

6. CLARKE, P. "Identifying Risk Factors for Predicting Caries in School-age Children Using Dental Health Informations Collected at Pre-school Age" *J Dent for Children*. 2001; 68 (5-6): 373-378
7. CURNOW, M. "A Randomized controlled Trial of the Efficacy of Supervised Tooth brushing in High-caries Risk Children". *Caries Res*. 2000; 36 (4) 299-300.
8. DOUGLASS, J. "Dental Caries Patterns and Oral Health Behaviors in Arizona Infants and Toddlers" *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001; 29 (1): 14-22.
9. DU, M. "Caries Pattern and their Relationship to Infant Feeding and Socio-economic Status in 2-4 Old Chinese Children" *Int Dent J*. 2000; 50 (6): 385-389.
10. FURE, S. "Five-Year Incidence of Caries. Salivary and Microbial conditions in 60-70 years-old Swedish Individuals" *Caries Res*. 1998; 32(3): 166-74.
11. GILLCRIST, J. "Community Socioeconomic Status and Children's Dental Health" *Am Dent Assoc*. 2001; 132(2): 216-222.
12. GÓMEZ RAMOS, F. "Bacterial, Behavioral and Environmental Factors Associated with Early Childhood Caries (EEC)" *J Clin Pediatr Dent*. 2002; 27(11): 47-50.
13. GÓMEZ RAMOS, F. "Assessment of Early Childhood Caries and Dietary Habits in a Population of Migrant Hispanic Children in Stockton, California" *J Dent for Children*. 1999; 66(6): 395-403.
14. KÄLLESTAL, C. "Socio-economic Effect on Caries Incidence Data among Swedish 12-14 years old" *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002; 30(2): 108-114.
15. LI, Y. "Predicting Caries in Permanent Teeth from Caries in Primary teeth: An Eight-year Cohort Study" *J Dent Res*. 2002; 81(8): 561-565.
16. LOPEZ, L. Mutans Streptococci Prevalence in Puerto Rican Babies with Cariogenic Feeding Behaviors" *Pediatr Dent*. 2000; 22(4): 299-301.
17. MALIK, A. "Erosion Caries and Rampant in Preschool Children in Jeddah Saudi Arabia" *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002; 30(1): 16-23
18. MARIÑO, R. "Acculturation and Dental Health among Vietnamese Living in Melbourne, Australia" *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001; 29(1): 107-118.
19. MATTOS-GRANER, R. "Mutans Streptococci Oral Colonization in 12-30 month-old Brazilian Children over One Year - Follow-up Period" *J Public Health Dent*. Sum 2001; 61(3): 161-167
20. MOHAN, A. "The Relationship between Bottle Usage/Content, Age and Number of Teeth with Mutans Streptococci Colonization in 6-24 months-old-children" *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998; 26(1): 12-20.
21. PEARCE, E. "Plaque Mineral in the Prediction of Caries Activity" *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002; 30(1): 61-68.
22. PETTI, S. "Caries Prediction by Multiple Salivary Mutans Streptococcal Levels of Fluoride Exposure, Oral Hygienic, and Sucrose Intake" *Caries Res*. 2000; 34(15): 380-387.
23. PINELLI, C. "Efficacy of a Dip Slide Test for Streptococci in Caries Risk Assessment" *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001; 29(6): 443-448.
24. POWEL, L. "Factors Associated with Caries Incidence in an Elderly Population" *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998; 26(3): 170-176.
25. REISINE, S. "Psychosocial and Behavioral Issues in Early Childhood Caries" *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998; 26(1 Suppl): 32-44.
26. RIEDY, C. "An Ethnographic Study for understanding children's Oral Health in a Multicultural Community" *Int Dent J*. 2001; 51(4): 305-312.
27. RUGARABAMU, P. "A Longitudinal Study of Occlusal Caries among Schoolchildren in Dar Salaam, Tanzania" *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002; 30(1): 47-50.
28. SANCHEZ-PEREZ. "Caries Risk Assessment from Dental Plaque and Salivary Streptococcus Mutans counts on two Culture Media" *Arch Oral Biol*. 2001; 46(1): 49-55.
29. SEKI, M. "Evaluation of Mutans Streptococci in Plaque and Saliva: Correlation whit Caries Development in Preschool Children" *J Dent*. 2003; 31(4): 283-290.
30. SEPPÄ, L. "The Future of Preventive Programs in Countries whit Different Systems for Dental Care" *Caries Res*. 2001; 35 (supp 1): 26-29
31. SMITH, R. "Maternal Risk Indicator for Childhood Caries in an Inner City Population" *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002; 30(3): 176-181.
32. SÖDERLING, E. "Influence of Maternal Xylitol Consumption on Mother-child Transmission of Mutans Streptococci 6-year Follow-up" *Caries Res*. 2001; 35(3): 173-177.
33. TANG, G. "Actinomyces Spp in Supragingival Plaque of Ethnic Chinese Preschool Children with and without Active Dental Caries" *Caries Res*. 2003; 37(5): 381-390.
34. THIBODEAU, E. "Salivary Mutans Streptococci and Caries Development en the Primary and Mixed Dentitions of Children" *Community Dent Oral Epidemiol*. 1999; 27(6): 406-412.
35. TOMAR, S. "Chewing Tabacco Use as Dental Caries among U.S Men" *Am Dent Assoc*. 1999; 30(11): 1601-1610.
36. VAN PALESTEIN, W. "Prognosis of Caries Increment with Past Caries Experience Variables" *Caries Res*. 2001; 35(39): 186-192.
37. VANOBBERGEN, J. "The Value of a Baseline Caries Risk Assessment Model in the Primary Dentition for Prediction of Caries Incidence in the Permanent Dentition" *Caries Res*. 2001; 35(6): 442-450.
38. VARGAS, C. "Socio-demographic Distribution of Pediatric Dental Caries: NHANES III -1988-1994" *Am Dent Assoc*. 1998; 129(9): 1229-1238.
39. ZAURA, E. "Effects of the Solubility of Artificial Fissures on Plaque pH" *J Dent Res*. 2002; 81(8): 567-571.

UNIVERSIDAD DE SEVILLA – FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

QUISTE FOLICULAR. ¿ES POSIBLE SU INVOLUCIÓN? A propósito de un caso

FOLLICULAR CYST. IS ITS REGRESSION POSSIBLE?
 A case report

por

D. TORRES LAGARES * M^a SERRERA FIGALLO *
 P. INFANTE COSSÍO ** J. L. GUTIÉRREZ PÉREZ ***

SEVILLA

RESUMEN: Presentamos el caso clínico de un paciente de 12 años afecto de un quiste folicular con origen en el segundo premolar superior derecho y posible afectación del primer premolar y el canino homolaterales. El quiste involucionó espontáneamente, sin observar ninguna comunicación del quiste con la cavidad oral que permitiera su descompresión, ni realizar tratamiento alguno, permitiendo la erupción del primer y segundo premolar superior derecho. Discutimos otros casos publicados y las distintas explicaciones propuestas para este comportamiento atípico.

PALABRAS CLAVE: Quiste odontogénico, Quiste folicular, Involución espontánea, Regresión espontánea.

ABSTRACT: We report a clinical case of a 12 year-old patient affected of a follicular cyst with origin in the second right upper bicuspid and possible affectation of the adjacent first bicuspid and canine. The cyst regressed spontaneously, without to observe any communication of the cyst with the oral cavity that allowed their decompression, neither to carry out treatment some, allowing the eruption of the first and second upper right bicuspid. Other reported cases and the different explanations proposed for this atypical behaviour are also discussed.

KEY WORDS: Odontogenic Cyst, Follicular Cyst, Spontaneous Regression.

INTRODUCCIÓN

El quiste folicular es una de las lesiones más frecuentemente detectadas en los maxilares,¹ representando el 24 % de los quistes odontogénicos del desarrollo.² Siempre en términos de frecuencia, suele relacionarse más con los terceros molares mandibulares y los caninos superiores, apareciendo sobre todo en varones, a lo largo de la segunda y tercera década de la vida.³ Clínicamente es asintomático, produciendo expansión de las corticales óseas, a las que puede llegar a erosionar,⁴ y radiográficamente se presenta como una lesión radiolúcida unilocular bien definida en relación con la corona de un diente no erupcionado.

El quiste folicular, histológicamente, consiste

en una cápsula fibrosa que contiene en su interior tejido mixoide junto a un número variable de restos odontogénicos.⁵ Se encuentra tapizado por un epitelio escamoso estratificado no queratinizado en el que se pueden localizar células mucosas, ciliadas, y más raramente, células sebáceas.^{1,6,7} La recurrencia de éste tipo de quistes es rara, aunque se han descrito casos en que en el lugar de la lesión han aparecido tumores odontogénicos, carcinomas de células escamosas y carcinomas mucoepidermoides.⁸⁻¹⁰

El tratamiento de los quistes de los maxilares pasa, clásicamente, por dos acercamientos: eliminar el quiste, enucleándolo; o bien intentar su descompresión, abriendo una comunicación del mismo con la cavidad oral.¹¹ Aunque poco comunes, se han descrito casos de quistes foliculares

(*) Becario/a FPDI.

(**) Profesor Asociado de Cirugía Bucal.

(***) Profesor Titular Vinculado de Cirugía Bucal.

que involucraron sin realizarse tratamiento alguno ni hallarse visos de descompresión esponánea alguna. Presentamos uno de estos casos,

a la vez que discutimos otros similares presentados con anterioridad y las posibles causas de tan extraño comportamiento.

CASO CLÍNICO

Exponemos el caso de un varón de 12 años de edad, sin antecedentes de interés, al cual, en una exploración radiológica rutinaria se le detectó una imagen radiolúcida bien definida a nivel de la zona premolar-canina del maxilar superior derecho. En la Figura 1, observamos como la lesión produce la rotación del segundo premolar derecho superior, y parece englobar al primer premolar y canino homolaterales.

Clínicamente el paciente no presentaba sintomatología alguna, no se observó tumefacción ni expansión en la zona afecta, y el paciente no refería molestias ni dolor a la palpación de ésta. Dada la edad del paciente y el tamaño de la lesión, se consideró el diagnóstico de quiste folicular como el adecuado, siendo el diente causal el segundo premolar superior derecho.

Ante la dificultad de discernir si el quiste afectaba o no al primer premolar y al canino, y valorando el momento crítico del recambio dentario en que se encontraba nuestro paciente, así como su estado asintomático, se propuso la revisión periódica del paciente, con la esperanza de que el primer premolar erupcionase correctamente, evitando así una pérdida innecesaria. Por otra parte, esperábamos que los movimientos erupti-

vos del canino lo alejaran de la zona quística, haciendo más difícil su lesión o su sacrificio en el momento de tratar el quiste originado por el segundo premolar superior derecho.

La evolución del caso fue atípica en el sentido de que la lesión radiolúcida fue involucrando, sin que en las revisiones se observara comunicación alguna del quiste con la cavidad oral, ni se realizara tratamiento alguno. Los gérmenes dentarios fueron erupcionando, y en un plazo de 14 meses se produjo la erupción del segundo premolar superior derecho con total normalidad. Para entonces el primer premolar superior ya estaba en boca, y el canino continuaba su erupción con normalidad (Figura 2). En el control radiológico realizado en esa visita no se observó resto alguno de la lesión inicial (Figura 3).

Tras tres años de seguimiento, el paciente se encuentra bajo tratamiento ortodóncico. Los premolares han erupcionado correctamente, pero el canino superior derecho no ha erupcionado aún, por lo que muy posiblemente sea necesaria la realización de cirugía de rescate para alojarlo correctamente en la arcada (Figuras 4 y 5). Radiológicamente no se observa rastro de la lesión quística (Figura 6).

DISCUSIÓN

Aún cuando son poco frecuentes, se han publicado algunos casos de quistes que han involucrado espontáneamente. En el caso presentado por IRVING¹², la imagen radiolúcida afectaba a un tercer molar incluido. Tras disminuir su tamaño, se realizó la extracción del diente y la lesión residual, comprobándose histopatológicamente que se trataba de un quiste dentígero. A diferencia de nuestro caso, el paciente de IRVING tenía 63 años. Otro caso similar ha sido informado por ADAMS y WALTON¹³. En nuestro caso, y puesto que no hemos intervenido quirúrgicamente sobre la lesión, no tenemos datos histopatológicos que apoyen nuestro diagnóstico.

Sin embargo, los datos clínico, radiológicos y epidemiológicos apoyan dicho diagnóstico. Los picos de edad encontrados por DALEY y WYSOCKI⁵ se localizan entre los 12 y 18 años, la edad de nuestro paciente. El aspecto de la lesión es claramente quístico: radiolucidez homogénea, con línea de refuerzo externa y límites bien definidos. Y la relación de la lesión con la corona del segundo

premolar derecho parece clara. Aunque en el canino superior se da de un 6 a un 19 % de los quistes foliculares frente al 1 - 4% de los quistes que aparecen en los segundos premolares superiores,^{3,5,14} la radiología es concluyente en este aspecto.

El tamaño de la lesión es otro factor a tener en cuenta. El tamaño crítico para diferenciar un quiste folicular de un folículo hipertrófico se sitúa entre los 2 y 5 milímetros¹⁵⁻¹⁷. Claramente, nuestra lesión es mayor de medio centímetro, por lo que es lícito asegurar que estamos ante una lesión quística, y no ante una alteración de la normalidad, aunque no patológica (cosa que ocurriría ante un folículo dental aumentado).

Pese a todo, sólo podemos demostrar uno de los tres criterios propuestos por DALEY y WYSOCKI⁵ para diagnosticar un quiste folicular: radiolucidez pericoronar mayor de 4 milímetros, existencia de un tejido fibroso tapizado por epitelio escamoso estratificado no queratinizado y localización quirúrgica de un espacio quístico entre el esmalte



FIGURA 1
Ortopantomografía inicial: se observa una lesión radiolúcida, posiblemente un quiste folicular, que afecta a 13, 14 y 15. Éste último se localiza muy desplazado respecto a la posición que ocupa el diente contralateral, el 25, que presenta unos movimientos eruptivos adecuados.



FIGURA 2
Visión clínica correspondiente al momento en que realizamos la ortopantomografía presentada en la figura 3: se aprecia la erupción sin problemas del 14 y 15.

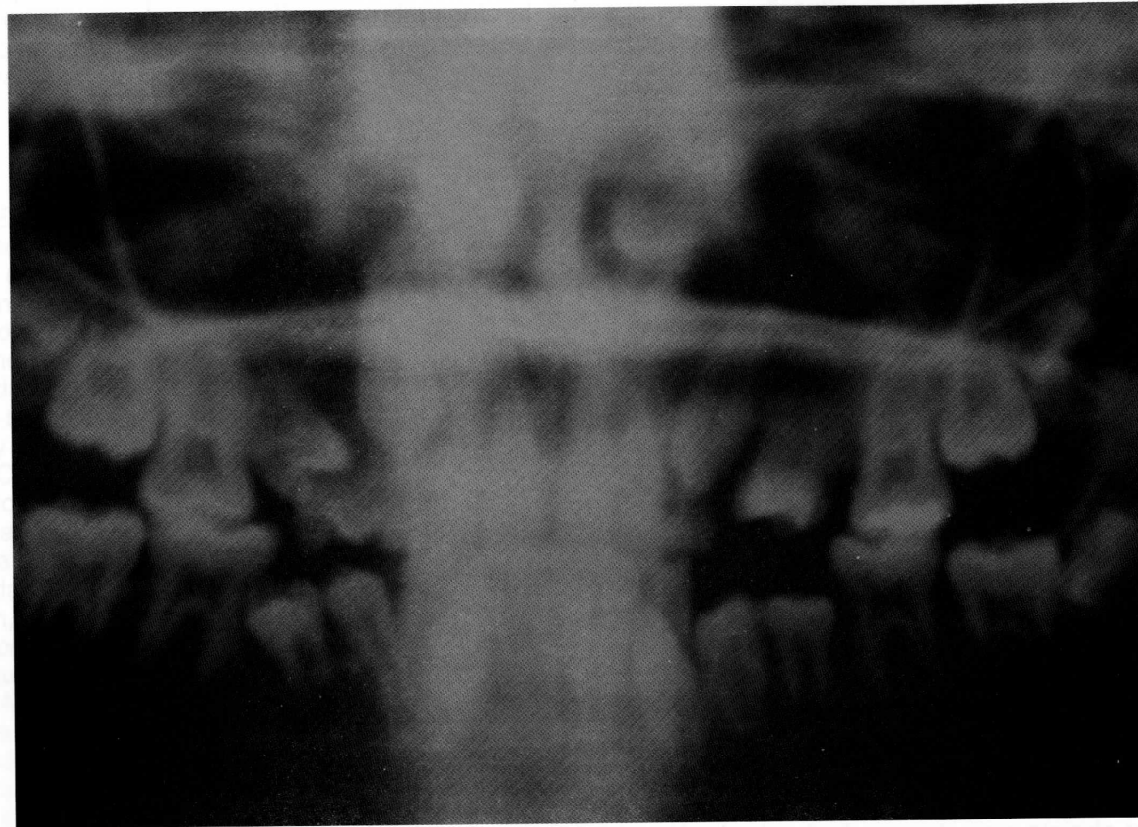


FIGURA 3
Ortopantomografía que muestra la resolución de la lesión radiolúcida, y la vuelta de los premolares a una dirección de erupción exitosa.

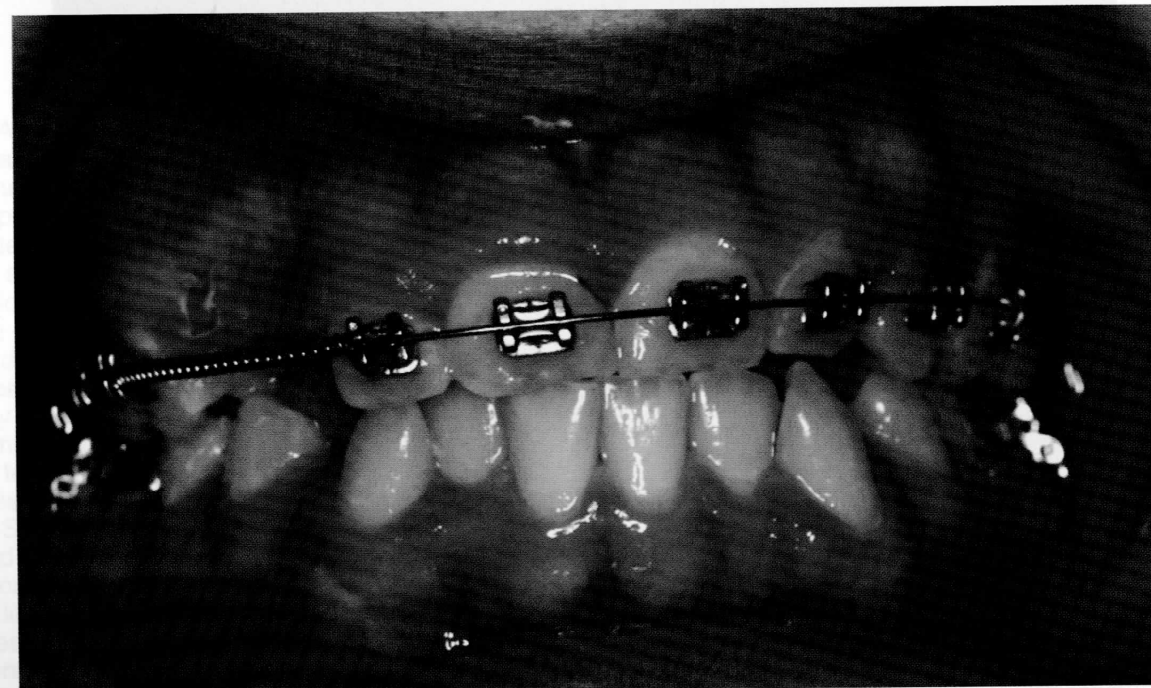


FIGURA 4
Tras tres años de seguimiento, los premolares han hecho su erupción correcta en boca, mientras el canino superior derecho aún no ha erupcionado.

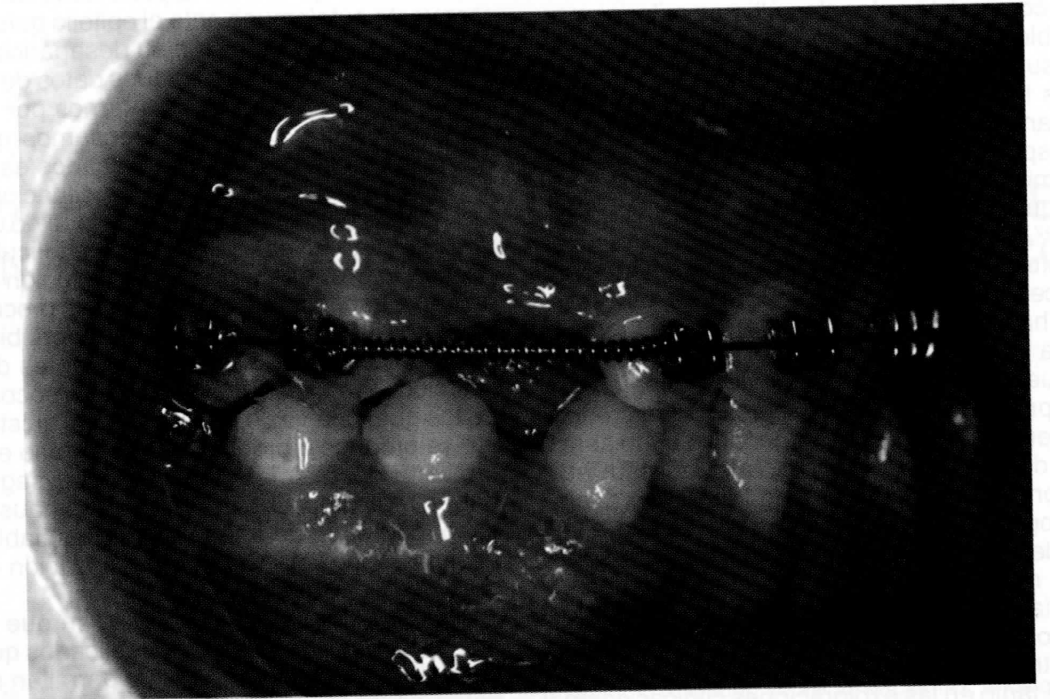


FIGURA 5
En este momento se realiza la apertura de espacio previa a la cirugía de rescate del canino incluido.

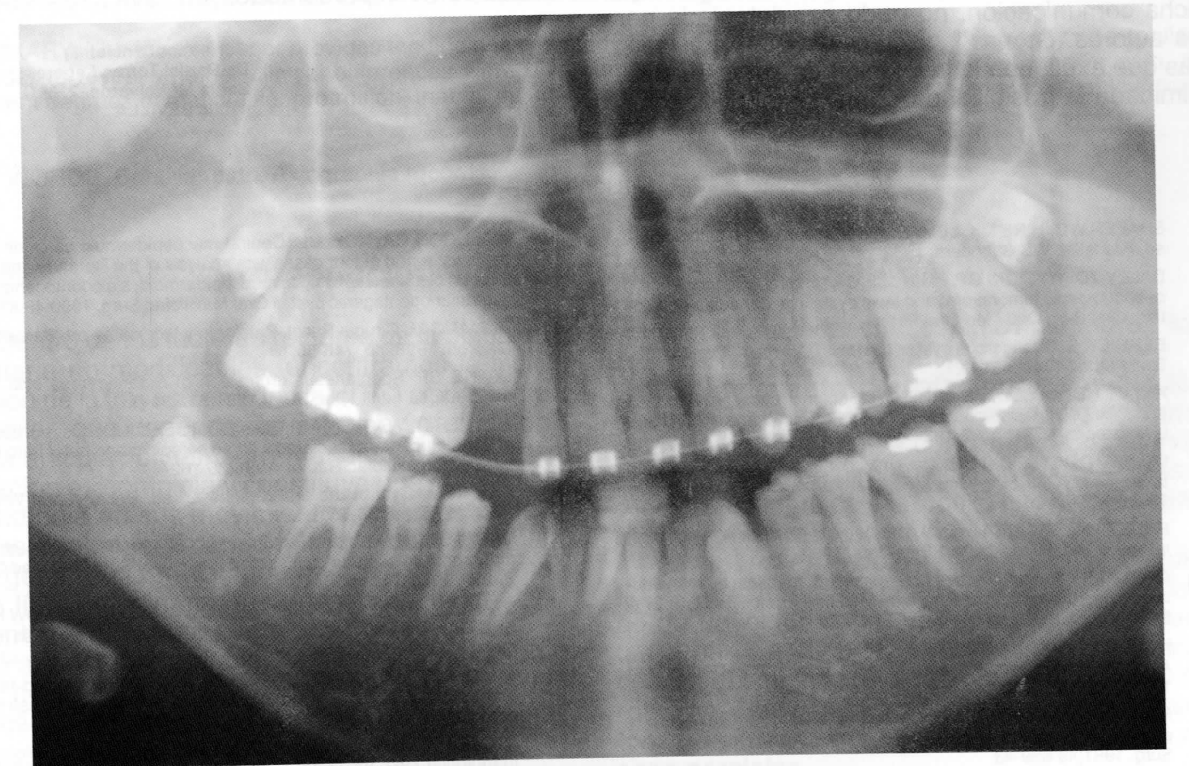


FIGURA 6
Radiológicamente no se observa rastro alguno de lesión quística maxilar tras tres años de seguimiento.

dental y el tejido circundante. Ya hemos apuntado, que comprobar estos dos últimos criterios no fue posible al no tratar la lesión quirúrgicamente.

Si asumimos estar ante un quiste folicular, ¿cuál es la razón o la causa de este comportamiento tan extraño? La aparición de una comunicación espontánea entre el quiste y la cavidad oral que permita su descompresión es la primera opción en que pensamos, sin embargo, ni nosotros, ni IRVING¹², observamos en ningún momento ninguna fístula que permitiera esta comunicación. IRVING acepta, al no poder explicarlo de otra forma, que ha habido una descompresión espontánea de la lesión.

En nuestro caso, podemos discutir si la erupción del primer premolar, muy cercano a la cresta alveolar en el momento del diagnóstico pudo abrir una vía de drenaje del quiste, que facilitara su descompresión. En este sentido hemos de decir que radiográficamente el quiste no afectaba a la corona del 15, sino que más bien lo hacía sólo sobre su raíz. La irrupción de la corona en boca, no llevaría consigo, por tanto, el establecimiento de una comunicación quiste-medio externo.

Por otra parte, durante la erupción del primer premolar, tanto en las exploraciones clínicas como en los interrogatorios al paciente, no se evidenció salida de líquido desde el interior óseo a la cavidad bucal a través del collarete mucoso del diente en erupción, por lo que, si en verdad se produjo dicha comunicación, no pudo ser detectada por los autores. STORRS¹⁸ discute y busca otras teorías que expliquen la involución de estos quistes, eliminada la posibilidad de una marsupialización

espontánea, apuntando la posibilidad de que una respuesta autoinmune ante el epitelio quístico proliferativo pueda conducir a su desaparición.

Obviamente, con los escasos datos de que disponemos, no podemos decantarnos por ninguna de las teorías propuestas. Pensamos que esta escasez de datos y casos publicados es debida, entre otras causas, a las pocas situaciones que justifican una postura expectante (que no una abstención terapéutica) ante un quiste folicular diagnosticado. Por otra parte, si la involución se hace de forma espontánea, aunque sea un proceso más o menos frecuente, pasará desapercibida si el quiste inicial no es diagnosticado antes de su involución. Para más INRI, en estos pocos casos en los que, una vez diagnosticado el quiste folicular, se produce o producimos un retraso en el tratamiento del mismo, debemos estar seguros de haber realizado un seguimiento exhaustivo del caso, con el fin de asegurar, lo más fiablemente posible, la inexistencia de comunicación entre el quiste y la cavidad oral.

Todos estos factores influyen en que se produzca una escasez de datos publicados que hace difícil llegar a conclusiones que permitan explicar estos comportamientos atípicos. Por tanto, es necesaria la recopilación de otros casos y de más datos que apoyen una teoría (ya sea la autoinmune o cualquier otra) que expliquen la evolución de casos como el presentado.

Correspondencia:
Dr. Daniel Torres Lagares
Santa M^a Valverde, 2, 3^o C
41008 SEVILLA

BIBLIOGRAFÍA

1. SHAFER WG, HINE MK, LEVY BM. A textbook of oral pathology. 4^o ed. Filadelfia. WB Saunders, 1983. pp 260-5.
2. DALEY TD, WYSICKI GP, PRINGLE GA. The relative incidence of odontogenic tumors: oral and jaws cysts in a Canadian population. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1994;77:276-80.
3. BERNICK S. Dentigerous cyst of the jaws. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1949;2:914-21.
4. KILLEY HC, KAY LW, SEWARD GR. Benign cystic lesions of the jaws: their diagnosis and treatment. 3^o ed. Edimburgo. Churchill Livingstone. 1977. pp. 93-103.
5. DALEY TD, WYSOCKI GP. The small dentigerous cyst. A diagnostic dilemma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod. 1995;79:77-81.
6. REGEZI JA, SCIUBBA J. Oral pathology: clinical-pathologic correlations. 2^o ed. Filadelfia. WB Saunders, 1993. pp 326-32.
7. GORLIN RJ. Potentialities of oral epithelium manifest by mandibular dentigerous cyst. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1957;10:271-84.
8. HOLMLUND HA, ANNEROTH G, LUNDQUIST G, NORDERAM A. Ameloblastoma originating from odontogenic cyst. J Oral Pathol Med 1991;20:318-21.
9. MAXYMIW WG, WOOD RE. Carcinoma arising in a dentigerous cyst: a case report and review of the literature. J Oral Maxillofac Surg. 1991;49:639-43.
10. WALDRON CA, KOH ML. Central mucoepidermoid carcinoma of the jaws: report of four cases with analysis of the literature and discussion of the relationship to mucoepidermoid, sialodontogenic and glandular odontogenic cyst. J Oral Maxillofac Surg. 1990;48:871-7.
11. DONADO M. Cirugía Bucal. Patología y técnica. 2^o ed. Barcelona. Masson. 1998. pp. 746-50.
12. IRVING SP. Spontaneous regression of a dentigerous cyst in a middle-aged adult. Oral Surg. 1984;57:604-5.
13. ADAMS AD, WALTON AG. Case report. Spontaneous regression of a radiolucency associated with an ectopic mandibular third molar. Dentomaxillofac Radiol. 1996;25:162-4.
14. SHEAR M. Cyst of the oral regions. 2^o ed. Bristol. Jhon Wright PSG. 1983. pp- 56-75.
15. DACHI SF, HOWELL FV. A survey of 3.874 routine full-mouth radiographs: II - a study of impacted teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1961;14:1165-9.
16. STANLEY HR, ALATTAR M, COLLET WK, STRINGFELLOW HR, SPIEGEL EH. Pathological sequelae of "neglected" impacted third molar. J Oral Pathol Med. 1988;17:113-7.
17. AHLQWIST M, GRONDAHL HG. Prevalence of impacted teeth and associated pathology in middle-aged and older Swedish women. Community Dent Oral Epidemiol. 1991;19:116-9.
18. STORRS J. The spontaneous disappearance of a large unilocular mandibular cyst. Int J Oral Surg. 1981; 19:134-7.

UNIVERSIDAD DE MURCIA – FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DOCENTE DE PRÓTESIS ESTOMATOLÓGICA Y OCLUSIÓN

VARIACIONES DEL ÁNGULO DE LA PENDIENTE CONDILAR MEDIANTE REGISTROS AXIOGRÁFICOS

STUDY OF CONDILAR PATH USING AXIOGRAPHICS RECORDS

por

A. FORCÉN BÁEZ * M. T. RUIZ NAVAS **

I. SERRANO BELMONTE *** M. L. ROYO-VILLANOVA PÉREZ ****

MURCIA

RESUMEN: En este trabajo, presentamos los resultados de un estudio realizado sobre 35 pacientes, a los que se les realizó una axiografía para ver si existían diferencias clínicas en los valores del ángulo de la pendiente condilar, a distintos grados de protrusión mandibular, que nos pudiera incidir a la hora de ajustar este parámetro en el articulador semiajustable.

PALABRAS CLAVE: Trayectoria condilar. ITC. Pendiente condilar. Registros axiográficos.

SUMMARY: The present paper provides the findings of a study carried out on 35 patients. An axiography was applied in order to reveal whether clinical differences were given among the values of the angle of the condilar path, at different degrees of mandibular protrusion, that might affect the parametrical adjustment in the semiadjustable articulator.

KEY WORDS: Condilar path. Axiographic records.

INTRODUCCIÓN. FUNDAMENTO DE LA AXIOGRAFÍA

Dentro de los factores rectores de la oclusión dentaria no modificables, encontramos la inclinación de la trayectoria condilar (ITC) o pendiente condilar, que depende de la forma y la función de la articulación témporo-mandibular. Esta articulación es compleja y constituye una guía de la mandíbula en sus movimientos, además de las guías dentarias. Cuando la mandíbula se mueve, genera una trayectoria, que se define como una línea imaginaria que describe el desplazamiento de cualquier punto de la mandíbula.

Para comprender bien la dinámica mandibular, hemos de entender dos conceptos de la mecánica (ciencia que descubre y predice las

condiciones de descanso y movimiento de los cuerpos bajo la acción de fuerzas) que son:

1. Movimiento de rotación: las partículas que forman el cuerpo que está en movimiento, se mueven en círculos concéntricos, pudiendo estar el centro de giro en el espesor de la masa, o localizado fuera de ella, con lo que ningún punto del cuerpo permanecerá fijo (dibujo 1).

2. Movimiento de traslación: todas las partículas que forman el cuerpo se mueven a lo largo de trayectorias paralelas, pudiendo ser rectas o curvas (dibujo 2). Algunas veces puede coexistir el movimiento de traslación con uno de rotación. Esta característica hace que las trayectorias de cualquier punto de la mandíbula ya no sean paralelas.

Hoy día, la mayor parte de los autores consideran que la mandíbula cuando está situada en

(*) Profesor Titular.
(**) Profesora Titular.
(***) Profesor Asociado.
(****) Catedrático.