



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Reportes de caso

Manejo quirúrgico de quiste dentígero con extensión a seno maxilar izquierdo, una entidad con localización infrecuente: reporte de caso

Surgical management of dentigerous cyst with extension to the left maxillary sinus, an entity with an uncommon location: case report

Carlos Gregorio Torres-Restrepo*, Carolina Mora-Díaz**, Angie Tatiana Ariza-Alvis***, Ludbyn Buitrago-Gómez****.

* Cirujano Maxilofacial, Hospital Militar Central, Profesor Universidad Militar Nueva Granada.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0469-7223>

** Otorrinolaringóloga, Hospital Militar Central, Profesora Universidad Militar Nueva Granada.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2951-5908>

*** Residente tercer año de Otorrinolaringología, Universidad Militar Nueva Granada.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0798-5992>

**** Residente cuarto año de Cirugía Maxilofacial, Universidad Militar Nueva Granada
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6581-4756>

Forma de citar: Torres-Restrepo CG, Mora-Díaz C, Ariza-Alvis AT, Buitrago-Gómez L. Manejo quirúrgico de quiste dentígero con extensión a seno maxilar izquierdo, una entidad con localización infrecuente: reporte de caso. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2025;53(2):176-179. Doi: 10.37076/acorl.v53i2.767

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 27 de junio de 2024

Evaluado: 04 de junio de 2025

Aceptado: 17 de junio de 2025

Palabras clave (DeCS):

Quiste dentígero, maxilar.

RESUMEN

Introducción: los quistes odontogénicos son cavidades patológicas revestidas de epitelio y rodeadas de tejido conjuntivo fibroso. Se originan a partir de tejido odontogénico encontrado en regiones donde se encuentran los dientes del maxilar y la mandíbula. **Reporte de caso:** se presenta el caso de un paciente que presenta un quiste dentígero con extensión a seno maxilar izquierdo, una entidad con localización infrecuente, al cual se le realizó manejo quirúrgico. **Discusión:** el presente caso es de interés, ya que esta patología suele ser asintomática. En ocasiones, se presenta por sobreinfección del quiste o por hallazgo incidental, usualmente sin extensión a estructuras adyacentes. El manejo es quirúrgico, aunque al realizar la resección de la lesión puede haber recidiva. **Conclusiones:** esta patología se debe considerar

Correspondencia:

Dra. Angie Tatiana Ariza-Alvis

Email: angie-ariza@hotmail.com

Dirección: Transversal 3 A # 49-00, Bogotá D. C., Colombia. Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Militar Central

Teléfono celular: 3016050460

ante una lesión asociada con la movilidad en estructuras dentarias, sobreinfección y extensión a sitios adyacentes como los senos maxilares.

ABSTRACT

Key words (MeSH):

Dentigerous cyst, maxilla.

Introduction: Odontogenic cysts are pathological cavities lined by epithelium and surrounded by fibrous connective tissue, originating from odontogenic tissue found in areas where the teeth of the maxilla and mandible are located. **Case Report:** We present the case of a patient diagnosed with a dentigerous cyst extending into the left maxillary sinus—an uncommon location—who underwent surgical management. **Discussion:** This case is of interest because this pathology is usually asymptomatic and is often discovered either due to secondary infection or as an incidental finding, typically without extension to adjacent structures. The standard treatment is surgical, although recurrence may occur after lesion removal. **Conclusions:** This condition should be considered when evaluating lesions associated with tooth mobility, secondary infection, or extension into adjacent areas such as the maxillary sinuses.

Introducción

La relevancia de los quistes odontogénicos se ha reportado ampliamente en la literatura, con una prevalencia a nivel mundial entre el 6% y 15%. Se describen como una agrupación de tejido conectivo revestida por epitelio, y su cara interna recubierta por tejido conectivo. En su interior posee un contenido líquido, semilíquido o incluso gaseoso, el cual no es resultado de una reacción inflamatoria (1).

El tipo de quiste más frecuente es el radicular, con una prevalencia entre 50% a 70%. Le sigue el quiste dentígero, reportado en un 15% a 25% de los casos. En Colombia, se ha documentado que estas lesiones representan el 10,6% de las lesiones en la cavidad oral (2).

Los quistes dentígeros son cavidades patológicas revestidas de epitelio y rodeadas de tejido conjuntivo fibroso, que se origina a partir de tejido odontogénico ubicado en regiones donde se encuentran los dientes del maxilar y la mandíbula (2). Este tipo de quiste es el segundo más común de la mandíbula y tiene un origen en el desarrollo. Es importante resaltar que las condiciones quísticas de la mandíbula pueden provocar destrucción ósea, así como la reabsorción o el desplazamiento de los dientes adyacentes (3).

En la mayoría de los casos, este quiste encierra la corona de un diente no erupcionado, y el área radiotransparente se adhiere al diente en la unión amelocementaria (4). Su origen se debe a la acumulación de líquido entre la corona del diente no erupcionado y el epitelio folicular, conocido como *epitelio reducido del esmalte* (5). Estos quistes favorecen áreas radiolúcidas uniloculares bien definidas asociadas con las coronas de dientes no erupcionados (5, 6).

Por lo general, no presentan una clínica representativa y suelen ser asintomáticos, con excepción de los casos en los que se sobreinfecten, en cuyo caso pueden causar sintomatología derivada de una entidad infecciosa (7).

El tratamiento estándar para el quiste dentígero es la enucleación del quiste junto con la extracción del diente no erupcionado asociado (7, 8). Sin embargo, si la ruta de

erupción del diente asociado es factible, este puede conservarse (9).

En el presente artículo, se describe el caso clínico de un paciente que presenta un quiste dentígero en el maxilar superior de predominio izquierdo. Esta lesión compromete una gran parte del seno maxilar izquierdo y fue tratada quirúrgicamente en conjunto por los servicios de Cirugía Maxilofacial y Otorrinolaringología.

Caso clínico

Paciente masculino de 84 años que acude al servicio de urgencias por un cuadro clínico de 20 días de evolución, consistente en dolor a nivel facial en la región maxilar izquierda, que está asociado con la sensación de secreción fétida por cavidad oral.

En el examen físico se evidenció una fistula a nivel del paladar duro y blando con secreción purulenta. Se revisa la tomografía, que evidencia una lesión con densidad de tejidos blandos con erosión ósea del piso del seno maxilar y ocupación de la totalidad del seno, sin evidencia de heterogeneidad o calcificaciones en su interior (2).

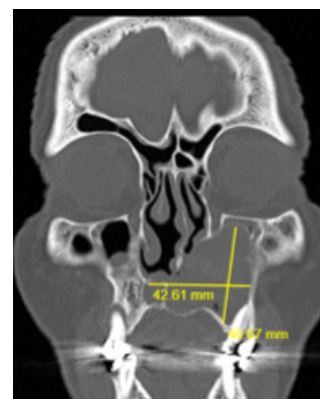


Figura 1. Tomografía de senos paranasales. Imagen tomográfica de la lesión con densidad de tejidos blandos con erosión ósea del piso del seno maxilar y ocupación de la totalidad del seno, sin evidencia de heterogeneidad o calcificaciones en su interior (2). Imagen propiedad de los autores, tomada del paciente.

Ante la evidencia de una lesión sin diagnóstico histológico, se decide realizar resección quirúrgica. Se utilizó un endoscopio para el abordaje transnasal inicial de la lesión por parte del servicio de Otorrinolaringología. Se ingresó por la fosa nasal izquierda hasta seno maxilar izquierdo, donde se evidenció un abombamiento del piso sin alteración de la mucosa, así como desplazamiento secundario del cornete inferior izquierdo y la obliteración del meato inferior ipsilateral.

A través de esta vía, se realizó la resección de gran parte de la lesión. Posteriormente, el servicio de Cirugía Maxilofacial realizó un abordaje intraoral mediante la incisión vestibular superior izquierda, que permitió evidenciar el remanente del quiste a través de la cortical ósea maxilar perforada (**Figura 2**).



Figura 2. Procedimiento quirúrgico. Abordaje intraoral con incisión vestibular superior izquierda, que evidencia el remanente del quiste a través de la cortical ósea maxilar perforada. Imagen propiedad de los autores tomada del paciente.

Se procedió a la extirpación completa de la lesión, seguida de curetaje y un lavado profuso complementario hasta asegurar que la cavidad quedara completamente limpia (**Figura 3**). Posteriormente, se realizó el cierre del abordaje y la muestra se envió a Patología para su estudio; el resultado confirmó el diagnóstico de quiste dentígero (**Figura 4**).

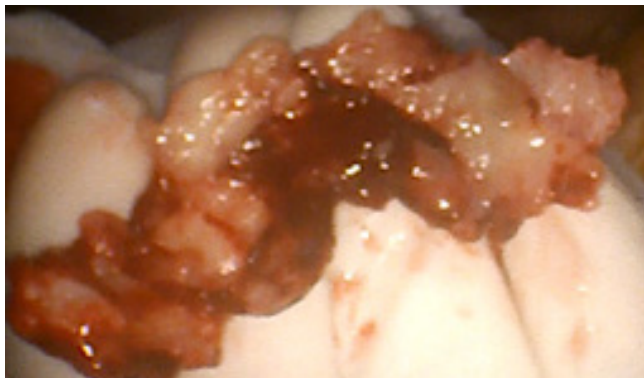


Figura 3. Procedimiento quirúrgico. Cavidad del seno maxilar luego de la realización de la resección completa de la lesión. Imagen propiedad de los autores tomada del paciente.

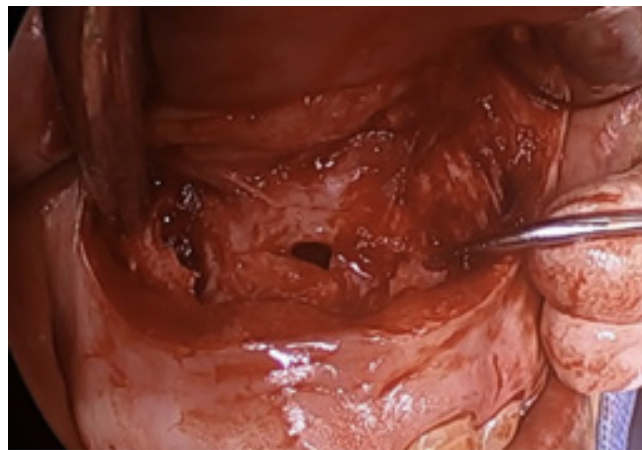


Figura 4. Lesión resecada, enviada a Patología, donde se confirmó la presencia de un quiste odontogénico. Imagen propiedad de los autores tomada del paciente.

Discusión

Los quistes odontogénicos representan entre el 7% al 20% de las lesiones diagnosticadas en cavidad oral. Se derivan del tejido odontogénico embrionario, y es el segundo quiste más común de la mandíbula (1, 2). Suelen tener un crecimiento lento y localizado de carácter benigno, pero pueden llegar a generar movimiento dental, reabsorción radicular y ósea y fractura de maxilares (3).

Debido a su crecimiento lento, estos quistes suelen ser asintomáticos. Por esta razón, en general su diagnóstico depende en un 80% de los hallazgos en imágenes radiográficas y en un 20% de sintomatología esporádica. Esta variabilidad también depende de la asociación con un componente infeccioso, que hace que la clínica varíe: desde fístulas a sitios adyacentes hasta secreción purulenta en la cavidad oral (4, 5).

En el presente caso se evidenció la infiltración del quiste en el seno maxilar izquierdo. Teniendo en cuenta que esta cavidad posee un espectro microbiológico diferente al evidenciado a nivel de cavidad oral, se asoció un componente infeccioso en el quiste, lo que favoreció la aparición de secreciones purulentas persistentes (6).

El papel de la histología es clave en la mayoría de los casos, ya que revela una cavidad patológica revestida por un epitelio plano estratificado. En algunos casos específicos, se observa la presencia de una cápsula fibrosa de tejido conectivo laxo organizado, islotes de epitelio odontogénico y un infiltrado inflamatorio de intensidad variable (7, 8).

En cuanto al manejo, se debe realizar la resección completa del quiste junto con la extracción del diente impactado cuando este no es viable. Esto permite la extracción in totum de todo el tejido alterado, lo que impide que sea fuente de células que puedan favorecer la recidiva (8, 9). Este factor es relevante, ya que se ha descrito una tasa de recidiva de hasta el 60% en estos pacientes, por lo que se considera necesario realizar un seguimiento imagenológico estrecho (10).

Conclusiones

El quiste odontogénico es una entidad a considerar, en especial por la escasa sintomatología que presentan en los pacientes y por los indicios de movilidad en estructuras dentarias, favorecida por esta patología, así como la posibilidad de sobreinfección y extensión a sitios adyacentes, como los senos maxilares.

Es importante incluir el quiste odontogénico como un diagnóstico diferencial y tener en cuenta el requerimiento de manejo quirúrgico, así como la alta posibilidad de recidiva de este.

Agradecimientos

Al Hospital Militar Central por la ayuda y colaboración.

Financiación

Ninguna financiación.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Declaración de autoría

Todos los autores contribuyeron a la concepción y diseño del presente artículo.

Consideraciones éticas

Se ha cumplido con la confidencialidad de datos, preservando el anonimato en las imágenes presentadas.

REFERENCIAS

1. Rajendra Santosh AB. Odontogenic Cysts. Dent Clin North Am. 2020;64(1):105-119. doi: 10.1016/j.cden.2019.08.002
2. Bilodeau EA, Collins BM. Odontogenic Cysts and Neoplasms. Surg Pathol Clin. 2017;10(1):177-222. doi: 10.1016/j.path.2016.10.006
3. Johnson NR, Gannon OM, Savage NW, Batstone MD. Frequency of odontogenic cysts and tumors: a systematic review. J Invest Clin Dent. 2014;5(1):9-14. doi: 10.1111/jicd.12044
4. Li N, Gao X, Xu Z, Chen Z, Zhu L, Wang J, et al. Prevalence of developmental odontogenic cysts in children and adolescents with emphasis on dentigerous cyst and odontogenic keratocyst (keratocystic odontogenic tumor). Acta Odontol Scand. 2014;72(8):795-800. doi: 10.3109/00016357.2014.913192
5. Patil AS, Jathar PN, Panse AM, Bahutule SR, Patil RU, Patil M. Infected Dentigerous Cyst and its Conservative Management: A Report of Two Cases. Int J Clin Pediatr Dent. 2019;12(1):68-72. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1578
6. Ramakrishna A, Lambade P. Dentigerous cyst associated with ectopic canine and a supernumerary tooth: a rare occurrence. J Surg Tech Case Rep. 2013;5(2):85-8. doi: 10.4103/2006-8808.128738
7. Aoki N, Matumoto M, Ishii S, Okuma Y, Umezawa H, Baba J, et al. Large dentigerous cyst associated with the maxillary impacted supernumerary teeth: A rare occurrence and literature review. J Dent Res Dent Clin Dent Prospects. 2022;16(4):270-273. doi: 10.34172/joddd.2022.043
8. 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):45-48. doi: 10.1016/j.jormas.2016.12.001
9. 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.
10. Dinkar AD, Dawasaz AA, Shenoy S. Dentigerous cyst associated with multiple mesiodens: a case report. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2007;25(1):56-9. doi: 10.4103/0970-4388.31994