

Tratamiento de quistes foliculares de pequeño y mediano tamaño mediante marsupialización

Jesús Fernández Sánchez*, Javier Martín Alonso** e Isabel Pernia Ramírez***

Los quistes foliculares de pequeño y mediano tamaño constituyen una afección relativamente frecuente en la práctica clínica. La resolución de la lesión y la conservación y correcto alineamiento en la arcada dentaria del diente permanente retenido constituyen en la actualidad los objetivos básicos de su tratamiento. Para ello, la marsupialización quística mediante extracción del diente temporal representa una opción simple, segura y atraumática.

(*Quintessence* 1997; 10: 521-525)

Los quistes constituyen cavidades patológicas aisladas y revestidas por epitelio en el seno de una cápsula de tejido conectivo^{1,2}. Se originan por proliferación de masas epiteliales no vascularizadas, cuyas células más internas se degeneran y necrosan por ausencia de nutrientes, lo que ocasiona un espacio central de contenido líquido o semisólido, generalmente rico en cristales de colesterol, incluso fluido seropurulento o sanguinolento en casos de sobreinfección^{1,3,4}. La entrada de los líquidos tisulares circundantes por fenómenos osmóticos genera un crecimiento continuo por expansión, con una velocidad estimada en 5 mm por año^{4,5}. En la cavidad bucal representan remanentes del epitelio dentario o del revestimiento ectodérmico de los procesos faciales en formación. Los primeros se denominan *quistes odontogénicos*, mientras que los segundos reciben el nombre de *no odontogénicos* o *fisurarios*¹.



Figura 1. Aspecto macroscópico de un quiste folicular, en el que se aprecian su tamaño relativo y el lugar de inserción dentaria.

Los *quistes foliculares* o *dentígeros* (fig. 1) son los que rodean la corona de un diente no erupcionado, insertándose en su región cervical e impidiendo su erupción⁶. Representan los quistes odontogénicos más frecuentes, aproximadamente un 16,6% del total⁷⁻⁹, e implican casi siempre a los terceros molares mandibulares, caninos maxilares y premolares mandibulares⁷. Constituyen una entidad distinta de los *quistes de erupción*, que son un tipo específico asociado a la erupción de dientes temporales o permanentes⁹.

Esta afección tiene su origen en el tejido del *folículo pericoronario*, membrana de tejido conectivo adherida al diente a través del epitelio reducido del órgano del esmalte, que puede dar lugar al quiste mediante tres procesos: acumulación de líquido entre el esmalte y el epitelio reducido, entre las líneas celulares del propio epitelio o transformación quística de los restos epiteliales de la lámina dentaria (fig. 2). Sólo en el último caso suele asociarse hipoplasia de esmalte³.

Aunque la etiopatogenia del quiste folicular es todavía desconocida, varios autores observan asociación en-

*Profesor asociado.

**Odontólogo.

***Médico y odontólogo.

Departamento de Profilaxis, Odontopediatría y Ortodoncia.
Universidad Complutense de Madrid.

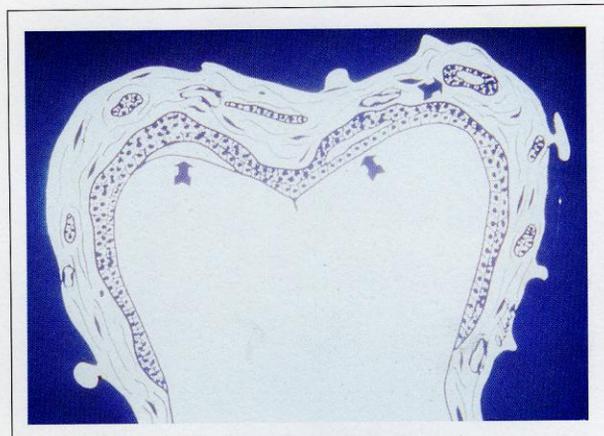


Figura 2. Mecanismos de producción del quiste folicular, donde pueden observarse los distintos tejidos implicados.

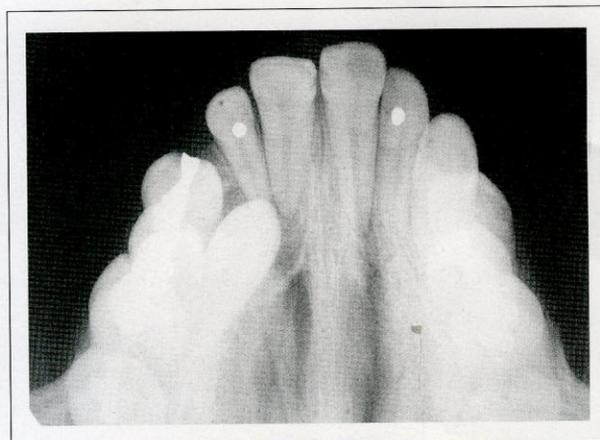


Figura 3. Radiografía oclusal que revela la existencia de un 13 retenido con una lesión radiolúcida de naturaleza quística.

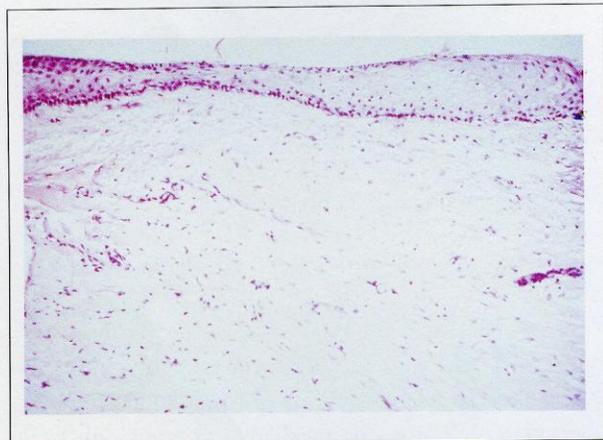


Figura 4. Histopatología característica de la lesión, donde se observan las distintas líneas celulares que la integran.

tre la infección en la dentición temporal y el desarrollo de un quiste en su homólogo permanente, debido a que la inflamación periapical persistente produce irritación crónica en el folículo dentario^{7,10-13}, definiéndolo entonces como *quiste folicular inflamatorio*.

Otros autores lo consideran el resultado de la indentación de la pared de un quiste radicular en el diente temporal por el permanente en erupción¹⁴⁻¹⁷. Sin embargo, algunos de ellos niegan la existencia de quistes radiculares asociados a la dentición temporal¹⁸, invocándose otras etiologías, como traumatismos en la edad temprana, síndrome de alcohol fetal o procesos mal conocidos de naturaleza neoplásica¹³.

Clínicamente, se caracterizan por abombamiento de las corticales óseas debido a su crecimiento por expan-

sión, que produce asimetría facial y desplazamiento de los dientes implicados⁵. También origina adelgazamiento cortical, incluso destrucción ósea en casos de gran recurrencia¹. Mientras que algunos autores observan integridad radicular¹, experimentos in vitro señalan rizólisis a consecuencia de su origen folicular y su capacidad reabsortiva⁵. Sin embargo, el quiste folicular es normalmente asintomático, y es diagnosticado con frecuencia en exámenes radiológicos de rutina (fig. 3), donde aparece en forma de áreas radiolúcidas homogéneas, redondeadas u ovaladas, normalmente limitadas por una línea radioopaca de esclerosis ósea^{9,11,12}.

El estudio histopatológico demuestra la transformación de los restos epiteliales en un epitelio pavimentoso estratificado de 3 o 4 capas celulares (fig. 4), no queratinizado para algunos autores⁸ y paraqueratinizado para otros¹³, lo que permite establecer el diagnóstico de quiste odontogénico sin distinguir el tipo específico, de modo que el diagnóstico de certeza debe basarse en la observación clínica y radiográfica. También es frecuente la transformación mixoide de los restos epiteliales, por lo que resulta necesario establecer un diagnóstico diferencial con el *mixoma odontogénico*¹⁴.

El tratamiento de la lesión es necesario por el gran desplazamiento dentario que origina, a consecuencia de la compresión mecánica, la alteración en la dirección de erupción y la persistencia de tejido inflamatorio¹⁵. También existe cierto riesgo de aparición de complicaciones, fundamentalmente degeneración ameloblástica o carcinomatosa, tanto epidermoide como mucoepidermoide⁵.

La enucleación completa del quiste y la extracción del diente afectado constituyen el tratamiento más habitual

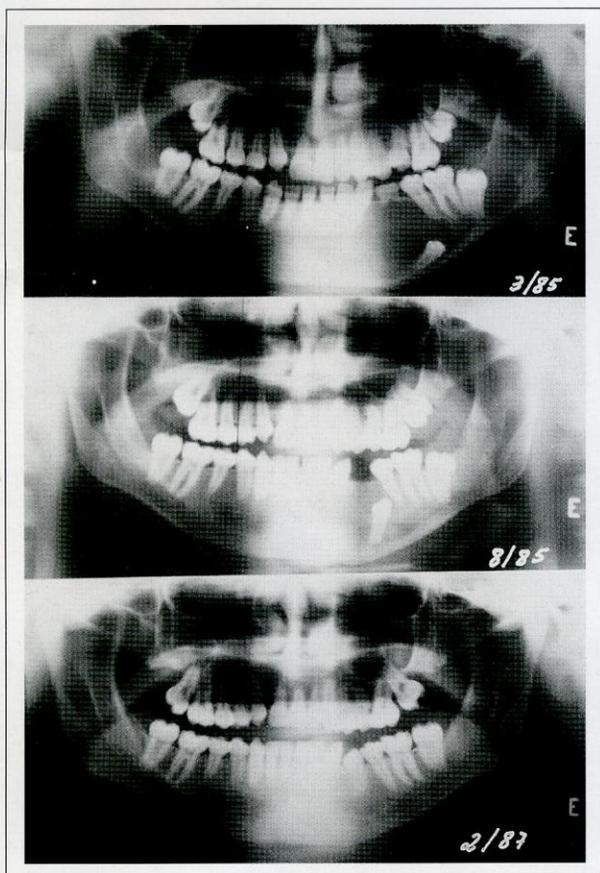


Figura 5. Secuencia terapéutica de marsupialización de un quiste folicular, que permite el normal alineamiento en la arcada del diente retenido.

en la clínica¹¹, ya que un gran número de autores afirman que la conservación de la pared quística incrementa el riesgo de recurrencia o degeneración neoplásica. Como principales contraindicaciones se han señalado la posibilidad de erupción normal del diente afectado, las lesiones anatómicas o el compromiso de dientes con vitalidad pulpar^{4,12}.

La marsupialización de quistes foliculares de pequeño y mediano tamaño en la cavidad oral, descrita por Hill en 1978, consiste en la fenestración de la pared quística, reduciendo la presión interna y permitiendo la regeneración ósea perilesional, de modo que el diente retenido recupera en la mayoría de los casos su vía eruptiva incluso en malposiciones graves (fig. 5)^{2,7,10,11,13,15}. Además, es necesario realizar una biopsia intraoperatoria que confirme el diagnóstico de quiste folicular y descarte su posible transformación neoplásica^{1-3,10}. La técnica de marsupialización posee múltiples variantes. En sentido estricto, se practica incisión y sutura de las mucosas



Figura 6. Relación entre un 85 con tratamiento endodóncico y un quiste folicular en el 45.

oral y quística, con el fin de mantener la comunicación creada². Sin embargo, algunos autores consideran que la simple extracción del diente temporal implicado crea y mantiene la comunicación⁶, mientras que otros la perpetúan mediante un dispositivo en forma de cono, incorporado a un aparato removible convencional y de la misma longitud que el diente temporal previamente extraído, hasta la normal erupción del diente permanente¹¹.

Analizando la etiología del quiste folicular, hemos observado una interesante relación con la afección periapical asociada a la dentición temporal, que en la mayoría de los casos presenta lesión previa o tratamiento endodóncico inadecuado (fig. 6).

En nuestra opinión, la marsupialización del quiste folicular en la cavidad oral permite mantener el contorno de los tejidos orales y con ello las posibilidades protésicas, la integridad ósea, vascular, nerviosa y dentaria, con todas las implicaciones odontopediátricas y ortodóncicas^{2,7,10-13,15}. Además, algunos autores destacan la reducida tasa de recurrencia y degeneración neoplásica tras la marsupialización, menor incluso que en el caso de la enucleación completa¹².

Sin embargo, consideramos importante matizar que la mayoría de los autores indican la marsupialización sólo para grandes quistes foliculares, en los que la enucleación completa constituye un tratamiento extremadamente mutilante. La disminución de tamaño producida por la descompresión permitiría iniciar una segunda fase de tratamiento radical^{2,7,10}.

En nuestra opinión, la marsupialización de quistes foliculares de gran tamaño impide en muchos casos la total desaparición de restos epiteliales y el alineamiento del diente implicado, generalmente en grave malposi-

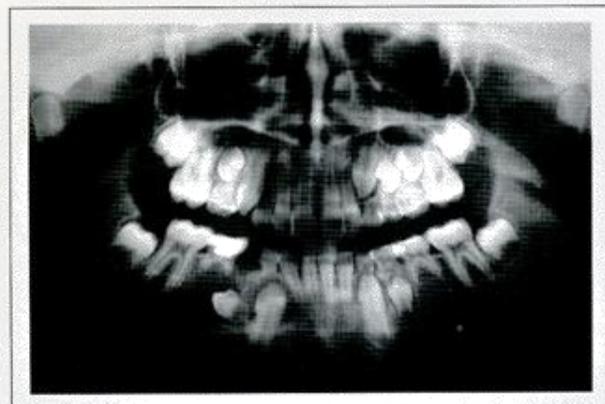


Figura 7a. Lesión radiolúcida de mediano tamaño que rodea y desplaza la corona del 45, en íntima relación con el 85, que presenta tratamiento endodóncico a consecuencia de una lesión cariosa previa.

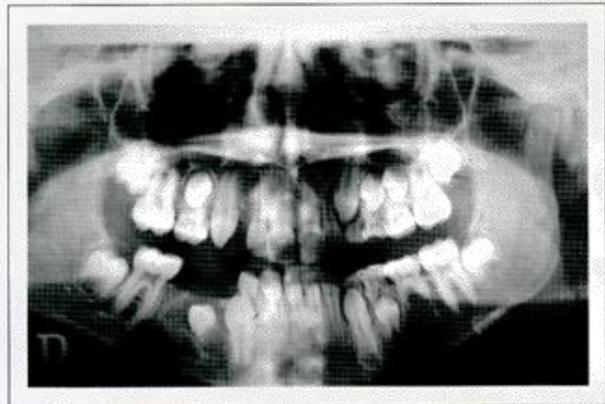


Figura 7b. La marsupialización quística mediante extracción del 85 permite la recuperación de la vía eruptiva normal.

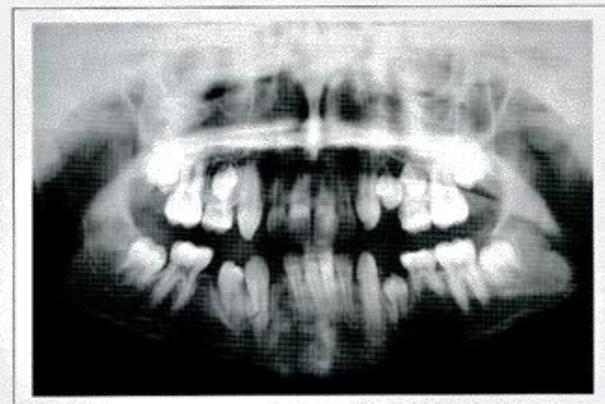


Figura 7c. El proceso eruptivo continúa hasta el alineamiento en la arcada dentaria del diente retenido.

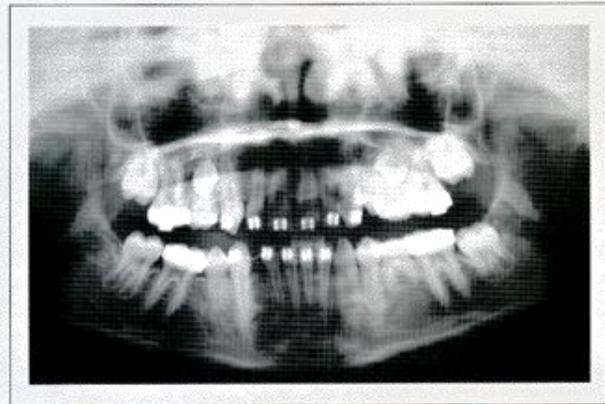


Figura 7d. En algunas ocasiones es necesario aplicar aparatología ortodóncica para mejorar la relación oclusal.

ción. Sin embargo, en quistes de pequeño y mediano tamaño hemos observado la resolución completa de la lesión mediante extracción del diente temporal, lo que hace innecesaria la sutura o la utilización de aditamentos adicionales, como puede observarse en la secuencia clínica ilustrada en las figuras 7a-d.

El mecanismo biológico que permite la recuperación de la vía eruptiva tras la marsupialización es todavía desconocido. Quizá sea consecuencia del efecto mecánico de descompresión del quiste folicular, de la eliminación de tejido inflamatorio asociado al diente temporal o de la alteración del propio folículo dental. Experimentalmente se ha demostrado la importancia del folículo en la erupción normal, quizá mediante la regulación de la actividad mononuclear, a su vez responsable de la activi-

dad osteoblástica y osteoclástica. A pesar de que esta relación se encuentra perfectamente establecida y sustentada clínicamente en modelos animales, los factores determinantes del control del folículo en humanos no han sido todavía perfectamente establecidos¹⁵.

Conclusión

Sin pretender generalizar, ya que cada caso clínico exige un diagnóstico y un tratamiento particulares, consideramos la marsupialización el tratamiento más adecuado de los quistes foliculares de pequeño y mediano tamaño, siempre tras una cuidadosa evaluación del caso, la colaboración del paciente y una estrecha relación entre el odontopediatra, el ortodoncista y el cirujano oral.

Bibliografía

1. Bagán Sebastián JV, Ceballos Salobreña A, Bermejo Fenoll A, Aguirre Urizar JM, Peñarrocha Diago M. Medicina oral. Barcelona: Masson, 1995.
2. Lucas Tomás M. Medicina oral. Barcelona: Salvat, 1988.
3. Shear M. Cysts of the jaws: recent advances. *J Oral Pathol* 1985; 14: 43-59.
4. Perri PS, Giampietro M, Turi S. Incidência e tratamento dos cistos. *RGO* 1990; 38: 188-192.
5. Moyers RE. Manual de ortodoncia. Buenos Aires: Panamericana, 1992.
6. Sain DR, Hollis WA, Togrye AR. Correction of a superiorly displaced impacted canine due to a large dentigerous cyst. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1992; 102: 270-276.
7. Murakami A, Kaqabata K, Suzuki A, Murakami A, Ooshima T. Eruption of an impacted second premolar after marsupialization of a large dentigerous cyst: case report. *Paediat Dent* 1995; 17: 372-374.
8. Shear M. Developmental odontogenic cysts. An update. *J Oral Pathol Med* 1994; 23: 1-11.
9. Nunn JH. Eruption problems: a cautionary tale. *J Dent Child* 1993; 5: 207-209.
10. Peled M, Kohn Y, Laufer D. Conservative approach to unerupted teeth within cystic lesions in Gorlin's syndrome. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1991; 99: 294-297.
11. Clauser C, Zuccati G, Barone R, Villano A. Simplified surgical-orthodontic treatment of a dentigerous cyst. *JCO* 1994; 28: 103-106.
12. Thornton JB, Stanley HP, Ballard JB. A large dentigerous cyst in a child patient. *Clin Prev Dent* 1985; 7: 9-11.
13. Kusakawa J, Irie K, Morimatsu M, Koyanagi S, Kameyama T. Dentigerous cyst associated with a deciduous tooth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 5: 415-418.
14. Pilley JR, Lewis DH, Gillbe GV. An approach to the treatment of malocclusion caused by bone expanding lesions. *Br Dent J* 1989; 2: 258-260.
15. Azaz B, Shteyer A. Dentigerous cyst associated with second mandibular bicuspid in children: report of five cases. *J Dent Child* 1973; 40: 29-31.
16. Shaw W, Smith M, Hill F. Inflammatory follicular cysts. *ASDC J Dent Child* 1980; 47: 97-101.
17. Seddon RP, Fung DE, Barnard KM, Smith PB. Dentigerous cysts involving permanent incisors: four cases reports. *Int J Paediat Dent* 1992; 2: 105-111.
18. Donado M. Cirugía bucal, patología y técnica. Madrid: Lavel, 1990.