Descargado el: 30-10-2026 ISSN 1727-897X

PRESENTACIÓN DE CASO

Quiste dentígero en un primer molar a la edad de 5 años. Informe de caso.

Dentigerous cyst in a first molar at the age of 5 years. Case report.

Disney Tablada Peralta[1] Leonardo R. Atienza Lois[1] Gretel Rivas Pérez[1]

[1] Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto", Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Tablada-Peralta D, Lois L, Pérez G. Quiste dentígero en un primer molar a la edad de 5 años. Informe de caso.. **Medisur** [revista en Internet]. 2021 [citado 2026 Oct 30]; 19(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4978

Resumen

El quiste dentígero (QD) es un quiste odontogénico de malformación y origen epitelial,constituye el segundo tipo más común dentro de este grupo y abarca cerca del 20% de todos los quistes encontrados en los maxilares. Radiográficamente el QD se manifiesta como un área radiolúcida unilocular bien definida asociada a la corona de un diente no erupcionado. El QD es considerado una patología rara en niños, por lo cual se decidió presentar el caso de un paciente de 5 años de edad que ha sido atendido en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Pediátrico Universitario de Cienfuegos “Paquito González Cueto”.El paciente fue visto en consulta inicialmente, por presentar aumento de volumen indoloro en la región retromolar inferior izquierda, que tras la exploración clínica y radiográfica sugirió la presencia de un quiste dentígero; quirúrgicamente para realizar la enucleación del mismo, obteniéndose excelentes resultados postoperatorios. En esta ocasión pudimos corroborar que por muy rara que puedan ser algunas entidades, pueden presentarse, por lo que debemos tenerlas presentes al plantear los diferentes diagnósticos diferenciales.

Palabras clave: diente no erupcionado, quiste dentígero, enucleación

Abstract

The dentigerous cyst is an odontogenic cyst of malformation and epithelial origin, being the second most common type of cysts of this group, comprising about 20% of all cysts found in the jaws. Radiographically, it manifests as a well-defined unilocular radiolucent area associated with the crown of a non-erupted tooth. It is considered a rare pathology in children. We present the case of a 5-year-old patient who has been followed up in the Maxillofacial Surgery consultation of the “Paquito González Cueto” University Pediatric Hospital of Cienfuegos, after having undergone surgery to perform the enucleation of a dentigerous cyst

Key words: non-erupted tooth, dentigerous cyst, enucleation.

Aprobado: 2021-07-07 11:38:40

Correspondencia: Disney Tablada Peralta. Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto", Cienfuegos disneycub81@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los quistes de los maxilares (QM) constituyen un conjunto variado de entidades de origen odontogénico y no odontogénicos, benignos y malignos. Si bien son poco habituales su frecuencia es mayor en adultos. Los quistes odontogénicos representan, aproximadamente, el 35% de los QM.[1]

El quiste dentígero (QD) es un quiste odontogénico de malformación y origen epitelial, según la clasificación de tumores realizada por la Organización Mundial de la Salud. El QD es el segundo en frecuencia de aparición después del quiste radicular.[2] Se presenta un caso de un paciente preescolar de 5 años con un quiste dentígero en relación con un primer molar inferior, con el objetivo de notificarlo a la comunidad médica, pues se considera una patología rara en niños.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente preescolar blanco, masculino de 5 años de edad, que es producto de un embarazo que cursó sin alteraciones. El parto fue eutócico a las 39 semanas de gestación, con un peso al nacer de 3175 g y APGAR presumiblemente adecuado, con antecedentes personales de salud aparente sin ingresos previos.

El paciente fue visto en consulta de Cirugía Maxilofacial del Hospital Pediátrico Universitario de Cienfuegos “Paquito González Cueto”, tras haber sido remitido de su área de salud, pues fue detectado en examen estomatológico de rutina un aumento de volumen renitente y no doloroso en región retromolar inferior izquierda, que se hacía más evidente al comparar con igual región del lado derecho.

Examen físico intraoral

Se observó un aumento de volumen normocoloreado inmediatamente posterior al diente 75 brotado, específicamente en zona de diente 36 no erupcionado. A la palpación del área notablemente aumentada, se detectó renitencia en gran parte de la extensión del proceso y en ningún momento de la exploración el paciente refirió dolor. (Fig 1).



Fig. 1. Aspecto clínico del aumento de volumen detectado.

Examen radiológico

Fue indicado y realizado el mismo día de la primera consulta un estudio radiográfico panorámico, donde se observó una imagen radiolúcida en relación con la corona del diente

36 no erupcionado aún. Según cronología de brote dentario y teniendo en cuenta la edad del paciente no correspondía en ese momento.

Dicha imagen se extendía desde las inmediaciones distales de los dientes 75 y 34 incluido hasta la región mesial del diente 37, igualmente incluido. El diente 36 mostraba una formación del primer tercio apical. (Fig. 2).



Fig. 2. Radiografia panorámica inicial

Evaluación diagnóstica

Tras haber realizado una exploración clínica y radiográfica del caso, fueron planteados los posibles diagnósticos de Quiste dentígero y de Queratoquiste mandibulares, que por supuesto, serían corroborados o descartados con el estudio histopatológico posterior a la excéresis de la lesión quirúrgicamente.

En esta consulta se decidió indicar estudios preoperatorios de laboratorios para planificar la intervención quirúrgica, que teniendo en consideración la edad del paciente debe ser realizada bajo anestesia general, por lo cual debía realizarse posteriormente consulta con Anestesiología.

Resultados de exámenes de laboratorio:

Hemoglobina: 125 g/L

Hematocrito: 0.40

Tiempo de sangramiento: 2 minutos.

Tiempo de coagulación: 5 minutos.

Conteo de plaquetas: 280 x 10^9/L

Intervención terapéutica

Pasada una semana de haber visto al paciente en consulta externa y con la obtención de los resultados de exámenes indicados, se decidió anunciar la enucleación de la lesión quística, la exéresis del diente causal y el llenado de la cavidad resultante con biomaterial (APATOS) de origen heterólogo, con características similares al hueso humano mineralizado para favorecer la regeneración ósea. Se realizó 24 horas antes, la consulta con la Especialidad de Anestesiología y Reanimación, no detectándose inconvenientes para realizar el proceder quirúrgico como estaba previsto bajo anestesia general con intubación, en este caso naso traqueal.

Durante la intervención, luego de exponer la lesión quística (Fig. 3) y realizar la enucleación del mismo, y exéresis del diente causal (diente 36), se decidió, además realizar la exodoncia del diente 75 por estar su raíz distal en estrecha relación con el proceso quístico. (Fig 4). La pieza quirúrgica extraída fue enviada al Departamento de Anatomía Patológica, para su análisis histológico. Fue preparado el biomaterial (APATOS), mezclando con plasma extraído del propio paciente y se colocó en la cavidad quística

posterior a la toilette de la misma.

La recuperación postoperatoria inmediata del paciente fue satisfactoria. Se decidió su permanencia en sala de hospitalización durante 24 horas.



Fig. 3. Exposición del quiste.



Fig. 4. A la izquierda: diente 75. A la derecha: diente 36 y lesión quística.

Resultado de examen histológico

Pasados siete días del proceder quirúrgico el Departamento de Patología emite el informe de

biopsia siguiente:

(B/1031/2019): diagnóstico: Quiste dentígero.

Seguimiento

Este paciente ha estado en seguimiento en consulta externa de Cirugía Maxilofacial durante un año, realizándose los chequeos radiográficos periódicos pertinentes, a los 3, 6 y 12 meses respectivamente como se puede ver en las figuras 5, 6 y 7.

Pasado este año se puede ver la recuperación total de la zona intervenida y desde el punto vista clínico el niño está bien, desempeñándose en sus actividades diarias sin ninguna dificultad.



Fig. 5. Colocación del biomaterial APATOS para rellenar la cavidad quística.



Fig. 6 Radiografia panorámica postoperatoria a los 6 meses.



Fig. 7. Radiografia panorámica un año después.

DISCUSIÓN

El QD es el segundo tipo más común de quiste odontogénico, comprendiendo cerca del 20% de todos los quistes encontrados en los maxilares. Su origen está relacionado con acúmulo de líquido entre el epitelio reducido del órgano del esmalte de la corona de un diente no brotado.[3, 4]

La etiopatogénesis de esa lesión aún no es clara. Sin embargo, algunos autores sugieren que procesos inflamatorios locales pueden estar asociados al origen del quiste. Radiográficamente, el QD se manifiesta como un

área radiolúcida unilocular bien definida asociada a la corona de un diente no erupcionado, como pudo ser visto en el caso que nos ocupó y que se presenta en esta ocasión donde la lesión quística estaba en estrecha relación con el diente 36 no brotado.

Existen varias teorías que tratan de explicar el origen de un QD, una de ellas plantea que se origina después que la corona del diente terminó su formación y se produce acumulación del líquido entre el órgano del esmalte y la corona del diente.[5] El acúmulo del fluido parece ser resultado de la presión ejercida por el diente en erupción en el folículo pericoronario (epitelio reducido del órgano del esmalte), obstruyendo así el flujo venoso y generando el acumulo de líquidos y formación cística.

Existe también la hipótesis de que el quiste dentígero se desenvuelva a partir de la proliferación de células del folículo luego de la erupción impedida. Esa proliferación celular resulta en un aumento de la tensión osmótica, y consecuentemente, ocurre la formación del quiste dentígero. Otra hipótesis para la etiopatogénesis del QD es la inflamación periapical proveniente de dientes deciduos no vitales. El proceso inflamatorio periapical estimularía el folículo del diente permanente no erupcionado, lo que resultaría en la formación del quiste dentígero.[3] En este caso en cuestión no fue posible establecer una hipótesis particular en cuanto a la posible patogénesis de la lesión tratada.

Clínicamente se presenta asociado a un diente incluido,[6] y en este reporte sucedió exactamente de esta forma. Los dientes más afectados por esta patología son terceros molares inferiores, caninos y premolares inferiores,[6] hecho que difiere de los que observamos en este caso, donde el diente asociado al quiste fue el primer molar.

Algunos autores sugieren que esta condición es más común en la segunda y tercera década de vida, siendo considerada una patología rara en niños.[3] Según la literatura, suele ocurrir en el maxilar, hecho que difiere con lo reportado en el presente caso donde la lesión quística se presentó en la mandíbula. Sin embargo, se coincide con lo reportado en cuanto al sexo, siendo más común en el masculino.[7, 8]

Los QD suelen ser un hallazgo en la mayor parte de los casos, que por lo general su descubrimiento suele ser accidental en la detección de fallas de erupción.[2] Sin embargo, en el paciente reportado en este trabajo se presentó un aumento de volumen que motivó la consulta. Por otro lado, pueden presentar crecimiento lento, ser asintomáticos, o causar destrucción ósea, resultando en dolor y exudaciones.[9]

Una de las variantes terapéuticas, consiste en la enucleación en un mismo acto quirúrgico, con el objetivo de legrar la cavidad con eliminación total de la cápsula quística y retirar el diente implicado para evitar recidivas. Cuando alcanzan gran tamaño se pueden intervenir por técnicas descompresivas (marsupialización), para reducir su volumen paulatinamente hasta un segundo tiempo quirúrgico en que se elimine la cápsula.[10]

En el caso de adolescentes, con un desarrollo casi completo de la estructura dentaria y una posición no muy anómala, se tiende a un tratamiento más conservador para intentar preservar el diente, mediante separación del revestimiento quístico o mediante descompresión primaria y, una vez que haya disminuido el tamaño de la lesión, extirpación de ésta.[11]

El paciente evolucionó satisfactoriamente. Días después fue dado de alta.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses

Contribuciones de los autores:

Conceptualización: Disney Tablada Peralta

Análisis formal: Leonardo R. Atienza Lois, Disney Tablada Peralta

Investigación: Gretel Rivas Pérez

Metodología: Disney Tablada Peralta

Supervisión: Gretel Rivas Pérez, Disney Tablada Peralta

Visualización: Leonardo R. Atienza Lois

Redacción – borrador original: Disney Tablada Peralta, Gretel Rivas Pérez

Redacción – revisión y edición:. Disney Tablada Peralta, Leonardo R. Atienza Lois

Financiación:

No existe.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Spirit RG, Bordino L, Cruz D, Fitz Maurice M, Martins A, Michalski J. Quiste dentígero. Reporte de un caso. Rev Argent Pediatr [revista en Internet]. 2016 [cited 22 Oct 2020] ; 114 (5): [aprox. 13p]. Available from: http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1782/428.

2. Morales Navarro D, Sánchez Acuña G, Rodríguez Lay L. Presentación clínica atípica de un quiste dentígero. Rev Cub Estomatol [revista en Internet]. 2009 [cited 22 Oct 2020] ; 46 (4): [aprox. 9p]. Available from: http://scielo.sld.cu/pdf/est/v46n4/est13409.pdf.

3. De Sousa Feitosa FA, Simiao Figueiredo A, Carvalho de Oliveira Santos C, Chávez González A, Goncalves Vieira R, Fonseca Silva T. Quiste dentígero en niños. Rev Odontop Latinoam [revista en Internet]. 2016 [cited 22 Oct 2020] ; 6 (1): [aprox. 9p]. Available from: https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/83.

4. Hu YH, Chang Y, Tsai A. Conservative treatment of dentigerous cyst associated with primary teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod [revista en Internet]. 2011 [cited 22 Oct 2020] ; 112 (6): [aprox. 7p]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21689955/.

5. Lima ENA, Maia CADM, Gurgel AC, Oliveira PT, Medeiros AMC. Conservative management of dentigerous cyst in a child. Int J Pediatr Otorhinolaryngol [revista en Internet]. 2013 [cited 22 Oct 2020] ; 8: [aprox. 4p]. Available from: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/21823/1/Conservative_management_of_dentigerous_2013.pdf.

6. Pramod DSR, Shukla JV. Dentigerous cyst of maxilla in a young child. Natl J Maxillofac Surg [revista en Internet]. 2017 [cited 22 Oct 2020] ; 24: [aprox. 7p]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3343404/.

7. Morales Navarro D, Díaz Ramos AG. Quiste dentígero en tercer molar mandibular en posición invertida. Rev Cub Estomatol [revista en Internet]. 2018 [cited 22 Oct 2020] ; 18 (3): [aprox. 10p]. Available from: http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1782.

8. Fundora Moreno DA, Rodríguez Corbo AA, Corbo Rodríguez MT, Labrador Falero DM. Caracterización de pacientes intervenidos por retención dentaria en Pinar del Río, 2017-2018. Inmedsur [revista en Internet]. 2020 [cited 22 Oct 2020] ; 3 (1): [aprox. 7p]. Available from: http://www.inmedsur.cfg.sld.cu/index.php/inmedsur/article/view/55.

9. Figueiredo Deana N, Alves N. Cone Beam CT in Diagnosis and Surgical Planning of Dentigerous Cyst. Case Rep Dent [revista en Internet]. 2017 [cited 22 Oct 2020] ; 2017: [aprox. 7p]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5331280/.

10. 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 [revista en Internet]. 2017 [cited 22 Oct 2020] ; 16 (4): [aprox. 7p]. Available from: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2017000400012&lng=es&nrm=iso.

11. Fundora Moreno DA, Rodríguez Corbo AA, Corbo Rodríguez MT. Quiste dentígero asociado a tercer molar retenido en el seno maxilar. Univ Méd Pinareña [revista en Internet]. 2020 [cited 22 Oct 2020] ; 16 (2): [aprox. 7p]. Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2020/ump202o.pdf.