

# Un Caso de Quistes Dentígeros Múltiples

Por

Dr. José Luis Esquivel Cooper.\*

Nombre: F. G. R.

Sexo: Masculino

Edad: 13 años

Nació en: San Pedro de Montes de Oca, San José

Fecha de ingreso: 8-10-59.

Fuente de veracidad de la anamnesis: una hermana.

## SINTOMAS Y SIGNOS PRINCIPALES:

Hinchazón del lado derecho de la cara, sin dolor, pérdida de peso.

## ENFERMEDAD ACTUAL:

En agosto de 1959 presentó hinchazón que progresivamente había aumentado de tamaño durante las tres semanas antes del examen sin mucha molestia o dolor, anorexia con ligera pérdida de peso. El examen intraoral revela una inflamación distal a la segunda molar inferior derecha (pericoronitis) sobre la enca suprad-yacente a la tercera molar aun sin eructar, ligero dolor a la presión digital sobre la cortical externa con crepitación a la misma. La tercera molar inferior izquierda, la segunda y terceras molares superiores derechas, la tercera molar superior izquierda e incisivos lateral y canino superiores derechos no aparecen en la arcada dentaria y no hay historia de extracciones previas; el examen radiográfico no revela las piezas sin eructar retenidas dentro del proceso alveolar, las terceras inferiores bien desplazadas hacia los ángulos de la mandíbula, la tercera molar superior derecha dentro de la fosa terigomaxilar muy cerca al seno maxilar, la ter-

\* Jefe de la Cátedra de Cirugía Oral de la Escuela de Odontología, U. de C. R.  
Jefe de Clínica del Servicio Cirugía Oral, Hospital San Juan de Dios.

---

cera molar superior izquierda con desplazamiento hacia el paladar los dos incisivos también con desplazamiento hacia el paladar duro y, todas estas piezas con zonas radiolúcidas características de lesiones quísticas. El examen radiográfico de cráneo, huesos largos y pelvis es reportado normal como así también la REVISION POR SISTEMAS. Los exámenes de laboratorio serológicos de fosfatasas, fósforo y calcio, solamente este último ligeramente elevado. Metabolismo basal — 21.

#### ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre y madre vivos; cinco hermanas, la mayor de 25 y la menos de 16, aparentemente sanas.

#### ANTECEDENTES MORBIDOS:

*Enfermedades exantemáticas.*

#### REVISION POR SISTEMAS:

Sin importancia clínica.

#### HISTORIA PERSONAL:

Estudiante bien alimentado y habita en buenas condiciones de higiene y viste bien.

#### EXAMEN FISICO:

Pulso 82 x min.  
P. A.: 105-60 mmHg.  
Resp.: 20-min.  
Temp.: 37° C. oral.

Paciente consciente, lúcido, bien orientado, cooperador, de apariencia nutricional eficiente, adelgazado, estatura de 1.65 m., piel blanca, seca, con algunos nevi en la cara, conjuntivas normales. Nariz permeable, cráneo normocéfalo, boca (ya descrita), oídos normacusia. Cuello: se aprecian ganglios pequeños en región submaxilar derecha, la tiroides escasamente aumentada de tamaño. Tórax: se aprecian relieves óseos regularmente marcados, con movilidad respiratoria, sonoridad normal. Pulmones: no se escuchan ruidos anormales. Corazón: ritmo regular, tonos de poca intensidad, no se escucha ruidos agregados. Abdomen: piel sin máculas, no se aprecian masas, en palpación cuidadosa no se aprecian ni el borde inferior del hígado ni el bazo. Hígado y bazo no se palpán. Extremidades: adelgadas, escaso pániculo adiposo. Genitales y recto: normales.

---

**EXAMENES DE LABORATORIO: 5-10-59:**

Orina normal.  
 Albúminas: 2,6  
 Globulinas: 2,7  
 VDRL: negativo:  
 Hb: 14 gr%, Leucocitos 11.000, Bas' 0, Eos: 7, Miel: 0.  
 Monoc. 2 Linfoc. 30 Neutróf.: 60.  
 Plaquetas: 200 mil.  
 Hematocrito: 45%  
 T. Coag.: 6 min.  
 T. Sang.: 1½ min.  
 Fosfatasa alcalina: 4 U. B.  
 Fósforo inorgánico: 3,5 mgr%  
 Fosfatasa ácidas: ), 4 U. B.  
 Calcio: 13 mg|100 cc. Colesterol total: 200 mgr%  
 Grupo sanguíneo: 0, Rh positivo.  
 Glicemia 98 mgr|100 cc.  
 Metabolismo basal —21

**PRIMERA OPERACION**

En el mes de agosto de 1959 se llevó a cabo la primera intervención del quiste inferior derecho con anestesia local, carbocafna y neo-cobefrina, practicándose una incisión sobre el reborde de la mandíbula y extendiéndolo sobre el borde gingival de los cuellos de las piezas dentarias hasta el primer premolar para luego levantar un colgajo bien amplio. Se observa la cortical parcialmente destruida y derrame de secreción cremosa y purulenta de color verduzco sumamente fétida. Fue sumamente fácil recortar la papirácea lámina cortical externa con las pinzas Rongeur. La membrana quística junto con la molar fueron del todo extirpadas. El espécimen se fijó en formalina 10% y se envió al laboratorio para biopsia. Se suturó el colgajo dejándose un drenaje de gasa yodoformada dentro de la cavidad, esta fue quitada al tercer día y las puntadas al quinto día. El control radiográfico un año después nos indica una regeneración ósea completa.

**SEGUNDA OPERACION:**

Doce meses después de la primera intervención se intervino la tercera molar inferior izquierda empleándose la misma técnica quirúrgica. Esta vez no aparece comunicación de la cavidad quística con la cavidad oral siendo la cortical bastante densa por lo que se tuvo que cortar con cincel y martillo. La molar se extirpó junto

con la membrana quística en su totalidad dejándose dentro de la cavidad ósea Gel-foam y suturándose la herida con hilo de seda 000. El espécimen fue enviado para biopsia. Al quinto día se le quitaron las puntadas y el post operatorio fue sin novedad. El control radiográfico a los 8 meses de la intervención nos revela reposición ósea del defecto quístico.

#### TERCERA OPERACION:

Veinte meses después se intervino el quiste de la tercera molar superior derecha con anestesia local y la misma técnica quirúrgica que las anteriores practicándose esta vez un colgajo muy amplio desde la parte posterior de la cresta alveolar, alrededor de los cuellos de las molares y terminándose con un corte perpendicular sobre la encía vestibular hacia el surco, lo que nos da una buena exposición de la tuberosidad para ganar acceso a la difícil posición de la pieza retenida. Esta fue extirpada junto con su capsula fibrosa y enviada al laboratorio para biopsia. La herida se suturó con seda 000, las puntadas removidas el quinto día y el post operatorio siguió su curso normal. El control radiológico a los tres meses nos muestra buena deposición progresiva dentro del defecto óseo.

#### CUARTA OPERACION:

Dos meses después de la última intervención se intervinieron los dientes incisivos (lateral y canino superiores derechos), empleándose la misma técnica quirúrgica. Incisión alrededor de los cuellos de los dientes por palatino desde la parte distal del segundo premolar a la parte distal del segundo premolar del lado opuesto. Desprendimiento del colgajo para exponer al paladar duro y remoción ósea sobre las coronas de los dientes los cuales se extirparon junto con la membrana quística la cual fue enviada al laboratorio. Se practicó radiografía de control y las puntadas se removieron al quinto día. El post operatorio no presentó edema por hematoma muy corriente en esta área de la boca.

#### INFORME DE BIOPSIAS

REPORTE: 15-10-59.

Fragmento de molar y 6 trozos de tejido de 8 a 15 mm.

---

**EXAMEN HISTOLOGICO**

Lámina fibrosa en cuyo espesor hay infiltrado de mononucleares en varios focos. Por una de las caras existe revestimiento de epitelio epidermoide.

**REPORTE: 26-8-60.**

Corona de molar rodeada por encía, y membrana sacular en 8 fragmentos de 15, 12 y 8 mm.

**EXAMEN HISTOLOGICO:**

Cavidad revestida por epidermis e implantada sobre una banda de tejido fibroso denso en la que hay infiltración linfoplasmocelular.

**REPORTE: 1-8-61**

Porción de tejido blando café amarillento de 3 x 1 x 1/2 cms.

**EXAMEN HISTOLOGICO:**

Quiste revestido por epitelio epidermoide, con pared fibrosa que muestra pequeñas calcificaciones y zonas de infiltración inflamatoria crónica.

**C O M E N T A R I O**

Un muchacho de trece años de edad con un aumento de volumen de tejido conjuntivo del lado derecho de la cara fue examinado. Un control roentgenológico de las dos primeras operaciones comprobaron una casi completa regeneración del tejido óseo. Sin embargo la tercera y cuarta operación, o sean: quiste del lado derecho superior y quiste alrededor del canino y lateral superiores izquierdos, se pidieron radiografías para control postoperatorio inmediato. Desafortunadamente el paciente no volvió a aparecer para continuar su tratamiento, o sea que la enucleación de otro probable quiste dentífero en el área del tercer molar superior izquierdo no se pudo llevar a cabo, quedando la tendencia, quizá, de la transformación del quiste en un ameloblastoma, o peor aún, en un carcinoma.

**D I S C U S I O N:**

Es de gran significado clínico el hecho de que gran cantidad de ameloblastomas desarrollados en las paredes de los quistes den-

tigeros provenientes del recubrimiento epitelial o de los nidos epiteliales asociados. Esta marcada potencialidad del epitelio se manifiesta también con la corriente frecuencia de la presencia de células individuales de secreción mucosa en la capa escamosa, particularmente en aquellos quistes asociados con terceras molares mandibulares. La disposición de la proliferación neoplásica epitelial en la forma de ameloblastoma es mucho más acentuada en el quiste dentígero que en cualquier otro quiste odontogénico. La formación de dicho tumor se manifiesta como un engrosamiento nodular de la pared quística que raramente es perceptible clínicamente y, por consiguiente, no se debe de dar por satisfecho bueno práctica clínica solamente, sino que es un requisito absoluto que todo tejido de un quiste dentígero sea sometido al examen minucioso, tanto macro como microscópico, por un competente patólogo.

---