

Hallazgos radiológicos de los quistes foliculares o dentígeros.

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: Cristina López Cárceles, Rosa María Collado Jiménez, Patricia Camino Marco, Ángela Fernández López, Maria Isabel Tercero Azorín, Javier Peinado Rodenas

Objetivos Docentes

Revisar los hallazgos radiológicos de los quistes foliculares o dentígeros.

Revisión del tema

Los quistes maxilares se clasifican en odontogénicos (90%) y no odontogénicos. Los odontogénicos se subdividen a su vez en inflamatorios (el más frecuente el quiste radicular) o del desarrollo (el quiste folicular). Los quistes foliculares se manifiestan como un área radioluciente alrededor de la corona de un diente no erupcionado, y suelen presentar un crecimiento lento. Son lesiones expansivas que pueden alcanzar un tamaño considerable, y se dan con más frecuencia en adultos jóvenes. Se originan a partir del epitelio odontogénico formando, alrededor de la corona de un diente no erupcionado o incluido, colecciones líquidas entre el epitelio folicular y la corona del diente (espacio o saco folicular). El tamaño normal de espacio folicular es entre 2-3 mm (fig. 1), por tanto hablaremos de quistes dentígeros cuando el espacio folicular es mayor de 5 mm (Fig. 2 y 3). El quiste debe incluir al diente, es decir, sale de alrededor del diente, rodeando a la corona. La presencia de quistes foliculares múltiples es extremadamente rara y su presencia suele estar en relación con síndromes como la mucopolisacaridosis o displasia cleidocraneal. El tercer molar inferior es el diente con el que más se asocian los quistes foliculares, y los terceros molares superiores y caninos superiores los siguientes en frecuencia. En raras ocasiones (5%) los quistes foliculares pueden malignizar a ameloblastomas.

Los pacientes no suelen presentar dolor, siendo asintomáticos la mayoría de las veces, y por tanto se suelen diagnosticar de forma incidental. La clínica aparecerá en el caso de que se infecten secundariamente o que aumenten de tamaño alcanzando un volumen significativo que produzca deformidad del hueso afectado, desplazamiento de los dientes adyacentes o invasión de senos paranasales (Fig. 4,5,6,7 y 8). Debido a la falta de síntomas específicos, los quistes foliculares pueden diagnosticarse en etapas avanzadas.

La primera prueba de imagen que se debe realizar es la ortopantomografía, porque es accesible y nos da una visualización completa de ambos maxilares y de sus estructuras adyacentes. Sin embargo, si se detecta alguna imagen anormal es necesario completar con otras técnicas de imagen. La Tomografía Computerizada (TC) es útil para la valoración del contenido interno del quiste, para evaluar la integridad de la cortical, y su relación con las estructuras anatómicas adyacentes (Fig.9 y 10). Los quistes foliculares aparecen como lesiones radiolucientes bien delimitadas, de corticales respetadas y uniloculares adyacentes a la corona de un diente incluido. La afectación de la raíz dentaria es muy infrecuente, ya que en la mayoría de los casos se encuentra fuera de la lesión.

La Resonancia Magnética (RM) no suele ser necesaria para el diagnóstico en la mayoría de los casos. El quiste dentígero se verá hiperintenso en T2 e hipo o isointensos en T1, mientras que el diente aparece con señal nula. La presencia de un engrosamiento irregular de la pared, o de componente sólidos, aumenta la probabilidad de que se trate de un ameloblastoma. Los quistes foliculares pueden presentar un tamaño variable y pueden crecer potencialmente alcanzando gran tamaño. Cor lesiones mayores de 2 cm, se puede producir una expansión de la mandíbula y desplazamiento de los dientes adyacentes. E diagnóstico diferencial de los quistes foliculares, sobre todo de los de gran tamaño, debe realizarse con los queratoquistes y ameloblastomas.

El tratamiento va a depender en la mayoría de las ocasiones del tamaño del quiste. En las lesiones de pequeño tamaño se

realizauna quistectomía y extracción del diente impactado a través de una osteotomía, mientras que en las de mayor tamaño puede ser necesario una cirugía extensa donde incluso puede haber resección o estabilización de la mandíbula.

Imágenes en esta sección:

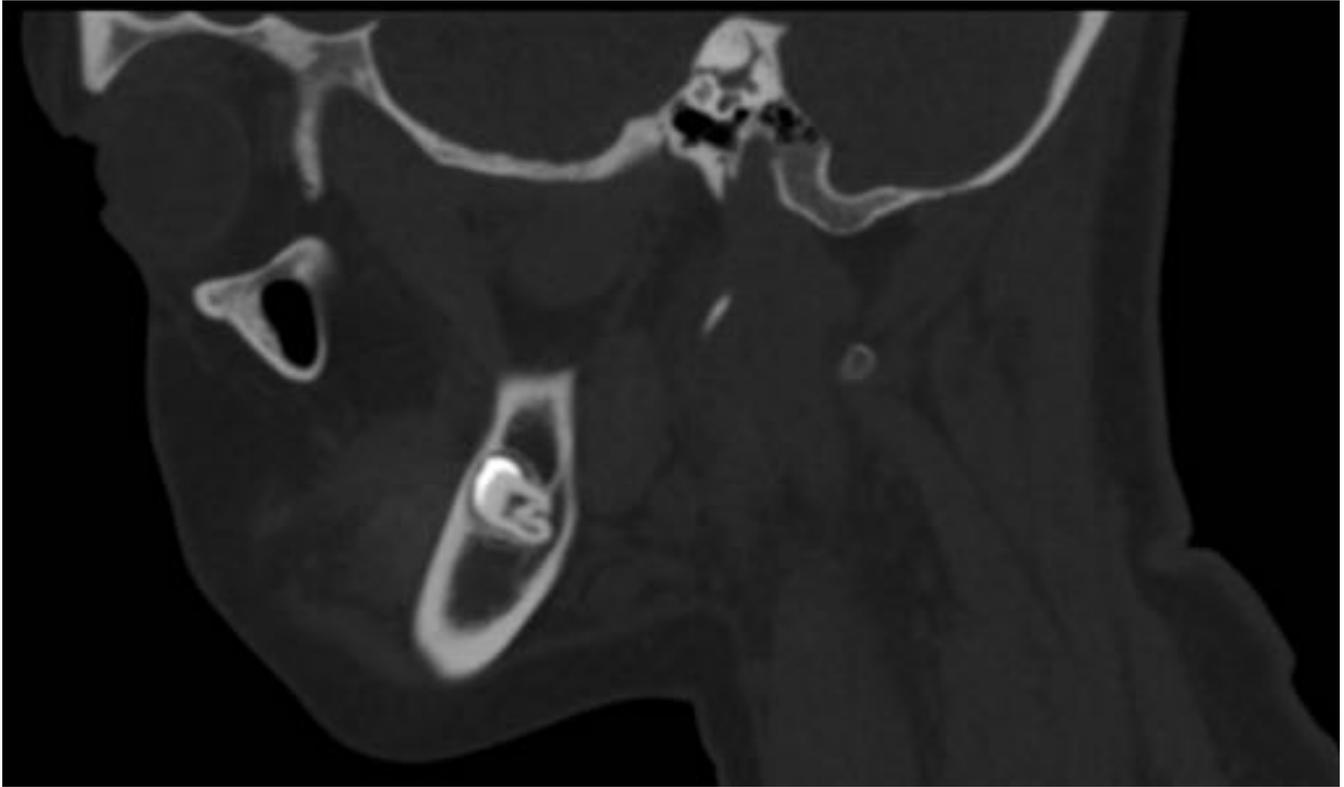


Fig. 1: Imagen de TC corte sagital. Se visualiza un espacio radioluciente menor de 3 mm alrededor de la corona de la pieza dental incluida. Se trata del espacio folicular.



Fig. 2: Pacientes de 27 años, que de forma incidental en la ortopantomografía se visualiza una pieza supernumeraria incluida por debajo de la 44 con imagen rediolucente alrededor, de más de 3 mm, en relación con quiste folicular asociado a la pieza incluida.

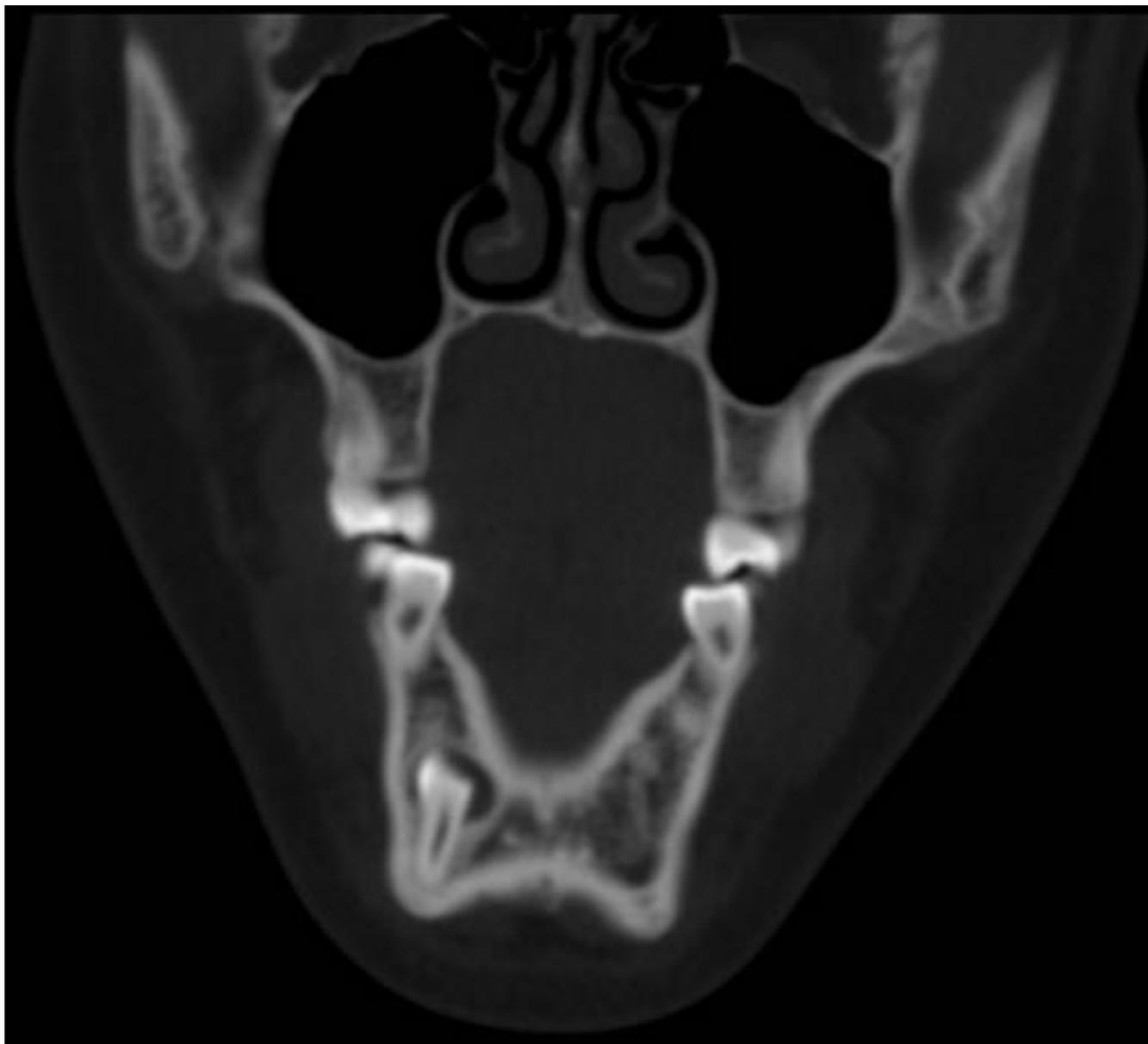


Fig. 3: Reconstrucción coronal de TC que confirma lo descrito en la Fig.2.



Fig. 4: Rx de senos paranasales. Paciente con sinusitis crónica. Se visualiza el seno maxilar derecho con aumento de densidad y con una imagen hiperdensa en su interior



Fig. 5: Paciente con sinusitis crónica. Ortopantomografía confirma que la imagen hiperdensa se corresponde con una pieza dentaria.

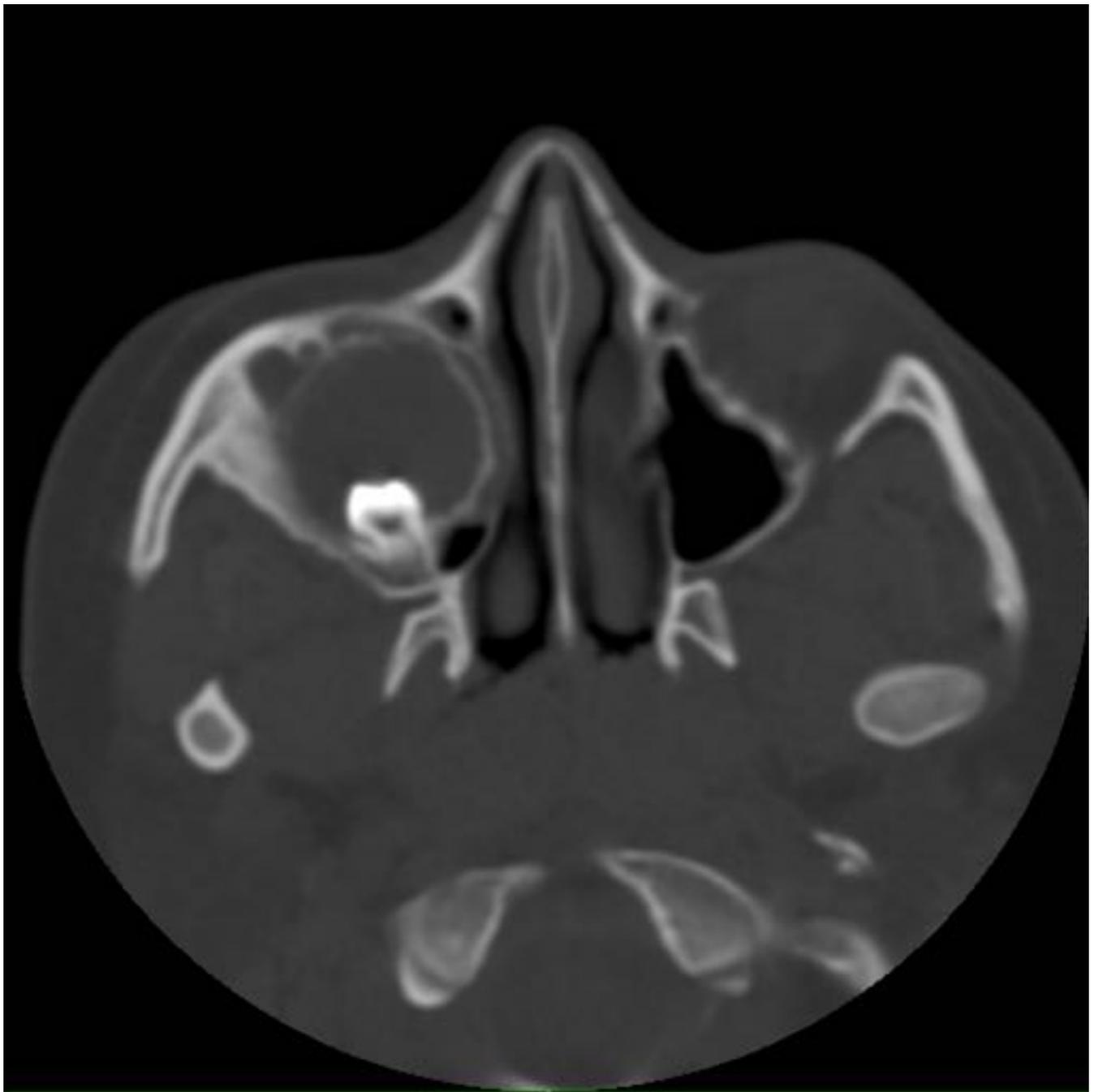


Fig. 6: TC axial. Seno maxilar derecho hiperinsuflado con ocupación por masa quística con pieza 18 incluida en su espesor y con calcificación periférica en la totalidad de la pared.

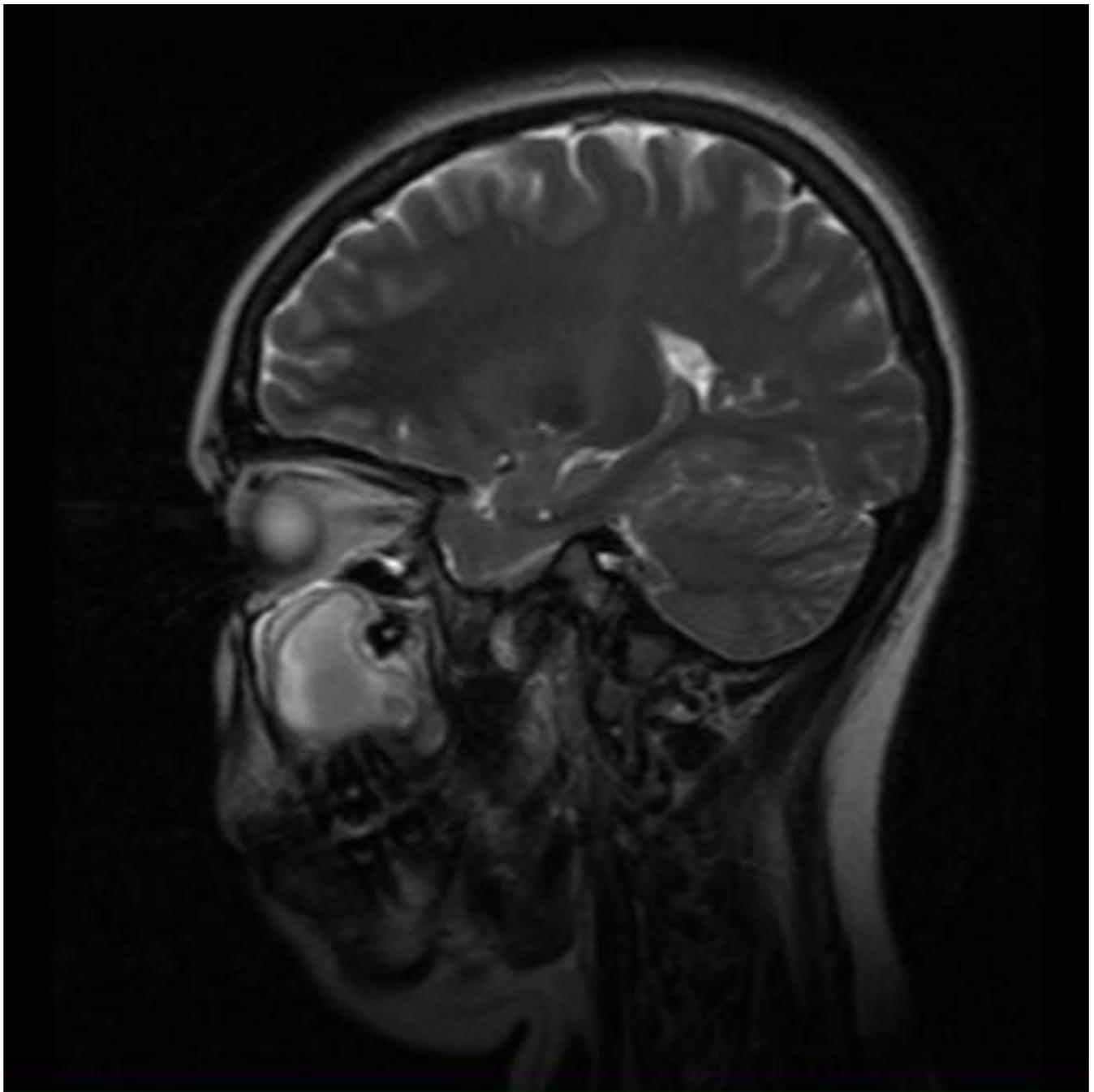


Fig. 7: RM sagital T2. La pieza 18 está incluida y en relación con una lesión quística que depende de la corona de esta pieza, estando las raíces respetadas. Muestra una señal intermedia en T1 y T2 con una pared gruesa y lisa en su parte interna y con una fina calcificación periférica.

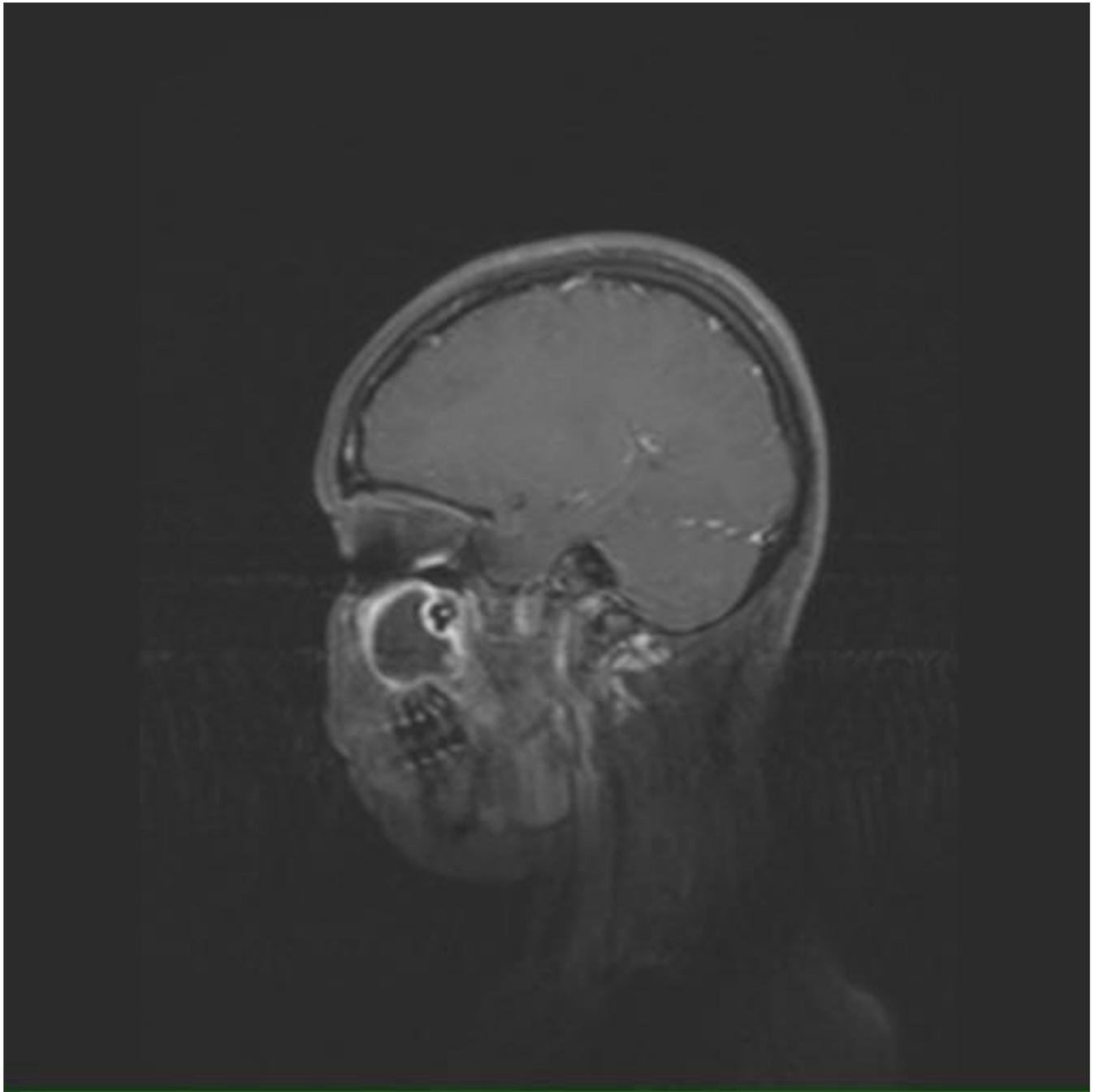


Fig. 8: RM T1 SPIR con Gadolinio. Tras la administración de contraste únicamente capta la periferia de la lesión.

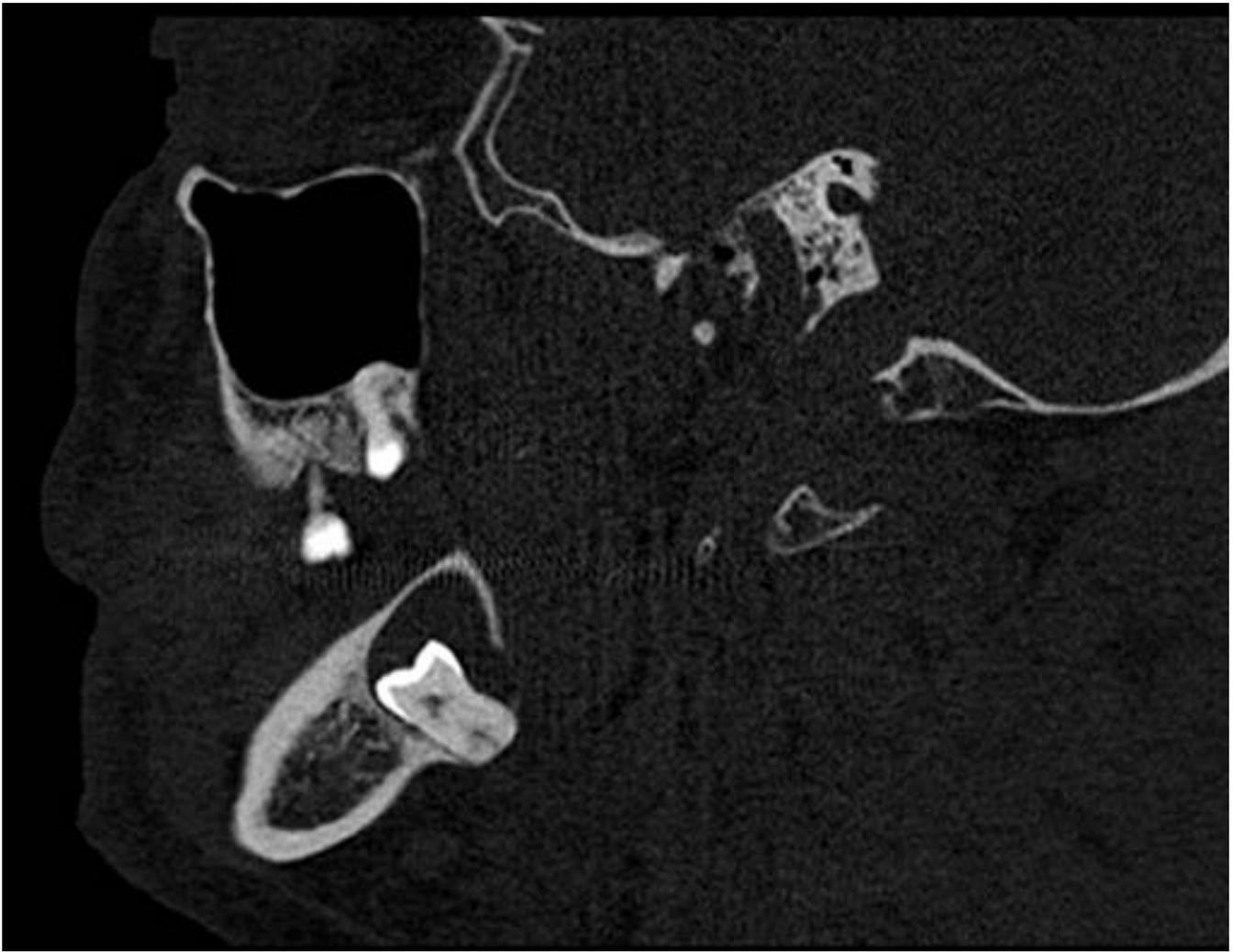


Fig. 9: TC corte sagital. Lesión lítica, unilocular, bien definida alrededor de la corona de la pieza 48, que está incluida y horizontalizada. Es ligeramente insuflante y condiciona adelgazamiento de la cortical lingual, sin solución de continuidad. Hallazgos radiológicos en relación con un quiste folicular.

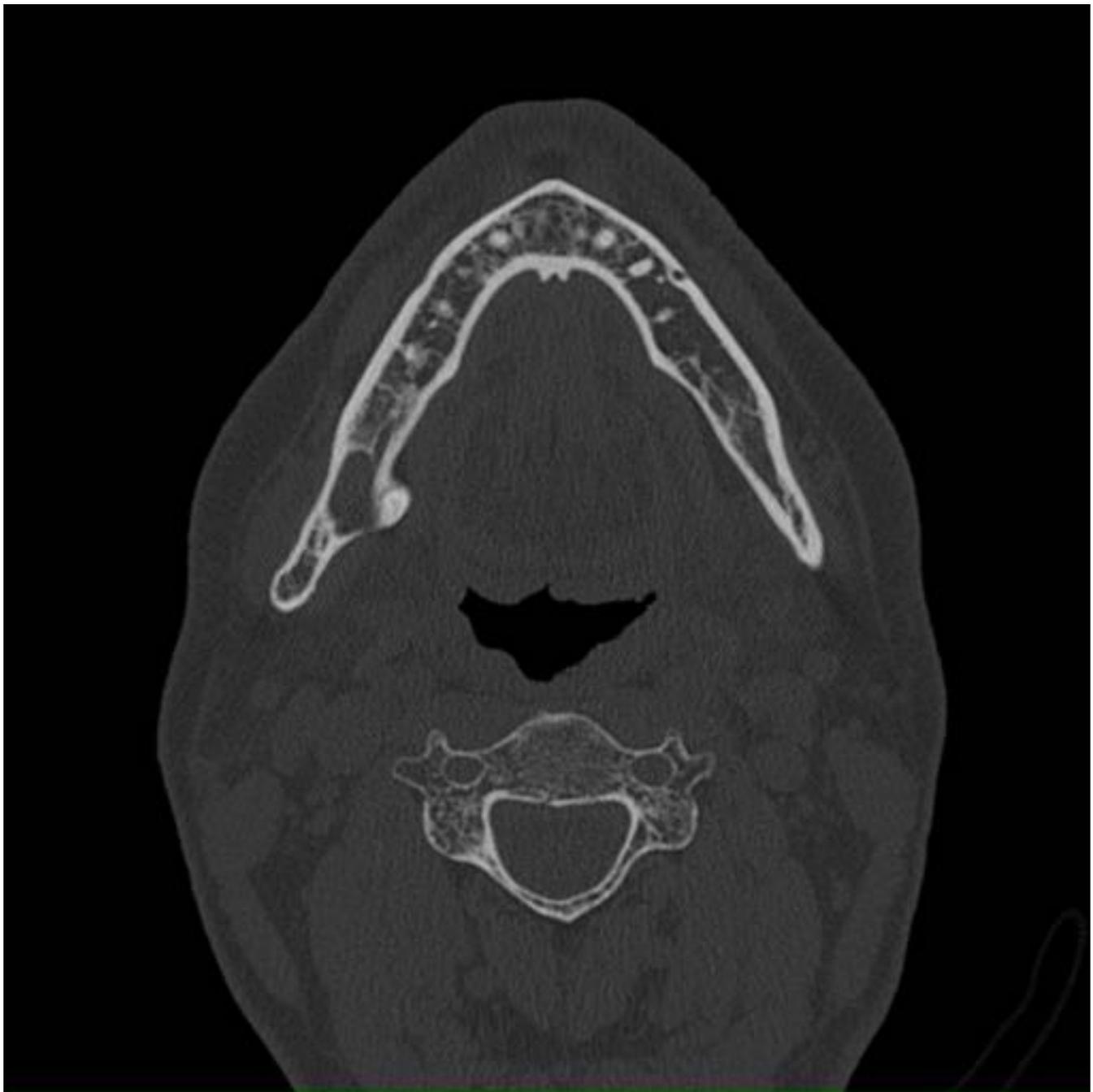


Fig. 10: TC corte axial. Quiste folicular en íntimo contacto con el canal del nervio dentario, que está remodelado/desplazado por la lesión. No matriz interna ni masas de partes blandas asociadas.

Conclusiones

Los quistes foliculares son los segundos quistes odontogénicos más frecuentes, por detrás de los quistes radiculares. Radiológicamente, los quistes foliculares aparecen como lesiones radiolucidas bien delimitadas y uniloculares, con preservación de la cortical ósea, adyacentes a la corona de un diente incluido, lo más frecuente del tercer molar inferior. No se debe confundir un quiste folicular con el pequeño espacio o saco folicular (menor de 3 mm), que es un área de radiolucidez

normal que rodea el diente. Por tanto hablaremos de quiste folicular cuando dicho espacio sea mayor de 5 mm. Se har descrito casos de transformación a ameloblastoma.

Bibliografía / Referencias

1. Scholl RJ, Kellett HM, Neumann DP, Lurie AG. Cysts and cysticlesions of themandible: clinical and radiologic-histopathologicreview. *RadioGraphics* 1999;19(5):1107–1124.
2. Devenney-Cakir B, Subramaniam RM, ReddSM ,Imsande H, Gohel A, Sakai O. Cystic and Cystic-AppearingLesions of theMandible: Review. *AJR*:196, June 2011.
3. Cankurtaran CZ, Barton F., Branstetter IV, Simion I, Chiosea, Leon Barnes, Jr. Best Cases fromthe AFIP Ameloblastoma and DentigerousCystAssociatedwithImpacted Mandibular Third Molar Tooth. *RadioGraphics* 2010 30:1415–1420
4. KouhsoltaniM, Mesgarzadeh AH, Khiavi MM. Mandibular Fracture Associatedwith a DentigerousCyst: Report of a Case and LiteratureReview. *J Dent Res DentClinDentProspects*. 2015 Summer; 9(3): 193–198.
5. Abrahams JJ, Oliverio PJ. Odontogeniccysts: improvedimagingwith a dental CT software program. *AJNR Am J Neuroradiol*. 1993 Mar-Apr;14(2):367-74.
6. Dunfee BL, Sakai O, Pistey R, Gohel A. Radiologic and pathologiccharacteristics of benign and malignantlesions of themandible. *Radiographics*. 2006 Nov-Dec;26(6):1751-68.