

RID

REPORTE

Imagenológico Dentomaxilofacial

ISSN: 2791-1888. Número 2 Volúmen 1 Julio - Diciembre 2022



**Sociedad Venezolana de
Radiología e Imagenología
Dentomaxilofacial**

REPORTE DE CASO

¿FOLÍCULO DENTÁRIO HIPERPLÁSICO O LESIÓN ODONTOGÉNICA?

HYPERPLASTIC DENTAL FOLLICLE OR ODONTOGENIC LESION?

Juan Antonio Oliveira del Río

Doctor en Ciencias Odontológicas. Centro de Capacitación e Investigación Dr. Juan Oliveira del Río. Portoviejo, Manabí, Ecuador. juanoliveiradelrio@gmail.com ORCID: 0000-0003-1406-0736

Editor Académico: Dra. Maira Quevedo-Piña.

RESUMEN

El folículo dentario (FD) es un tejido ectomesenquimatoso que rodea al germen del diente en desarrollo. En circunstancias normales, el FD desaparece después de la erupción del diente, sin embargo, en los casos de dientes no erupcionados, sus restos persisten dentro de maxilar y/o mandíbula en asociación con el diente no erupcionado y pueden sufrir alteraciones morfológicas y moleculares. Se describe el caso de un paciente de nueve años de edad con ausencia de la unidad dentaria 21 en la cavidad bucal, la evaluación clínica, radiográfica e histopatológica reportó que se trataba de un FD hiperplásico. Se concluye la importancia de la evaluación integral para lograr un tratamiento exitoso.

Palabras clave: Folículo dental, saco dental, diente incluido (DeCS)

Como citar: Oliveira del Río JA. ¿Folículo dentário hiperplásico o lesión odontogénica? Rep Imagenol Dentomaxilofacial 2022;1(2):47-53.

Recibido: 13/08/2022

Aceptado: 20/09/2022

Publicado: 09/10/2022



Sociedad Venezolana de
Radiología e Imagenología
Dentomaxilofacial

REPORTE DE CASO

ABSTRACT

The dental follicle (DF) is an ectomesenchymal tissue that surrounds the developing tooth germ. Under normal circumstances, the DF disappears after the eruption of the tooth, however, in cases of unerupted teeth, its remains persist within the maxilla and/or mandible in association with the unerupted tooth and may undergo morphological and molecular alterations. The case of a nine-year-old patient with absence of dental unit 21 in the oral cavity is described. The clinical, radiographic and histopathological evaluation reported that it was a hyperplastic FD. The importance of comprehensive evaluation to achieve a successful treatment is concluded.

Key words: Dental follicle, dental sac, impacted tooth (MeSH)

INTRODUCCIÓN

El folículo dentario (FD) es un tejido ectomesenquimatoso que rodea al germen del diente en desarrollo¹. Se origina a partir de las células de la cresta neural y se encarga de envolver y proporcionar nutrición al germen dental. Está compuesto de tejido conectivo, células mesenquimatosas y fibroblastos. Histológicamente, se caracteriza por presentar tejido conectivo fibroso, un estroma de tipo mixoide, epitelio reducido del esmalte, abundantes restos epiteliales y calcificaciones dentales².

La erupción dentaria está relacionada con el FD y está influenciada por acciones ambientales, metabólicas y celulares. Se ha reportado que las células del FD pueden derivar en otros tipos celulares tales como cementoblastos, osteoblastos y células del ligamento periodontal. De igual manera, las dimensiones del folículo y la erupción de los dientes pueden modificarse por la acción de las hormonas y factores de crecimiento². El FD juega un papel importante en el desarrollo de las estructuras asociadas a los dientes. En circunstancias normales, el folículo dental desaparece después de la erupción del diente, sin embargo, en los casos de dientes no erupcionados, los restos de FD persisten dentro de

maxilar y/o mandíbula en asociación con el diente no erupcionado. En tal escenario, los folículos dentarios sufren alteraciones morfológicas y moleculares³.

En una radiografía, el FD se observa como un espacio radiolúcido homogéneo, alrededor de la corona de un diente en desarrollo¹, con inserción en la unión amelocementaria, correspondiente al FD y al epitelio reducido del esmalte³; su dimensión es de gran importancia para diferenciar un FD normal de uno patológico. Cuando la radiolucidez pericoronar mide aproximadamente 2,5 mm o más, se considera patológica^{2,4}. Aunque para algunos autores el rango de normalidad oscila entre 2 y 3 mm⁵. Radiográficamente, los FD de los dientes impactados se presentan como una ligera radiolucidez semicircular alrededor de los dientes no erupcionados. A menudo se asume que la ausencia de radiolucidez pericoronar refleja la ausencia de patosis^{6,7}.

Las principales patologías a descartar como diagnóstico diferencial con el FD hiperplásico son: quiste dentígero, queratoquiste odontogénico y el ameloblastoma. Las dificultades para establecer lo que puede considerarse normal o patológico

plantean complicaciones para el diagnóstico. En algunas circunstancias, los folículos dentales e incluso la papila dental pueden diagnosticarse erróneamente como quistes y tumores

odontogénicos ³ El presente reporte describe el caso de un paciente que presentaba signos tomográficos de FD hiperplásico, su manejo clínico y tratamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de ocho años de edad, aparentemente sano, que asiste a la consulta por ausencia en cavidad bucal de las unidades dentarias (UD) 21 y 22. Al examen intrabucal se observó zona edéntula correspondiente dientes, encía sin lesión aparente y normocrómica; 11 y 12 presentes en boca pero sin alcanzar la línea de oclusión, ausencia clínica de UD 16, 26, 36 y 46. Se indicó una radiografía panorámica donde se evidenció imagen radiopaca compatible con UD 21, 22, 16, 26, 36 y 46; así mismo, se identifica zona radiolúcida pericoronaria, en UD antes mencionadas. La UD 21, presenta una interferencia en el canal eruptivo por una mesioinclinación de la UD 22. Se indicó una tomografía computarizada de haz cónico (TCHC) para evaluación y conducta.

A la exploración mediante TCHC se observó la UD 21 retenida, en posición horizontal, en giroversión y ápice en formación, según estadio de Nolla 8; la corona se localizaba superior y en relación de contacto con la porción mesial del tercio cervical radicular de la UD 22 en estado de formación radicular estadio de Nolla 7, su tercio apical se encontraba en relación de contacto con el piso de fosa nasal ipsilateral. El folículo dentario mostraba imagen sugerente de aumento de tamaño. La UD 22 se encontraba en posición horizontal, ápice en formación, corona rompiendo la cresta alveolar y se localizaba inferior a la UD 21, la superficie distal del tercio apical en proximidad a la superficie mesial coronal de 24 (Figuras 1-3). Las reconstrucciones volumétricas en 3D ilustra lo anteriormente

descrito (Figura 4). La hipótesis clínica fue de FD hiperplásico vs. Lesión odontogénica benigna (Quiste Dentígero).

El cirujano maxilofacial realiza una primera intervención donde elimina el tejido pericoronario con colgajo de reposicionamiento apical para favorecer la erupción pasiva de la UD 21, y se envía espécimen para estudio histopatológico, el mismo reporta epitelio escamoso estratificado de superficie, sobre estroma de tejido conectivo denso colagenizado, mixoide en algunas áreas, constituidos por fibroblastos redondos y fusiformes. Se observan moderadas islas epiteliales consideradas restos odontogénicos, abundante vascularización, leve infiltrado inflamatorio mononuclear y trabéculas de tejido óseo maduro vital. La conclusión diagnóstica fue: FD hiperplásico.

Se decide realizar una segunda intervención para realizar una excisión profunda y colocar un botón quirúrgico en la UD 21 para la tracción mecánica de dicho diente y en la UD 22 se realiza un colgajo de reposición dentoapical para favorecer la erupción pasiva (Figura 4).

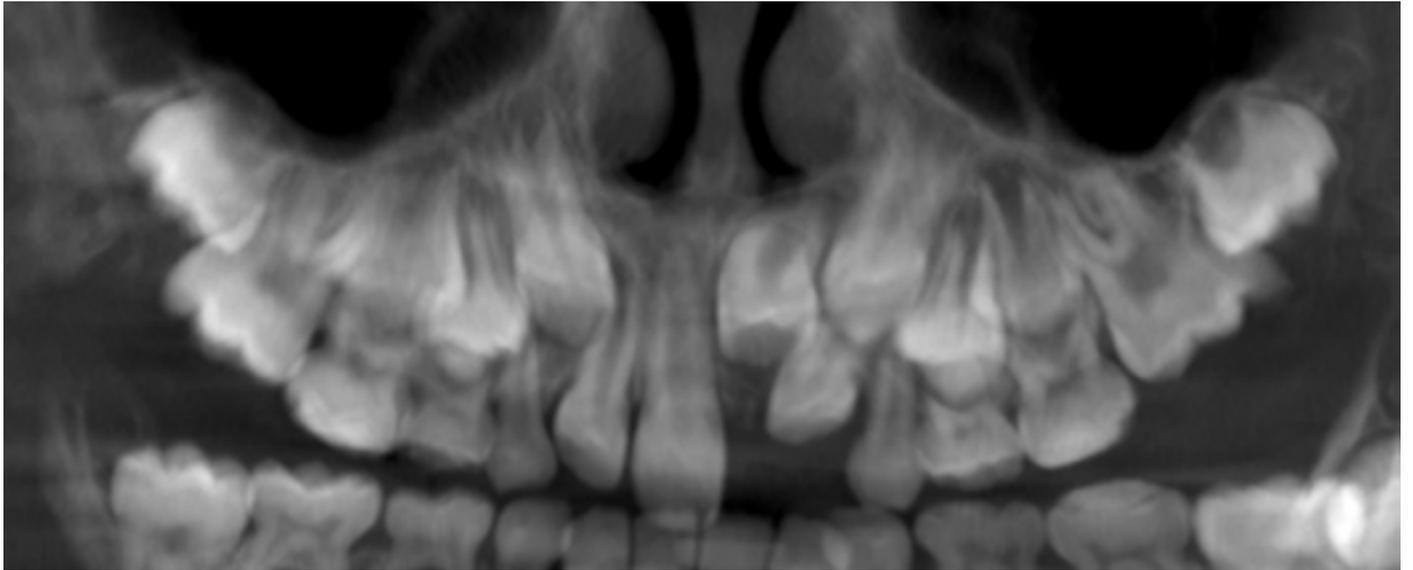


Figura 1. Reconstrucción panorámica de tomografía computarizada de haz cónico, donde se evidencia la retención de las unidades dentarias 21 y 22. Los primeros molares rompen la cresta alveolar.

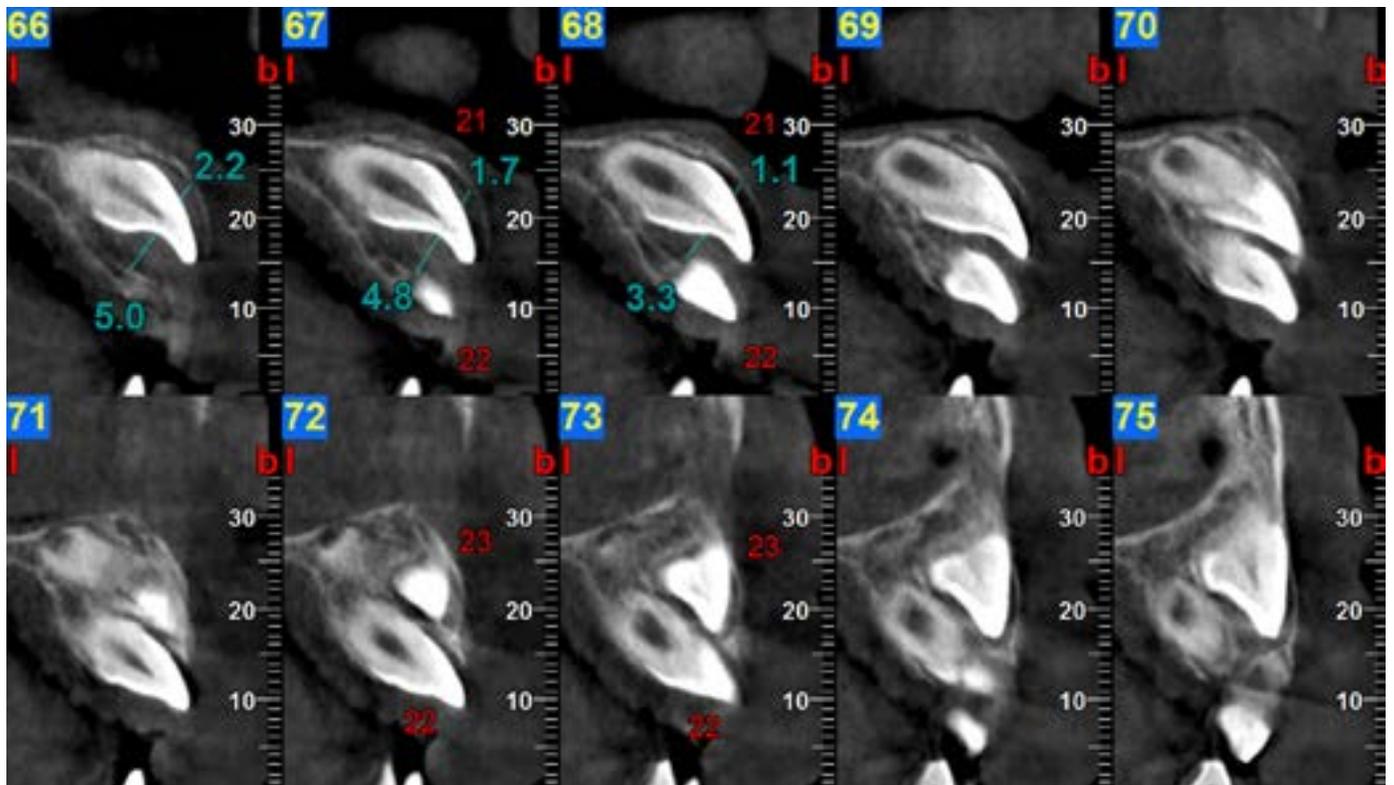


Figura 2. Vistas transaxiales de tomografía computarizada de haz cónico, mostrando las unidades dentarias 21 y 22 retenidas con su eje longitudinal horizontalizado. La corona de la unidad dentaria 21, se localizaba superior su y en relación de contacto con la porción mesial del tercio cervical coronal del diente 22. Se muestran medidas referenciales de la dimensión antero-posterior del folículo dentario del diente 21.

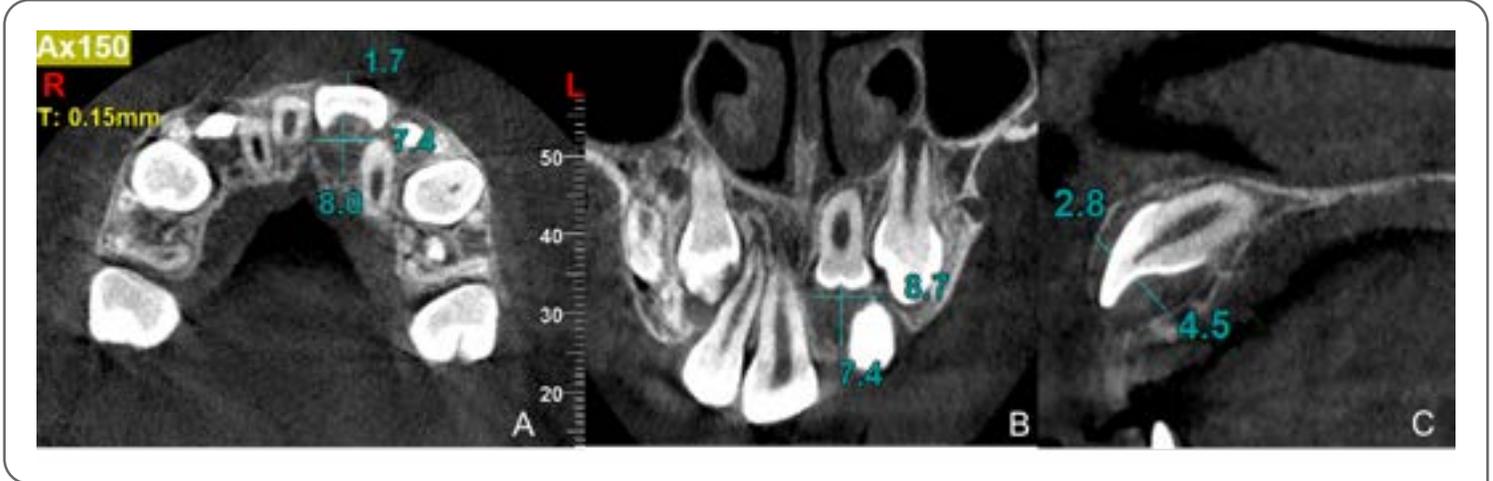


Figura 3. Vistas de tomografía computarizada de haz cónico: A. Axial, B. Coronal; C. Sagital, mostrando medidas referenciales de la dimensión del folículo dentario del diente 21.



Figura 4. Fotografías intrabucales donde se observa la secuencia de tratamiento: A. Fase inicial, sin evidencia clínica de las unidades dentarias 21 y 22. B. Unidad dentaria (UD) 21 con botón de tracción instalado, el diente 22 en evolución extraósea pasiva. C y D mostrando la UD 21 en cavidad bucal. Entre la colocación del botón de tracción y la presencia del diente 21 en su posición en el arco, transcurrieron seis meses.

DISCUSIÓN

El espacio folicular de tamaño inferior a 2,5mm de ancho se considera radiográficamente normal o no asociado a ninguna patología; sin embargo, este puede no ser un método confiable para conocer la patología asociada a los dientes impactados. Por lo tanto, lo indicado es realizar un examen histológico del folículo asociado con los dientes incluidos, ya que la ausencia de signos radiográficos no necesariamente indica la ausencia de la enfermedad ¹⁷. En este paciente el informe de la TCHC concluye que imagen observada en la UD 21 era sugerente FD hiperplásico vs lesión odontogénica quística y el estudio histopatológico fue confirmatorio de FD hiperplásico.

Los dientes incluidos o impactados se presentan por una falla en la erupción relacionada, principalmente, con la carencia de espacio en el arco dental ²; en este caso no pudo determinarse la causa de la retención ya que existía espacio disponible para la erupción del 21 y a la anamnesis su representante no refirió algún traumatismo u otra causa que pudiese haber ocasionado la retención.

Ahora bien, los dientes con mayor prevalencia de inclusión dental y presencia de patología quística son los terceros molares, seguidos de los caninos superiores y los premolares inferiores ², no siendo tan frecuente el caso de incisivos centrales retenidos o impactados como lo acontecido en este paciente, al igual que se detectó un retardo en la erupción ya que las UD 16, 26, 36 y 46, no estaban presentes en boca para el momento de la evaluación clínica.

Dongol et al. ¹ consideran quiste dentígero cuando se visualiza una radiotransparencia pericoronar con un revestimiento histopatológicamente continuo del epitelio escamoso estratificado no queratinizado y un espacio quístico entre el

esmalte y el tejido suprayacente, mientras que el tejido sin revestimiento epitelial sin restos de células epiteliales lo consideran normal. En el presente caso se observó al evaluar el espécimen presencia de islas y cordones de epitelio odontogénico sin formación de epitelio quístico, lo que confirma el desarrollo de un FD hiperplásico.

Las imágenes bidimensionales (2D) convencionales muestran errores e información insatisfactoria en la evaluación del diente impactado. La TCHC se ha convertido en una alternativa a la TC convencional en el diagnóstico y la planificación del tratamiento de los dientes impactados por las ventajas del estudio su confiabilidad, reducción de la distorsión y permite una dosis de radiación disminuida ². El informe imagenológico del caso presentado detalla la posición y permite abordar de manera más precisa la UD estudiada.

Es importante destacar que los cambios quísticos se pueden encontrar en pequeños espacios foliculares, mientras que puede haber tejidos histológicamente normales en grandes lesiones radiolúcidas. Por lo tanto, los folículos dentales deben enviarse para un examen histopatológico independientemente de su tamaño porque los cambios quísticos que ocurren en el tejido del folículo no pueden ignorarse ¹⁵. La conducta del equipo de salud que atendió al paciente fue verificar la naturaleza del espécimen antes de continuar con el tratamiento. Por tal motivo es fundamental la evaluación clínica, radiográfica y el estudio histopatológico a fin de tomar la decisión terapéutica más indicada para el paciente.

Conflicto de intereses: el autor declara no tener conflicto de intereses.

Autor para correspondencia:

Juan Antonio Oliceira del Río. Centro de Capacitación e Investigación Dr. Juan Oliveira del Río. Calle Rafael Rodríguez entre Av. América y San Gregorio, Portoviejo 310105, Manabí, Ecuador. juanoliveiradelrio@gmail.com

REFERENCIAS

1. Dongol A, Sagtani A, Jaisani MR, Singh A, Shrestha A, Pradhan A, et al. Dentigerous Cystic Changes in the Follicles Associated with Radiographically Normal Impacted Mandibular Third Molars. *Int J Dent*. 2018: 2645878. DOI:10.1155/2018/2645878
2. Dentigerous cystic changes in the follicles associated with radiographically normal impacted mandibular third molars. *Int J Dent*. 2018:2645878. DOI:10.1155/2018/2645878
3. Peralta EN, Peña CP, Rueda A. Diagnóstico de quiste dentígero en sacos foliculares de terceros molares incluidos. *Acta Odontol. Colomb*. 2020;10(1);24–36. DOI:10.15446/aoc.v10n1.82315
4. Dağsuyu İM, Okşayan R, Kahraman F, Aydın M, Bayrakdar İŞ, Uğurlu M. The Relationship between dental follicle width and maxillary impacted canines' descriptive and resorptive Features Using Cone-Beam Computed Tomography. *Biomed Res Int*. 2017;2017:2938691. DOI:10.1155/2017/2938691
5. Bastos VC, Gomez RS, Gomes CC. Revisiting the human dental follicle: From tooth development to its association with unerupted or impacted teeth and pathological changes. *Developmental Dynamics*. 2021. DOI:10.1002/dvdy.406
6. Gomes VR, Melo MCS, Carnei HS, Eudes HC, Pinto-Filho JET, Texeira MA. Folículo pericoronário hiperplásico: relato de caso. *J Bras Patol Med Lab*. 2019;55(3) DOI: 10.5935/1676-2444.20190027
7. Kiran HY, Bharani KS, Kamath RA, Manimangalath G, Madhushankar GS. Kissing molars and hyperplastic dental follicles: report of a case and literature review. *Chin J Dent Res*. 2014;17(1):57-63.
8. Haidry N, Singh M, Mamatha NS, Shivhare P, Girish HC, Ranganatha N, et al. Histopathological evaluation of dental follicle associated with radiographically normal impacted mandibular third molars. *Ann Maxillofac Surg*. 2018;8(2):259-64. DOI:10.4103/ams.ams_215_18

