

INTRODUCCIÓN

Para comprender las características del quiste asociado a la canal incisivo, es necesario conocer la anatomía propia de esta entidad. El canal incisivo se sitúa en la zona anterior de la sutura intermaxilar, teniendo una longitud promedio de 10mm y menos de 6mm de diámetro (1,2); terminado en dos conductos en la cavidad nasal, a ambos lados de la cresta nasal, y en el agujero incisivo a nivel de la cavidad bucal. Su contenido se relaciona con el N. nasopalatino y la anastomosis vascular de la A. palatina mayor y la A. esfenopalatina (1,13). Radiográficamente se observa como una zona radiolúcida de forma ovoide entre las raíces de los incisivos centrales superiores con bordes que pueden verse corticalizados o difusos dentro de límites normales (2).

MATERIAL Y MÉTODOS

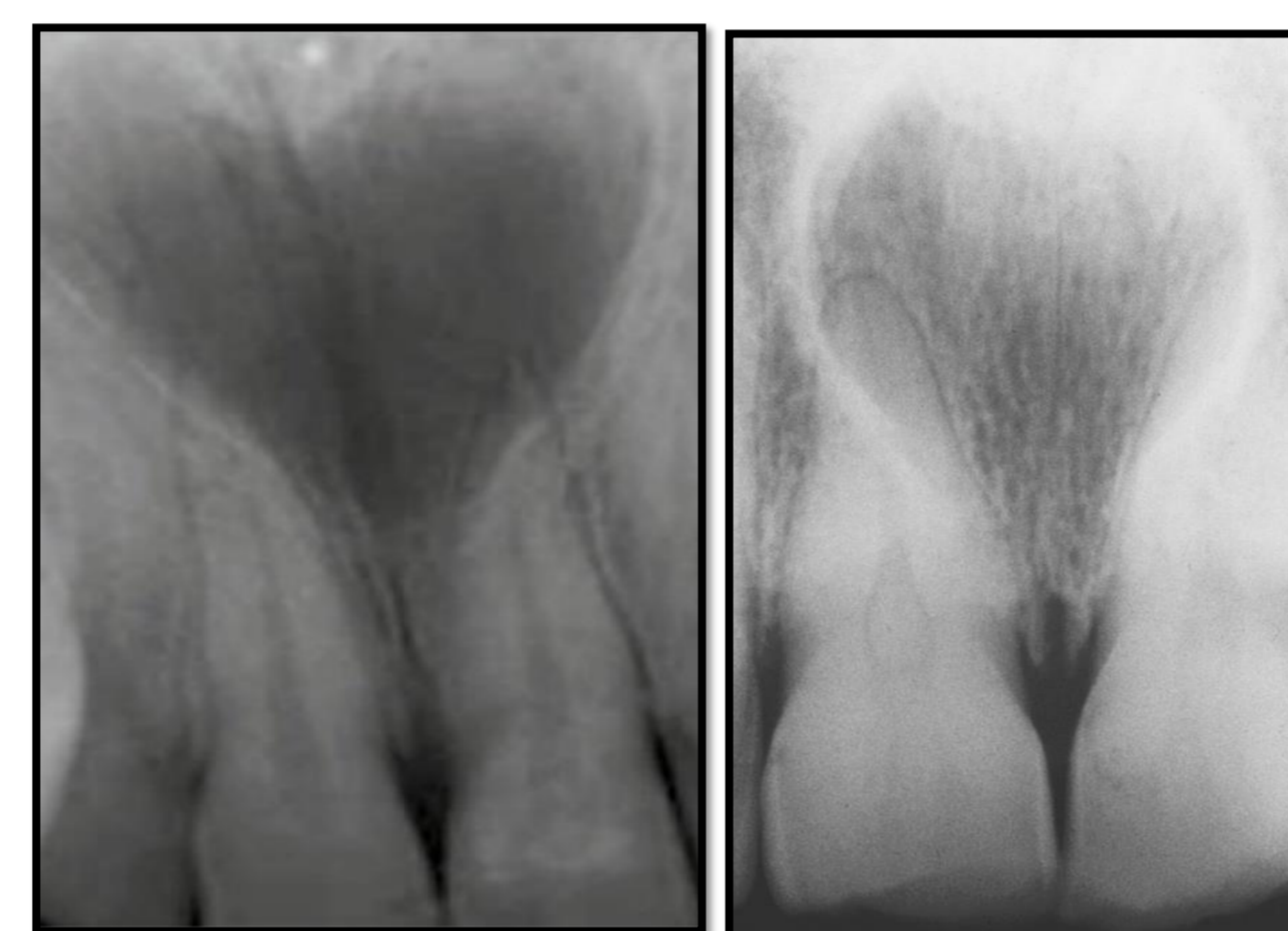
Para realización de este trabajo se buscó información referente al canal incisivo y el quiste asociado, revisándose textos de las disciplinas de anatomía, patología e imagenología; comparándola con artículos encontrados a través de Pubmed, de esta última se filtraron publicaciones desde el año 2010.

RESULTADOS

Patología:
El quiste del canal incisivo, es descrito como “un quiste intraóseo embrionario situado en la línea media de la parte anterior del paladar, derivado de los islotes de epitelio remanentes después del cierre del conducto nasopalatino embrionario” (3,4,10). Es el quiste no odontogénico más común, afectando a alrededor del 1% de la población y siendo más común entre la 4° y 6° década (2,4,5,7,8,9). Su sintomatología es intermitente y se asocia a hinchazón, supuración y dolor, pudiendo ser asintomático (2,4).

A nivel imagenológico, muchas veces puede encontrarse como hallazgo en examen de rutina (3), caracterizándose por visualizarse como una zona radiolúcida bien delimitada en relación a la línea media, entre la zona apical entre los incisivos centrales. Suelen ser lesiones redondeadas u ovaladas con bordes escleróticos (2,3,4,5).

En la literatura revisada, se describe que el canal incisivo puede tener distintas formas, al ser visualizado en cortes sagitales y axiales en CBCT. En cortes sagitales, las formas más prevalentes son la cilíndrica, de huso, de reloj de arena y embudo; y en cortes axiales, ovalado, redondo, de corazón y otros (2,14,15).



A) Imagen radiográfica canal incisivo normal (White Pharoah) (2).
B) Imagen radiográfica Quiste del canal incisivo (Neville) (4).

DISCUSIÓN

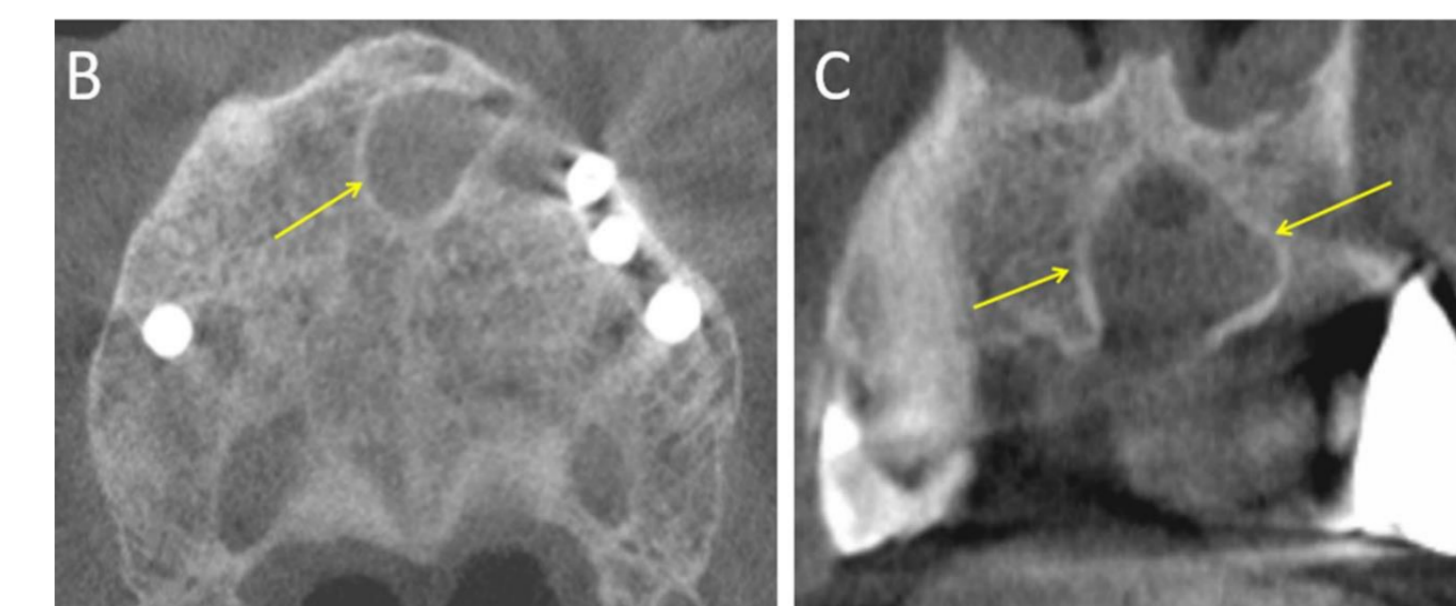
Tanto la literatura especializada en patología, como la asociada a la imagenología oral y autores como Koenig y White Pharoah arrojan datos concordantes respecto a la etiología, clínica y criterios diagnóstico.

La dimensión imagenológica de esta entidad está asociada principalmente al tamaño y forma, donde autores como White (2) y Neville (4) consideran que en conductos de más de 6 mm de diámetro se presume la presencia de un quiste. Esto se contrasta con

Koenig que considera el diagnóstico se realiza sobre los 10 mm (5).

Ueda N. et al en 2019, concluyó que el tamaño del canal incisivo puede verse alterado con la edad y el género, especialmente en pacientes mayores de 60 años, proponiendo una medida crítica de 7.1 mm para este grupo etario (11).

Suter V. et al concluyeron que las lesiones dentoalveolares pueden causar alteraciones del diámetro del canal (12). Lo anteriormente expuesto se correlaciona con otros estudios revisados como en de Rai S. et al (15) y el de Lake S. et al (14), que consideran las variantes de edad y género, además del origen étnico, pérdida de dientes y traumas en la variación del tamaño del canal incisivo normal.



Corte axial y coronal CBCT quiste del canal incisivo (Han-Gyeol Yeom et al) (6).

CONCLUSIÓN

Se puede concluir que el tema abordado ha sido estudiado en todas sus dimensiones, siendo concluyente respecto a su etiología, presentación clínica y manejo. Sin embargo, aún falta consenso para establecer su diagnóstico imagenológico, esto debido a las distintas variables que afectan a la anatomía del conducto incisivo. Es por lo anterior, que se plantean la necesidad de realizar nuevos estudios en donde se categorice por edad, presencia de dientes y etnia, correlacionando los resultados con la histología respectiva para así, poder establecer criterios diagnósticos imagenológicos más acertados y claros.

BIBLIOGRAFÍA

