

Cirugía y Cirujanos

Volumen 73
Volume

Número 2
Number

Marzo-Abril 2005
March-April

Artículo:

Queratoquiste odontogénico en
posición dentígera. Caso clínico

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Queratoquiste odontogénico en posición dentígera. Caso clínico

Acad. Dr. Tetsuji Tamashiro-Higa, Acad. Dr. Adalberto Mosqueda-Taylor***

Resumen

Los quistes que se presentan en la región maxilomandibular y regiones peribucales son de origen odontogénico, no odontogénico, pseudoquistes, quistes asociados al seno maxilar y de tejidos blandos, y pueden variar en cuanto a su histogénesis, frecuencia, comportamiento y tratamiento. Se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 18 años de edad con diagnóstico radiográfico inicial de quiste dentígero y diagnóstico clínico posterior a la punción exploradora y extirpación quirúrgica bajo anestesia general de queratoquiste odontogénico. La evolución de la paciente fue satisfactoria, con control radiográfico postoperatorio a dos años sin evidencia de recurrencia.

Palabras clave: queratoquiste odontogénico, quiste dentígero, maxilar.

Summary

Cysts that may develop in the maxillo-mandibular region and adjacent tissues may be of odontogenic origin, non-odontogenic origin, pseudocysts, cysts associated with the maxillary sinus and those developed from the soft tissues. These may vary as to their histogenesis, frequency, behavior and treatment. This article presents the clinical case of an 18-year-old female patient with an initial radiographic diagnosis of dentigerous cyst, which after exploratory puncture and surgical removal under general anesthesia yielded a final diagnosis of odontogenic keratocyst. The patient's evolution was satisfactory with a 2-year radiographic control, without evidence of recurrence.

Key words: odontogenic keratocyst, dentigerous cyst, maxilla.

Introducción

Los quistes de la región bucal y maxilofacial pueden ser de origen odontogénico, no odontogénico, pseudoquistes (no epiteliales), quistes asociados al seno maxilar y quistes de los tejidos blandos.¹ Los de origen odontogénico son: radicular, residual, paradental, colateral inflamatorio, dentígero, de erupción, gingival del recién nacido, gingival del adulto, periodontal lateral, odontogénico glandular y queratoquiste odontogénico. Los epiteliales de origen no odontogénico son nasolabial y del conducto nasopalatino. Los pseudoquistes son el óseo aneurismático y el óseo solitario o hemorrágico. Los quistes

asociados al seno maxilar incluyen al quiste mucoso benigno y al quiste quirúrgico ciliado. Los de tejidos blandos incluyen principalmente al branquial (linfoepitelial), del conducto tiroglosa, dermoide y epidermoide.¹⁻⁵

La queratinización puede ocurrir en el revestimiento de varios de los quistes odontogénicos, pero en el queratoquiste odontogénico la paraqueratosis es un hallazgo característico. El término queratoquiste odontogénico fue utilizado por primera vez por Philipsen en 1956 para denominar a cualquier quiste odontogénico que produzca queratina, y durante la década de los sesenta diversos investigadores demostraron que tanto los denominados quistes primordiales, descritos originalmente por Robinson en 1945 para denotar a los quistes que se forman en lugar de un diente, los cuales se caracterizan por su marcada tendencia a la recurrencia, y los queratoquistes odontógenos, representan una sola entidad que posee características clínico-patológicas que permiten diferenciarlos de otros quistes que pueden presentar queratinización por metaplasia del revestimiento epitelial.¹

Desde la aparición de la primera edición de la Clasificación Histológica de Tumores Odontogénicos, Quistes y Lesiones Relacionadas, publicada por la Organización Mundial de la Salud,⁶ ambos términos se utilizan en forma indistinta, aunque la tendencia actual es considerar al queratoquiste como una

* Cirugía Oral y Maxilofacial, Academia Mexicana de Cirugía.

** Patología Oral y Maxilofacial, Academia Nacional de Medicina.

Solicitud de sobretiros:

Acad. Dr. Tetsuji Tamashiro-Higa,
División del Norte 3651, local 6, Col. San Pablo Tepeyac,
Deleg. Coyoacán, 04620 México D. F.
Tels.: 5619 4349 y 5618 6168.
Fax: 5617 6402.

Recibido para publicación: 07-06-2004

Aceptado para publicación: 23-07-2004



Figura 1. Imagen radiográfica preoperatoria.

neoplasia quística benigna, a la que se ha propuesto designar en la nueva clasificación de tumores odontogénicos como “tumor odontogénico quístico queratinizante”.⁷

El propósito de este trabajo es el presentar un caso de queroquiste odontogénico localizado en posición dentígera, describir los hallazgos clínico-patológicos sobresalientes, así como discutir su probable patogénesis, diagnóstico diferencial y manejo terapéutico.

Caso clínico

Mujer de 18 años de edad sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual, quien inició su problema cuatro años atrás al presentar dolor ligero en la zona de canino superior derecho, el cual aparecía en forma recurrente en forma ocasional dos veces al año. La paciente refiere que aproximadamente 20 días antes notó salida de material tipo “cremoso” de color blanco amarillento en el fondo del surco vestibular correspondiente a la zona involucrada, por lo que acudió para su atención con facultativo, quien la remite con estudio radiográfico y diagnóstico presuntivo de quiste dentígero (figura 1).

A la exploración de la región afectada se observa cavidad oral con mucosas bien hidratadas y arcadas dentarias completas, con ausencia de canino superior derecho permanente y persistencia de canino temporal, así como movilidad grado II de incisivo lateral y primer premolar del mismo lado, y se nota el surco vestibular con ligero aumento de volumen sin alteración de la coloración de la mucosa. La paciente no refiere dolor a la palpación, pero a la percusión lateral y vertical de los dientes involucrados reporta dolor leve. Al efectuar presión en el fondo del vestíbulo se observa salida de material caseoso de color blanco amarillento no fétido, por lo que se programa para cirugía bajo anestesia general con diagnóstico basado en el examen citológico del aspirado de quiste dermoide (figura 2).



Figura 2. Imagen clínica preoperatoria. Obsérvese material caseoso en punción.

Bajo anestesia general con intubación orotraqueal y previa asepsia y antisepsia de la región, se efectuó incisión angulada contorneante y levantamiento del colgajo mucoperióstico, encontrándose tejido óseo muy delgado que cubría la lesión, por lo que se eliminó la misma junto con el canino temporal, consistente en un saco quístico fibroso, el cual fue enucleado en su totalidad, notándose que contenía en su interior la corona del canino permanente y la raíz hacia fuera (figura 3); al corte se observó abundante material caseoso en su interior. Se efectuó curetaje de la cavidad ósea remanente, encontrándose los ápices del incisivo lateral y del premolar sin alteraciones (figura 4). Se colocó gel-foam y se afrontó el colgajo por medio de puntos aislados de sutura con seda atraumática de 000, terminándose la intervención con paciente en buenas condiciones, sin incidentes ni accidentes. El postoperatorio transcurrió sin problemas, por lo que se fue dada de alta hospitalaria a las 24 horas.

Informe histopatológico

Descripción macroscópica: se recibe totalidad de espécimen con aspecto de saco quístico de superficie lisa y rugosa, de



Figura 3. Cápsula quística con pieza dentaria incluida.



Figura 4. Cavitad ósea remanente.

color rosa amarillento, el cual contiene en su interior material caseoso tipo queratina, y en su pared presenta un órgano dentario unirradicular adherido al tejido blando a nivel cervical. Mide 30 × 20 × 20 mm.

Descripción microscópica: en las secciones estudiadas se identifica una lesión de naturaleza quística, formada por una delgada pared de tejido fibroconectivo laxo maduro con focos de infiltrado inflamatorio de tipo mixto y predominio linfoplasmocitario, la cual está revestida en su mayor parte por epitelio escamoso estratificado de grosor uniforme, de 6 a 8 capas de espesor, con superficie ondulada paraqueratinizada, con capa basal cuboidal a columnar y libre de procesos interpapilares (figura 5).

Diagnóstico: queratoquiste odontogénico.

La evolución fue favorable, se efectuaron pruebas de vitalidad pulpar de las piezas dentarias involucradas, encontrán-

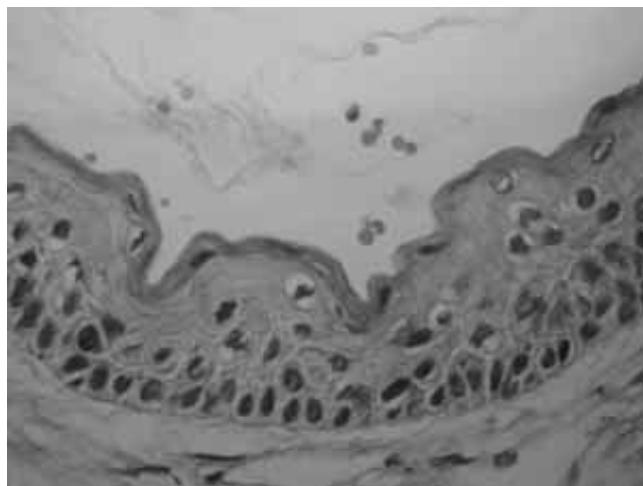


Figura 5. Nótase capa basal columnar y superficie ondulada paraqueratinizada.

dose vitales. El control postoperatorio clínico y radiográfico sin problemas, hasta el momento de la última visita dos años después de la cirugía (figuras 6 y 7).

Discusión

Los quistes de la cavidad oral y región maxilofacial pueden ser de origen odontogénico, no odontogénico, pseudoquistes, quistes asociados al seno maxilar y quistes de tejidos blandos. De todos ellos, el queratoquiste odontogénico es el que



Figura 6. Vista clínica a 2 años de postoperatorio.



Figura 7. Vista radiográfica postoperatoria a dos años.

presenta mayor agresividad, expresada por su alta tasa de recurrencia, gran capacidad para destruir grandes áreas del hueso medular y por su posible asociación en algunos casos al síndrome de carcinomas basocelulares múltiples.^{1,2,5}

El queratoquiste odontógeno se origina de restos de la lámina dental, aunque existe evidencia que también puede derivarse de células basales del epitelio bucal.⁸ La frecuencia de este quiste se ha estimado en 11.2% en la serie de 2616 quistes de los maxilares publicada por Shear¹ en Sudáfrica, mientras que en México esta entidad representó 21.5% de una serie de 856 quistes odontogénicos diagnosticados en dos servicios de patología bucal en la ciudad de México.⁹

La mayoría de los casos se diagnostican entre la segunda y tercera décadas, en las que se presenta entre 40 y 60% de los casos, aunque éstos pueden acontecer a cualquier edad, con ligero predominio por el sexo masculino^{1,9} y en ocasiones pueden ocurrir en forma múltiple, como parte del síndrome de carcinomas basocelulares múltiples o síndrome de Gorlin Goltz. Aunque se pueden presentar en cualquier área de los maxilares, la mayoría se localiza en la región mandibular (aproximadamente 75% de los casos), en donde alrededor de 50% de los casos afecta la región de ángulo mandibular y rama ascendente.¹⁰ Algunos estudios sugieren que los queratoquistes se presentan con mayor frecuencia en el maxilar en personas mayores de 50 años.¹¹

Radiográficamente los queratoquistes se pueden presentar como una zona radiolúcida unilocular circular u ovoidal, de tamaño variable, y a menudo con bordes escleróticos festoneados, aunque puede observarse una imagen multiloculada en lesiones de mayor tamaño y en algunos casos puede presentar incluida la corona de un diente sin erupcionar. El aspecto festoneado de su periferia es especialmente notable en las lesiones mandibulares, y se debe probablemente a un crecimiento desigual del revestimiento epitelial en distintas partes del quiste; este aspecto a menudo se confirma en el estudio macroscópico de los especímenes retirados en una sola pieza.

Desde el punto de vista radiográfico, el queratoquiste odontogénico puede imitar a varios de los otros quistes y tumores que ocurren en los maxilares, así, puede simular un quiste radicular cuando se presenta adyacente al ápice de uno o varios dientes; cuando se localiza entre las raíces de dientes vitales puede confundirse con el quiste lateral periodontal; cuando se encuentra sin asociación a un diente se puede confundir con quiste residual o algún tumor odontogénico, y cuando el quiste impide la erupción de un diente y éste aparece retenido en su interior, se debe descartar la posibilidad de un quiste dentígero o un ameloblastoma quístico.¹ Forssell,¹² en un análisis de 135 queratoquistes encontró esta relación con la corona de dientes retenidos en 41% de los casos, y notó que dicha asociación era más frecuente en los casos localizados en el maxilar, tal y como ocurrió en nuestro caso.

Es interesante notar que en ocasiones el revestimiento epitelial de quistes que se encuentran típicamente en relación dentígera, esto es, que rodean completamente la corona de un diente retenido y se unen a ellos a nivel cervical, presentan todas las características histopatológicas del queratoquiste odontogénico. Algunos autores sugieren que esto ocurre cuando un queratoquiste en crecimiento envuelve al folículo dental de un diente en formación o en vías de erupcionar, fusionando el epitelio reducido del órgano del esmalte que rodea a la corona con el epitelio de revestimiento del queratoquiste.¹ En consecuencia, Altini y Cohen propusieron el término “quiste primordial (queratoquiste) folicular” para este tipo de queratoquiste (folicular igual a dentígero). Ellos examinaron 17 casos, de los cuales nueve se presentaron en el maxilar, y de éstos cinco estaban en asociación al canino. Dichos autores postularon que los quistes primordiales foliculares podrían surgir a consecuencia de la erupción de un diente dentro de un queratoquiste preexistente, de la misma forma en la que un diente erupciona en la cavidad oral, y basan su propuesta en el hecho de que al examen microscópico de sus casos el epitelio adyacente a la unión amelocementaria del diente era epitelio reducido del órgano del esmalte, mientras que en el resto tenía las características típicas de queratoquiste odontogénico.¹³

Histológicamente la pared del queratoquiste odontogénico es delgada, de tejido conectivo fibroso laxo y la interfase epitelio-tejido conectivo es plana, la capa basal presenta células cuboidales a columnares con núcleos prominentes, el estrato superficial posee una capa paraqueratósica ondulada que se descama en la luz del quiste y puede contener grandes cantidades de restos de queratina. Hasta 95% de los queratoquistes odontogénicos son de tipo paraqueratósico y sólo 5% presenta variantes ortoqueratósicas, pero es importante diferenciarlos de otras entidades quísticas con signos de queratinización, ya que la conducta biológica de estas últimas suele ser de menor agresividad y baja probabilidad de recurrencia. Al respecto, se debe mencionar que algunos estudios han demostrado la presencia de queratinización en 3 a 5% de todos los quistes odontogénicos (incluyendo los dentígeros), principalmente a consecuencia de metaplasia asociada a inflamación de la cápsula fibrosa.^{14,15} Debido a lo anterior, es conveniente señalar que el diagnóstico de queratoquiste odontogénico debe basarse en el estudio histopatológico y no en el resultado del estudio clínico, radiológico o punción aspiradora en forma aislada. En el caso que se presenta, el diagnóstico presuntivo de quiste dentígero se descartó mediante hallazgos de la punción y el examen microscópico del espécimen quirúrgico, lo cual hizo necesario realizar un seguimiento cuidadoso de la zona intervenida a fin de detectar tempranamente alguna posible recurrencia.

Aunque la tasa de recurrencia estimada para el queratoquiste odontogénico es de alrededor de 30%,^{1,12} ésta depende en

gran medida del tipo de tratamiento empleado y del seguimiento dado a las lesiones. En nuestro caso el seguimiento fue de solamente dos años, en los que se observó adecuada reparación del defecto óseo, sin embargo, la mayoría de autores considera que el seguimiento debe ser por lo menos de cinco años, ya que aunque la mayoría de casos recurrentes han reaparecido antes de ese período, existen casos bien documentados de recurrencias en etapa posterior.¹

El tratamiento de los queratoquistes consiste en la extirpación quirúrgica acompañada de curetaje, osteotomía o resección marginal para garantizar un margen adecuado de tejido sano y reducir el riesgo de recurrencia.^{1,16,17}

Referencias

1. Shear M. Cysts of the oral regions. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1992.
2. Regezi JA, Sciubba J. Patología bucal. México: Interamericana McGraw-Hill; 1995. pp. 334-373.
3. Farman AG, Norrje CJ, Word RE. Oral and maxillofacial diagnostic imaging. St. Louis, MO: Mosby; 1993. pp. 210-222.
4. Tamashiro HT, Sánchez Torres J. Quistes epidermoides de la cavidad oral. Rev ADM 1970;XXVII:329-343.
5. Ne BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial Pathology. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 2002. pp. 590-610.
6. Pindborg JJ, Kramer IRH. Histological typing of odontogenic tumours, jaw cysts and allied lesions. Geneva: World Heath Organization; 1971.
7. Reichart PA, Philipsen HP. Odontogenic tumors and allied lesions. London: Quintessence; 2004.
8. Stoelinga PJW. Etiology and pathogenesis of keratocysts. Oral Maxillofacial Surg Clin North Am 2003;15:317-324.
9. Mosqueda A, Irigoyen ME, Díaz MA, Torres MA. Quistes odontogénicos. Análisis de 856 casos. Medicina Oral 2002;7:89-96.
10. Shear M. Odontogenic keratocysts: clinical features. Oral Maxillofacial Surg Clin N Am 2003;15:335-345.
11. Woolgar JA, Rippin JW, Browne RM. A comparative study of the clinical and histological features of recurrent and non-recurrent odontogenic keratocysts. J Oral Pathol 1987;16:124-128.
12. Forssell K. The primordial cyst. A clinical and radiographic study. Proc Finn Dent Soc 1980;76:129-174.
13. Altini M, Cohen M. The follicular primordial cyst (odontogenic keratocyst). Int J Oral Surg 1982;11:175-182.
14. Toller PA. Origin and growth of odontogenic cysts of the jaw. Ann R Coll Surg Engl 1967;40:306-336.
15. Browne R, Gough NG. Malignant change in the epithelium lining odontogenic cysts. Cancer 1972;29:1199-1207.
16. Nakamura N, Mitsuyasu T, Mitsuyasu Y, Taketomi T, Higuchi Y, Ohishi M. Marsupialization for odontogenic keratocysts: long-term follow-up analysis of the effects and changes in growth characteristics. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 2002;94:543-553.
17. Ghali GE, Connor MS. Surgical management of the odontogenic keratocyst. Oral Maxillofacial Surg Clin N Am 2003;15:383-392.

