

## Quiste dentígero en tercer molar mandibular en posición invertida

### Dentigerous cyst in an inverted mandibular third molar

Denia Morales Navarro,<sup>I</sup> Antonio Gaspar Díaz Ramos<sup>II</sup>

<sup>I</sup> Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.

<sup>II</sup> Hospital "Leopoldito Martínez". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Mayabeque, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** la erupción es un proceso complejo y, debido a esto pueden aparecer fallas en él.

**Objetivo:** presentar un caso clínico de un quiste dentígero en un tercer molar mandibular invertido.

**Caso clínico:** paciente masculino de 36 años de edad, quien refiere haber asistido a una clínica estomatológica por molestias en la región mandibular derecha y que al realizársele una ortopantomografía, se detecta la presencia del 48 retenido, por lo que es remitido. Al examen físico bucal se detecta ausencia clínica del 48 con expansión de la tabla vertibular en la zona. Al observarse la ortopantomografía se aprecia en la zona de molares derechos reabsorción radicular en el 47, con 48 en posición invertida y una imagen radiolúcida de límites bien definidos en relación con la corona del 48. Se realiza, bajo anestesia local, la exéresis del 47, 48 y la lesión responsable de la imagen radiolúcida mandibular mediante curetaje. Se indica el estudio histopatológico de la lesión, que indica la presencia de un quiste dentígero. El paciente mostró buena evolución posoperatoria.

**Conclusiones:** lo inusual de la presencia de un quiste dentígero, como complicación de la retención dentaria, en un tercer molar mandibular invertido, permitió valerse de los beneficios de estudios imaginológicos digitales y del método clínico para crear un plan de tratamiento que desencadenó en la exéresis exitosa, sin complicaciones transoperatorias, de los dientes y la lesión asociada.

**Palabras clave:** diente no erupcionado; quiste dentígero; quistes óseos; mandíbula.

## ABSTRACT

**Introduction:** tooth eruption is a complex process and due to this complexity flaws may appear in it.

**Objective:** present a clinical case of a dentigerous cyst in an inverted mandibular third molar.

**Clinical case:** a male 36-year-old patient reports having visited a dental clinic for discomfort in the right mandibular region. Orthopantomography was indicated which revealed that tooth 48 was retained; the patient was therefore referred. Clinical oral examination detected the absence of tooth 48 and an expanded vestibular table in the area. The orthopantomograph showed root resorption of tooth 47 in the area of the right molars, with 48 in an inverted position and a radiolucent image of clear-cut boundaries in relation to the crown of 48. Exeresis of 47 and 48 was performed under local anesthesia, and the lesion responsible for the mandibular radiolucent image was removed by curettage. Histopathological examination of the lesion was indicated, revealing the presence of a dentigerous cyst. Postoperative evolution was satisfactory.

**Conclusions:** the infrequent presence of a dentigerous cyst as a complication of dental retention in an inverted mandibular third molar prompted the use of the benefits offered by digital imaging studies and the clinical method to develop a treatment plan leading to successful exeresis of the teeth involved and the associated lesion, without any perioperative complications.

**Keywords:** unerupted tooth; dentigerous cyst; bone cysts; mandible.

---

## INTRODUCCIÓN

La erupción es un proceso complejo y, debido a esto pueden aparecer fallas como retraso e impactación dentaria. La incidencia de la retención dentaria es variable en diferentes poblaciones y grupos étnicos. Las complicaciones asociadas con la impactación pueden transitar desde problemas simples hasta graves que amenacen la vida. Dentro de las complicaciones más comunes de la impactación están el espacio folicular hiperplásico, el quiste dentígero y el queratoquiste odontogénico.<sup>1</sup>

El tercer molar mandibular representa de 20-30 % de las impactaciones. En ello influyen el espacio limitado de erupción o las barreras en su trayectoria que tienden a desplazarlo de su región fisiológica de erupción.<sup>2</sup>

La extracción de terceros molares es uno de los procedimientos que con más frecuencia se realiza, y es necesario cuando no hay suficiente espacio para la erupción de estos dientes, cuando están mal posicionados, entre otras situaciones.<sup>3</sup>

La presencia de un quiste dentígero, como complicación de la retención dentaria de tipo quística, asociado a un tercer molar mandibular invertido, es una situación clínica poco frecuente, por lo que surgió la motivación de presentar un caso en el cual se encontró esta combinación.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Acude a consulta externa del Hospital Universitario "General Calixto García" un paciente masculino de 36 años de edad, quien refiere haber acudido a una clínica estomatológica por molestias en la región mandibular derecha y que al realizársele una ortopantomografía, se detecta la presencia del 48 retenido, por lo que es remitido a la Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". Al examen físico bucal se detecta la presencia de una obturación temporal oclusal en el 37 y ausencia clínica del 48 con expansión de la tabla vertibular en la zona. Al observarse la ortopantomografía digital se aprecia retención dentaria del 18 y 38, mientras en la zona de molares derechos se detectan signos de reabsorción radicular en el 47, más evidentes en la raíz distal, con la presencia del 48 en posición invertida y una imagen radiolúcida de límites bien definidos en relación con la corona del 48 y que abarca las raíces del 47, en estrecha relación con el conducto dentario mandibular, sin afectar la integridad del hueso basal (Fig. 1).



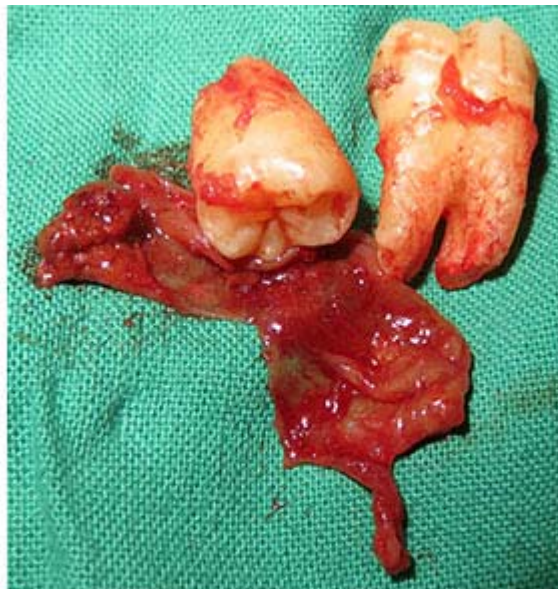
**Fig. 1.** Ortopantomografía digital preoperatoria. Nótese la presencia de imagen radiolúcida asociada al 48 retenido invertido.

Se realizó diagnóstico diferencial con los demás quistes odontogénicos, otros quistes de los maxilares, con neoplasias odontogénicas como el ameloblastoma y el tumor odontogénico adenomatoide, entre otros. Para llegar al diagnóstico definitivo se estableció la necesidad del estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

Se realizó prueba de vitalidad del 47, que informó ausencia de esta, y se decide obtener hemoquímica preoperatoria. Se realiza, bajo anestesia local en salón de cirugía ambulatoria del centro, la exéresis del 47 (Fig. 2), 48 y de la lesión responsable de la imagen radiolúcida mandibular mediante curetaje (Fig. 3). Se constató en el transoperatorio la perforación de la cortical lingual de la zona por la lesión quística.



**Fig. 2.** Imagen transoperatoria. Luego de la exodoncia del 47 se aprecia parte de la región radicular del 48.



**Fig. 3.** Pieza quirúrgica conformada por el 47, 48 y la lesión quística. Nótese la reabsorción apical del 47.

Se indica el estudio histopatológico de la lesión, que indica la presencia de un quiste dentígero. Al paciente se le indicó dieta blanda, para prevenir la fractura patológica mandibular, más otras medidas habituales, y mostró buena evolución en el chequeo postoperatorio hasta su alta de seguimiento por consulta externa.

## DISCUSIÓN

Según *Hu*,<sup>4</sup> los dientes impactados se encuentran con mayor frecuencia en los terceros molares mandibulares y conducen a enfermedades clínicas que incluyen pericoronitis, daño a los dientes adyacentes y trastornos temporomandibulares. La impactación también es una causa potencial de quistes y neoplasias odontogénicas. *Ghaeminia*<sup>5</sup> agrega que pueden estar asociados con cambios patológicos, como

reabsorción de raíces, enfermedad de las encías y de los huesos alveolares (periodontitis), caries y el desarrollo de quistes y tumores. El caso clínico presentado coincide en sus características con lo anteriormente referido, pues se trata de una complicación de la retención dentaria quística de un tercer molar mandibular, en la que concommita una reabsorción radicular del 47 con pérdida de la vitalidad de este, en este caso no por la impactación dentaria, sino por el crecimiento quístico.

En relación con el eje largo del diente adyacente, para *Ye*,<sup>6</sup> los terceros molares se pueden clasificar en función de la angulación: disto-angular, vertical, mesio-angular, horizontal e invertido. *Hu*<sup>4</sup> considera que entre los muchos tipos de impactación del tercer molar mandibular, los dientes horizontales y mesioangulares son los más difíciles de extraer, independientemente de los casos excepcionales. Mientras que *Ye*<sup>6</sup> agrega que los terceros molares mandibulares horizontales suelen tener una impactación profunda y más difíciles de extraer debido a la gran resistencia ósea coronal, del diente adyacente, proximidad al canal alveolar inferior y riesgo de fractura debido a la impactación profunda. Independientemente de lo expuesto por los autores, la exéresis de un tercer retenido en posición invertida, como la del caso presentado, supone un alto grado de dificultad técnica por la suma de elementos brindados por los autores y por encontrarse mayor retención en la profundidad ósea, al ser la corona más ancha que la región apical en un molar de raíces fusionadas, como el del caso presentado.

Coincidimos con *Ferreira de Andrade*<sup>7</sup> en que el procedimiento quirúrgico apropiado debe determinarse sobre la base de los hallazgos de los exámenes preoperatorios que evalúan la morfología del tercer molar y sus relaciones con las estructuras adyacentes.

Los quistes de los maxilares constituyen un conjunto variado de entidades de origen odontogénico y no odontogénico, benignos y malignos. Los odontogénicos representan, aproximadamente, el 35 % de los quistes de los maxilares.<sup>8</sup> *Villasis-Sarmiento*<sup>9</sup> los define como cavidades patológicas, revestidas con epitelio odontogénico, que aparecen en los maxilares y esporádicamente en los tejidos blandos bucales, principalmente las encías.

Para *Dhupar*<sup>10</sup> los quistes dentígeros o foliculares son los quistes odontogénicos de desarrollo más comunes de la mandíbula; mientras que *Figueiredo Deana*<sup>11</sup> considera que son el segundo tipo de quiste dental más común y el más frecuente en el desarrollo mandibular. *Tays*<sup>12</sup> expone que son las lesiones más comunes de todos los quistes odontogénicos del desarrollo, representan aproximadamente el 24 % de todos los quistes de la mandíbula. Para *Nagori*<sup>13</sup> la mayoría de ellos están asociados con terceros molares mandibulares, seguidos por terceros molares maxilares y caninos, lo que coincide en la primera situación con el caso clínico. *Ferreira de Carvalho*<sup>14</sup> expresa que constituye el segundo quiste odontogénico más común, con una incidencia de aproximadamente el 24 % entre todos los quistes verdaderos del maxilar, mientras para *Sarracent Valdés*<sup>15</sup> es el más común de los quistes maxilares después del radicular, que representa el 20 a 24 % de todos los quistes epiteliales.

*Dhupar*<sup>10</sup> y *Spini*<sup>16</sup> explican que el quiste dentígero generalmente ocurre en la segunda y tercera décadas de la vida, idea que reafirma *Ferreira de Carvalho*<sup>14</sup> quien agrega que algunos lo informan en la quinta década. *Sarracent Valdés*<sup>15</sup> considera que es más frecuente en hombres que en mujeres y afectan en el 70 % a la mandíbula y en 30 % al maxilar. El caso clínico presentado no coincide con el rango de edades en que es más frecuente esta entidad, dado que el paciente estaba en su cuarta década de la vida, aunque si se observó el comportamiento habitual según sexo y hueso más afectado.



Desde el punto de vista clínico, para *Figueiredo Deana*,<sup>11</sup> los quistes dentígenos son generalmente asintomáticos, de crecimiento lento. Sin embargo, pueden crecer lo suficiente como para causar la destrucción del hueso cortical, lo que resulta en fluctuaciones, dolor espontáneo y exudación, que son signos de inflamación aguda alrededor de los márgenes del quiste.<sup>11</sup> También pueden producir gran reabsorción radicular de los dientes adyacentes,<sup>17</sup> como en el caso clínico. *Ferreira de Carvalho*<sup>14</sup> expone que la gran mayoría se descubre accidentalmente cuando se toman radiografías para investigar una falla de erupción o un diente mal posicionado. En el caso presentado el paciente acudió al servicio estomatológico refiriendo "molestias" en la zona retromolar, por lo que dejó de estar asintomático, motivo por el cual fue realizado el estudio imaginológico que definió su remisión al segundo nivel de atención.

El tratamiento de un quiste dentífero, según *Abu-Mostafa*<sup>18</sup> incluye enucleación o marsupialización. La enucleación es la modalidad de tratamiento que incluye la eliminación completa del revestimiento quístico y la extracción del diente afectado. Este tipo de tratamiento está indicado cuando el quiste rodea un diente supernumerario o si no se espera que el diente asociado al quiste erupcione espontáneamente o por extrusión. La marsupialización es una intervención quirúrgica conservadora que disminuye gradualmente el tamaño del quiste. El procedimiento implica hacer una ventana en la pared quística por incisión, evacuación del contenido del quiste y sutura del revestimiento a la mucosa bucal. Tiene ventajas para promover la erupción del diente asociado al quiste 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*. Para *Gurler*<sup>19</sup> el tratamiento conservador de los quistes maxilares establece un bajo riesgo de complicaciones quirúrgicas y protege las estructuras anatómicas vitales, como el nervio alveolar inferior, el seno maxilar y los gérmenes dentales permanentes. En el caso clínico se optó por la variante de la enucleación, dado que el quiste estaba en relación con un diente sin posibilidades eruptivas (48) y tenía un tamaño y ubicación que permitía la eliminación total de la lesión.

Para *Ye*,<sup>20</sup> la odontosección, en el momento de la extracción del tercer molar podría ayudar a liberar la resistencia del diente adyacente. Sin embargo, la fuerza inapropiada del corte dentario puede conducir un daño del nervio alveolar inferior o fractura mandibular. En el caso presentado no fue necesaria la realización de odontosección para la exéresis del 48 y en el postoperatorio no fueron detectados signos de daño al nervio alveolar inferior o de fractura mandibular.

Lo inusual de la asociación clínica de un quiste dentífero, como complicación de la retención dentaria, a un tercer molar mandibular invertido, permitió valerse de los beneficios de estudios imaginológicos digitales y del método clínico para crear un plan de tratamiento que desencadenó en la exéresis exitosa, sin complicaciones transoperatorias de los dientes y la lesión asociada.

## 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.* 2015;36(8):973-9.
2. Wu Y, Song Y, Huang R, Hu J, He X, Wang Y, et al. Comprehensive analysis of ectopic mandibular third molar: a rare clinical entity revisited. *Head Face Med.* 2017;13:24.

3. Ferreira de Andrade P, Nogueira Silva JN, Sotto-Maior BS, Ribeiro CG, Lopes Devito K, Souza Picorelli Assis NM. Three-dimensional analysis of impacted maxillary third molars: A cone-beam computed tomographic study of the position and depth of impaction. *Imaging Sci Dent.* 2017;47(3):149-55.
4. Hu T, Zhang J, Ma J, Shao L, Gu Y, Li D, et al. A novel method in the removal of impacted mandibular third molar: buccal drainage. *Sci Rep.* 2017;7:12602.
5. Ghaemina H, Perry J, Nienhuijs ME, Toedtling V, Tummers M, Hoppenreijts TJ, et al. Surgical removal versus retention for the management of asymptomatic disease-free impacted wisdom teeth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(8):CD003879.
6. Ye ZX, Yang C. Mesiolingual root rotation for horizontal mandibular third molar extraction: position classification and surgical simulation. *Sci Rep.* 2017;7:14405.
7. Ferreira de Andrade P, Nogueira Silva JN, Sotto-Maior BS, Ribeiro CG, Lopes Devito K, Souza Picorelli Assis NM. Three-dimensional analysis of impacted maxillary third molars: A cone-beam computed tomographic study of the position and depth of impaction. *Imaging Sci Dent.* 2017;47(3):149-55.
8. Spini RG, Bordino L, Cruz D, Fitz Mauricea MA, Martins A, Michalski J. Quiste dentígero. Reporte de un caso. *Arch Argent Pediatr.* 2016;114(5):e338-e342.
9. Villasis-Sarmiento L, Portilla-Robertson J, Melendez-Ocampo A, Gaitan-Cepeda LA, Leyva-Huerta ER. Prevalence and distribution of odontogenic cysts in a Mexican sample. A 753 cases study. *J Clin Exp Dent.* 2017;9(4):e531-e538.
10. Dhupar A, Yadav S, Dhupar V, Mittal HC, Malik S, Rana P. Bi-maxillary dentigerous cyst in a non-syndromic child - review of literature with a case presentation. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg.* 2017;118(1):45-8.
11. Figueiredo Deana N, Alves N. Cone Beam CT in Diagnosis and Surgical Planning of Dentigerous Cyst. *Case Rep Dent.* 2017;2017:7956041.
12. 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.* 2016;50(3):51-6.
13. Nagori SA, Jose A, Bhutia O, Roychoudhury A. Large pediatric maxillary dentigerous cysts presenting with sinonasal and orbital symptoms: A case series. *Ear Nose Throat J.* 2017;96(4-5):E29-E34.
14. Ferreira de Carvalho IK, Barbosa Luna AH. Spontaneous Eruption of Premolar Associated with a Dentigerous Cyst. *Case Rep Dent.* 2016;2016:5323978.
15. 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 22 Dic 2017];16(4). Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2017000400012&lng=es&nrm=iso](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000400012&lng=es&nrm=iso)
16. Spini RG, Bordino L, Cruz D, Fitz Mauricea MA, Martins A, Michalski J. Quiste dentígero. Reporte de un caso. *Arch Argent Pediatr.* 2016;114(5):e338-e342.

17. Gbenou Morgan Y, Vergara Piedra LP. Quiste dentígero en la "llave de la oclusión". A propósito de un caso. Rev haban cienc méd. [Internet] 2016 (citado 22 Dic 2017);15(4). Disponible en:  
[http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2016000400010&lng=es&nrm=iso](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000400010&lng=es&nrm=iso)
18. Abu-Mostafa N, Abbasi A. Marsupialization of a large dentigerous cyst in the mandible with orthodontic extrusion of three impacted teeth. A case report. J Clin Exp Dent. 2017;9(9):e1162-e1166.
19. Gurler G, Yilmaz S, Delilbasi C, Dilaver E, Yuzbasioglu E, Patir-Muneveroglu A. Conservative surgical treatment of the jaw cysts in children: Case study of five patients. Niger J Clin Pract. 2017;20(9):1216-20.
20. Ye ZX, Yang C, Ge J. Adjacent tooth trauma in complicated mandibular third molar surgery: Risk degree classification and digital surgical simulation. Sci Rep. 2016;6:39126.

Recibido: 23 de diciembre de 2017.

Aprobado: 22 de abril de 2018.

*Denia Morales Navarro*. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". La Habana, Cuba.  
Correo electrónico: [deniamorales@infomed.sld.cu](mailto:deniamorales@infomed.sld.cu)