edad, que acude a la consulta de Cirugía Maxilofacial, por preocupación al presentar moderado aumento de volumen en mandíbula, con sensación de calambre y dolor que paulatinamente fue incrementando su intensidad; con evolución de aproximadamente un año. El examen radiográfico revela una imagen radiolúcida, bien definida, incluida en esta imagen se observa diente retenido que corresponde al tercer molar inferior derecho. Se planificó la exéresis quirúrgica, resultando como diagnóstico histopatológico definitivo: quiste dentígero. La paciente evolucionó satisfactoriamente durante el post-operatorio tanto clínica como radiográficamente. **Conclusiones:** un diagnóstico temprano de esta afección puede evitar que se produzca expansión del hueso, asimetría facial y dolor intenso, además de transformarse en tumoraciones neoplásicas malignas. La corroboración posterior del diagnóstico presuntivo a través del estudio histopatológico es imprescindible y los seguimientos a corto y largo plazo del paciente son recomendados.

**Correspondencia a:**  
Elizabeth Vázquez Blanco,  
elo1189@nauta.cu

**Editora correctora:**  
Ismara Zamora León   
Universidad de Ciencias  
Médicas de Granma.

**Revisado por:**  
José Carlos   
Álvarez Hernández  
Policlínico Docente  
Universitario Sur.

Luis Alcides   
Vázquez González  
Universidad de Ciencias  
Médicas de Las Tunas.

**Palabras clave:**  
Quiste Dentígero;  
Diente retenido;  
Mandíbula;  
Cirugía Bucal;  
Cuidado Dental para  
Ancianos.

**Keywords:**  
Dentigerous Cyst;  
Retained tooth;  
Mandible;  
Surgery, Oral;  
Dental Care for Aged.

**Recepción:** 2021/06/26  
**Aceptación:** 2022/02/04  
**Publicación:** 2022/04/05

#### ABSTRACT

**Introduction:** the dentigerous cyst is a pathological entity which occurs in the mandible or maxilla, always related to the crown of an included tooth, with a higher incidence in males between 20-30 years of age. **Case Presentation:** the clinical case of a 73-year-old female patient is presented, who comes to the Maxillofacial Surgery consultation, out of concern at presenting a moderate increase in volume in the jaw, with a sensation of cramp and pain that gradually increased her intensity; with evolution of approximately one year. Radiographic examination reveals a well-defined radiolucent image. Included in this image is a retained tooth that corresponds to the lower right third molar. Surgical excision was planned, resulting in a definitive histopathological diagnosis: dentigerous cyst. The patient evolved satisfactorily during the postoperative period both clinically and radiographically. **Conclusions:** an early diagnosis of this condition can prevent bone expansion, facial asymmetry and severe pain, as well as transforming into malignant neoplastic tumors. Subsequent corroboration of the presumptive diagnosis through the histopathological study is essential and short and long-term follow-ups of the patient are recommended.



## INTRODUCCIÓN

El proceso de erupción dentaria es complejo, y puede traer consigo fallas como retraso e impactación dentaria. La retención dentaria tiene una incidencia variable, que cambia según población, hábitos, sexo, edad y otros. Dentro de las complicaciones más comunes de la impactación están el espacio folicular hiperplásico, el quiste dentífero (QD) y el queratoquiste odontogénico <sup>(1)</sup>.

Los quistes dentíferos, también llamados quistes foliculares, son quistes odontogénicos de malformación y origen epitelial, según la clasificación de los tumores realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>(2)</sup>. Se forma entre el epitelio del esmalte y el esmalte de la corona de un diente en proceso de erupción, no erupcionado o incluido, con acumulación de líquido en esta zona. Se encuentra relacionado con dientes que no han erupcionado con mayor incidencia en los terceros molares, caninos y dientes supernumerarios <sup>(3-7)</sup>.

Son más frecuentes en el sexo masculino, se presentan más en la segunda y tercera década de vida. Afecta mayormente a la mandíbula en un 70 % con respecto al maxilar con un 30 %. En ocasiones puede estar asociado a odontomas o supernumerarios representando un 5 % de todos los quistes dentíferos <sup>(2-5, 8)</sup>.

Las características clínicas son: expansión cortical, deformidad facial, obstrucción de la erupción dental, desplazamiento dentario y dolor. Son de crecimiento lento, a menudo no presentan sintomatología, generalmente es observado de manera casual en radiografías panorámicas que evalúan estadio de erupción. Puede rechazar el diente de su posición normal, desplazamiento de los terceros molares inferiores contra el borde inferior de la mandíbula <sup>(4, 7, 9)</sup>.

Las radiografías muestran una lesión unilocular o multilocular, radiolúcida con márgenes escleróticos bien definidos y asociada con la corona de un diente no erupcionado, que expande corticales externas <sup>(2, 6-9)</sup>.

Histológicamente se define por una pared delgada de tejido conectivo, con una capa de epitelio pavimentoso estratificado que tapiza el quiste. Con frecuencia presenta infiltrado inflamatorio en el tejido conectivo y un contenido líquido amarillo. El diagnóstico diferencial incluye: queratoquiste odontogénico, ameloblastoma

uniquístico, granuloma reparativo central de células gigantes, tumor odontogénico adenomatoide y fibroma ameloblástico <sup>(2, 3, 6, 10)</sup>.

El tratamiento es quirúrgico y depende del tamaño, localización y configuración de la lesión, puede ser realizado mediante la enucleación completa del quiste, la exteriorización o marsupialización; se utiliza en quistes que han dañado porciones significativas de la mandíbula <sup>(2, 4, 9)</sup>.

Teniendo en cuenta que la aparición de este quiste normalmente no se relaciona con la tercera edad se decide describir el caso de una paciente geriátrica con diagnóstico de quiste dentífero atendida en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Clínico Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 73 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial la cual se encontraba compensada, con historia de que hace aproximadamente un año empezó a notar calambre en la región mandibular hasta el hemilabio inferior del lado derecho, acompañado de dolor moderado en ocasiones pulsátil, que se irradiaba al oído y se aliviaba con analgésicos. Continuó incrementando la sintomatología con aumento de volumen en cuerpo y ángulo mandibular, además presentó salida de contenido purulento en fístula a nivel del reborde alveolar inferior derecho en zona de molares, con intenso dolor.

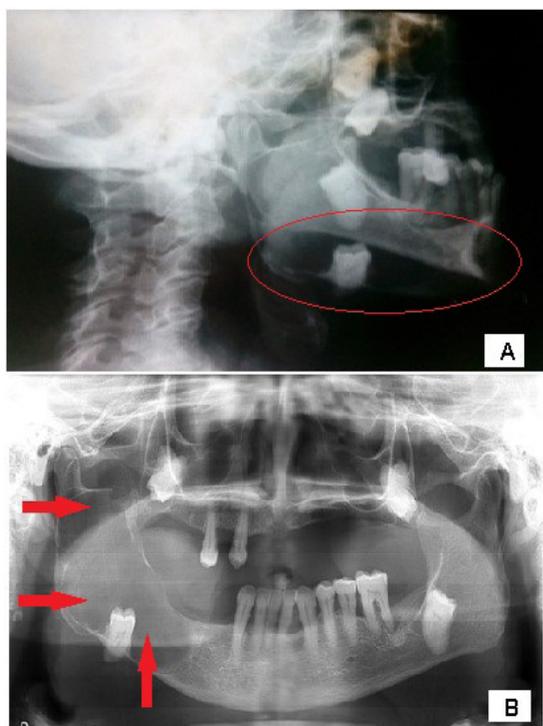
La paciente acude a la consulta de Cirugía Maxilofacial del Hospital Clínico Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley, remitida de su área de salud. Se le indican exámenes de laboratorio, estos dentro de los valores normales; rayos X lateral oblicua derecha y vista panorámica, una vez obtenidos los resultados se valora nuevamente, se decide el ingreso y el tratamiento quirúrgico.

Al examen físico se observa asimetría facial dada por moderado aumento de volumen en región de ángulo y cuerpo mandibular del lado derecho, piel que lo recubre normocoloreada, consistencia dura, no dolorosa a la palpación.

Al examen bucal se constató desdentamiento parcial

superior e inferior no rehabilitado protésicamente y expansión de la cortical por vestibular y lingual en zona de molares hasta espacio retromolar inferior derecho. Se detecta fístula de 5mm de diámetro a nivel del reborde alveolar inferior derecho con discreta salida de secreción purulenta, mucosa que rodea la zona de aspecto y color normal, consistencia dura, ligero dolor a la palpación.

En los exámenes radiológicos indicados: vista lateral oblicua derecha y panorámica (**Figura 1. A y B**) se observa imagen radiolúcida, unilocular, bien definida que se extiende desde el cuerpo mandibular hasta rama ascendente del lado derecho, compatible con lesión quística, se observa además a nivel del borde inferior de la mandíbula imagen radiopaca compatible con el tercer molar inferior derecho.



**Figura 1. A:** Lateral oblicua derecha, muestra imagen radiolúcida. **B:** Radiografía panorámica, muestra lesión osteolítica, que abarcan regiones cuerpo mandibular y rama ascendente derecho.

El tratamiento se abordó a través de la vía intraoral (**Figura 2**). Se llevó a cabo con las consideraciones que exigen los protocolos de cirugía bucal. Posteriormente anestesia local infiltrativa. Se realizó incisión lineal a nivel del reborde alveolar inferior derecho con una componente a nivel de las bicúspides (bien extenso de forma que permitiera el buen acceso al área donde

estaba localizado el quiste), incluida la fistulectomía. Se decoló el mucoperiostio. Se realizó ostectomía. Se eliminó la extensa área de pared quística mediante un exhaustivo curetaje y la exéresis del tercer molar, limado, abundante lavado y la sutura con seda 2.0. Se tomó muestra para estudio histopatológico.



**Figura 2.** Abordaje intraoral.

Resultado histopatológico: (B- 19- 157).Presencia de pared quística constituida de tejido conectivo fibroso, con infiltrado de neutrófilos, así como infiltrado inflamatorio crónico y fibrosis a nivel del estroma.

El examen histopatológico propició el diagnóstico definitivo de quiste dentígero.

Se retiró la sutura a los 7 días, se llevó a cabo controles posteriores clínicos y radiográficos a los 15 días y a los 2 meses. A los 5 meses de seguimiento se observó una evolución satisfactoria en el post-operatorio (**Figura 3 y 4**). En estos momentos se sigue en consulta para valorar posible recidiva, hasta los cinco años después de operado.



**Figura 3.** Revisión bucal post-operatoria a los 5 meses.



**Figura 4.** Vista panorámica post-operatoria a los 5 meses.

## DISCUSIÓN

Según la OMS los quistes pueden ser epiteliales y no epiteliales. Los quistes epiteliales pueden ser subdivididos en odontogénicos y no odontogénicos. El QD se ubica dentro de los quistes epiteliales odontogénicos con más del 24 % de aparición, después de los quistes radiculares. Aproximadamente el 4 % de los individuos con un diente sin erupcionar presentan quiste dentígero <sup>(7)</sup>.

Su frecuencia de aparición se ubica en la segunda y tercera década de vida, con mayor prevalencia en varones en una proporción de 2:1 <sup>(2, 4, 5, 11)</sup>. Sin embargo, no coincidió con el caso en estudio por ser la paciente del sexo femenino y de edad avanzada.

En su mayor porcentaje los quistes foliculares pasan desapercibidos, solamente un hallazgo radiográfico suele evidenciar su presencia. Aunque existen casos con historia de dolor, tumefacción y signos de infección secundaria, acompañados de la deformidad facial y bucal <sup>(2, 3)</sup>, también representa un peligro inminente de fractura mandibular 2, esto se corresponden con el caso clínico.

En el caso que se discute, la región anatómica afectada coincide con la mayoría de las bibliografías revisadas (ángulo mandibular), pues la mayor incidencia se asocia con la erupción de los terceros molares <sup>(2, 8, 10)</sup>. Aunque existen reportes de casos que se presentan en el maxilar <sup>(6, 7)</sup>.

Clínicamente el QD es una lesión asintomática de crecimiento lento, lo que dificulta el diagnóstico clínico <sup>(12)</sup>. Taysi M y col. <sup>(13)</sup> afirman que el QD puede causar expansión cortical que resulta en asimetría facial,

tal como se observó en la paciente estudiada. Estos mismos autores refieren que los pacientes con esta patología no experimentan dolor a menos que el quiste presente un cuadro de infección <sup>(13)</sup>, en el presente caso la paciente presentaba dolor intenso y exudado purulento en fístula a nivel del reborde alveolar inferior derecho en zona de molares.

El tratamiento del caso consistió en enucleación del quiste y extracción del tercer molar inferior derecho, el cual estaba muy desplazado y totalmente integrado en el quiste, se tuvo en cuenta la edad de la paciente, que con respecto a otras edades es poco frecuente.

La enucleación completa y la marsupialización de la lesión puede ser el tratamiento de elección, pero siempre se tiene en cuenta aspectos como el tamaño, localización, edad del paciente y proximidad del quiste a estructuras anatómicas de importancia. En el presente caso se realizó la enucleación quirúrgica con extracción del diente comprometido, esto coincidió con algunos estudios <sup>(2, 4, 6, 7)</sup>.

Los quistes dentígeros pueden dar lugar a cambios hiperplásicos en la membrana epitelial, si estos no se tratan pueden convertirse en un tumor odontogénico o malignizarse para un carcinoma de células escamosas <sup>(2, 4, 8)</sup>.

Lesiones como el queratoquiste odontogénico, tumor odontogénico adenomatoide, ameloblastoma unicístico, granuloma central de células gigantes y hasta un quiste radicular grande, deben considerarse como diagnóstico diferencial de un QD. El examen radiográfico por sí solo no puede diferenciar una imagen radiolúcida asociada con la raíz de un diente deciduo no vital o la corona de un diente no erupcionado, por lo que el diagnóstico definitivo es el examen histopatológico <sup>(4)</sup>.

El examen físico exhaustivo, los estudios radiológicos, el tratamiento y la histopatología del quiste dentígero es importante conocerlo para la prevención de la ocurrencia de una lesión más destructiva, además que estas patologías se evolucionan por un período de hasta cinco años para valorar posibles recidivas.

## CONCLUSIONES

Un diagnóstico temprano de esta afección puede

evitar que se produzca expansión del hueso, asimetría facial y dolor intenso, además de transformarse en tumoraciones neoplásicas malignas. La corroboración posterior del diagnóstico presuntivo a través del estudio histopatológico es imprescindible y los seguimientos a corto y largo plazo del paciente son recomendados.

### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

### FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para la

realización de la investigación.

### CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

**RADM:** conceptualización, recursos, supervisión.

**EVB:** administración del proyecto, diseño de la metodología, redacción-borrador original, investigación.

**AEFP:** análisis formal, investigación, redacción-revisión y edición.

**ECVG:** asesoramiento metodológico, visualización, redacción-revisión y edición.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. El-Khateeb SM, Arnout EA, Hifnawy T. Radiographic assessment of impacted teeth and associated pathosis prevalence. Pattern of occurrence at different ages in Saudi male in Western Saudi Arabia. Saudi Med J [Internet]. 2015 [citado 05 Abr 2022];36(8):973-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4549595/pdf/SaudiMedJ-36-973.pdf>
2. Sarracent Valdés Y, Gbenou Morgan Y, Franquelo Sarracent D. Manejo de quiste dentígero mandibular de grandes proporciones. Presentación de un caso. Rev haban cienc méd [Internet]. 2017 [citado 05 Abr 2022];16(4):604-11. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2018/1888>
3. Gbenou Morgan Y, Vergara Piedra LP. Quiste dentígero en la "llave de la oclusión". A propósito de un caso. Rev Habanera de Ciencias Médicas. [Internet]. 2016 [citado 7 Jun 2005 Abr 2022];15(4):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1059/1065>
4. Velazque Rojas L, Alonso Claudio C, Velazque Rojas G. Estudio Clínico e Histopatológico de quiste dentígero asociado a diente lateral maxilar: Reporte de caso. ODOVTOS-Int. J. Dent. Sc [Internet]. 2017 [citado 05 Abr 2022];19(1):33-42. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/odovtos/ijd-2017/ijd171e.pdf>
5. Yllarreta Bandera M, Guerra Cobian O, Leiva Lima L. Odontoma complejo y quiste dentígero concurrentes asociados a retención dentaria. Medicentro [Internet]. 2020 [citado 05 Abr 2022];24(4):833-41. Disponible en: <http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/2704/2636>
6. Dávila Cordero U, Varela López JAF, Hernández Quiroz E, Martín Hernández E. Quiste dentígero maxilar: etiología, manejo quirúrgico y consideraciones especiales. Presentación de caso clínico. Revista ADM [Internet]. 2018 [citado 05 Abr 2022];75(2):103-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2018/od182h.pdf>
7. Fundora Moreno DA, Rodríguez Corbo AA, Corbo Rodríguez MT. Presentación de un caso. Quiste dentígero asociado a tercer molar retenido en el seno maxilar. Univ Méd Pinareña [Internet]. 2020 [citado 05 Abr 2022];16(2):e469. Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/469/pdf>
8. Martínez Pérez L, Martínez Pomier L, Balleux Téllez I, Nápoles Tabera Y. Quiste dentígero, una variedad de quiste odontógeno. Presentación de un caso. Rev Inf Cient [Internet]. 2017 [citado 05 Abr 2022];96(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1195/3306>
9. Centeno Jiménez LJ, Peña Fernández R, Sosa Velasco TA, Sánchez Sánchez M, Hernández Antonio A. Quiste



dentígero. Reporte de un caso. *Avan C Salud Med.* [Internet]. 2020 [citado 05 Abr 2022];7(1):26-30. Disponible en: <https://www.oaxaca.gob.mx/salud/wp-content/uploads/sites/32/2020/08/ACS201-05C.pdf>

10. Peralta Ibarra EN, Peña Vega CP, Rueda Jiménez A. Diagnóstico de quiste dentígero en sacos foliculares de terceros molares incluidos. *Acta Odontol Col* [Internet]. 2020 [citado 05 Abr 2022];10(1):24-36. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/82315/pdf>

11. Bonardi JP, Silva Gomes-Ferreira PH, Freitas Silva L de, Correa Momesso GA, Oliveira D de, Ferreira S, et al. Large dentigerous cyst Associated to Maxillary Canine. *J Craniofac Surg* [Internet]. 2017 [citado 05 Abr 2022];28(1):96-7. Disponible en: <https://scite.ai/reports/large-dentigerous-cyst-associated-to-QLJ2dz?page=1>

12. Cruz Madrid TM. Quiste dentígero en dentición decidua. Reporte de un caso. *Rev Cient Esc Univ Cienc Salud* [Internet]. 2018 [citado 05 Abr 2022];5(2):42-7. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RCEUCS/pdf/RCEUCS5-2-2018-7.pdf>

13. Taysi M, Ozden C, Cankaya AB, Yildirim S, Bilgic L. Conservative approach to a large dentigerous cyst in an 11-year-old patient. *J Istanbul Univ Fac Dent* [Internet]. 2016. [citado 05 Abr 2022];50(3):51-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573515/pdf/jiufd-050-051-b.pdf>

