

Tumor odontogénico queratoquístico. Presentación de un caso clínico y revisión de la bibliografía.

Attaguile A, Bianchi M, Benitez J, Zubillaga Y, Giannunzio G

*Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial III, Facultad de Odontología,
Universidad de Buenos Aires*

Recibido: 08/05/2012

Aceptado: 17/07/2012

RESUMEN

El Tumor Odontogénico Queratoquístico (TOQ) es una entidad patológica benigna de origen odontogénico con tendencia a la recidiva y controversial tratamiento. Cerca del 75% se presentan en zona de rama ascendente y cuerpo mandibular, mientras que en zona sinfisaria no alcanzan el 10% de los casos.

Se presenta un caso clínico con ubicación en zona sinfisaria con diagnóstico de TOQ. Se realiza el tratamiento y seguimiento a distancia, revisando las características clínicas y anatomopatológicas de la entidad.

Palabras clave: tumor odontogénico queratoquístico, queratoquiste, tumor benigno odontogénico

ABSTRACT

The Keratocystic Odontogenic Tumor (KOT) is a benign pathological entity of odontogenic origin with controversial treatment and tendency to recur. About 75% are presented in the ascending ramus and mandibular body, while the sinfisiary presentation does not reach the 10% of all cases.

A clinical case is reported with sinfisiary location and diagnostic of KOT. The treatment and distance follow up are done, reviewing the clinic and anatomopathological characteristics of this entity.

Key words: keratocystic odontogenic tumor, keratocyst, benign odontogenic tumor.

INTRODUCCIÓN

El TOQ es una patología controversial en la cirugía oral y maxilofacial, desde que Philipsen lo describió y nombró por primera vez, en el año 1956. Gran parte de la controversia radica en la multiplicidad de técnicas descriptas para su tratamiento, algunas conservadoras y otras más agresivas (Pogrel, 2004; Williams y Connor, 1994), como también en la potencialidad de recidiva o recurrencia de este tumor. (Zecha et al., 2010).

El diagnóstico del TOQ aún representa un desafío para el cirujano maxilofacial debido a la ausencia, tanto clínica como radiográfica de signos o síntomas patognomónicos que determinen la presencia de esta patología. La confirmación del diagnóstico está basada en el estudio anatómo-patológico. (Chapelle et al., 2004, Stoelinga, 2001)

El TOQ se localiza más frecuentemente en el área de la rama ascendente y ángulo mandibular. Lo sigue en orden de fre-

cuencia la zona del cuerpo mandibular, siendo poco habitual en el maxilar superior

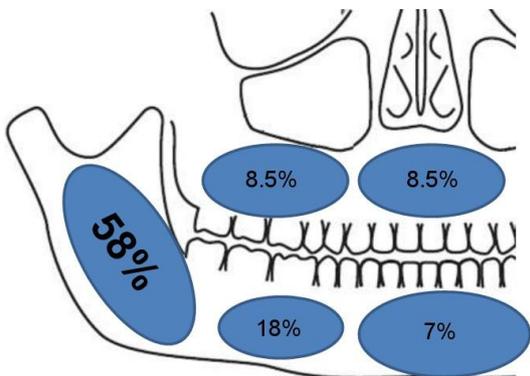


Fig. 1. Localización según frecuencia del TOQ

rior y en la zona sinfisaria. (Boffano, 2010; Stoeltinga, 2001) (Fig. 1.)

Radiográficamente puede presentarse de múltiples maneras, desde una radiolucidez unilocular, hasta una imagen multilocular o multilobular. Stoeltinga (2001), divide a las diversas formas de presentación radiográfica en cuatro categorías: (Fig. 2)

- Unilocular, cuando se presenta de una forma redondeada, con o sin un límite radiopaco bien definido
- Festoneado, cuando sus límites asemejan un festón
- Multilobular, cuando presenta dos o más lóbulos sin un séptum aparente que los divide
- Multilocular, cuando presenta dos o más lóbulos con un séptum que los divide

En cuanto a la sintomatología, los signos de inflamación aguda, como aumento de volumen seguido de dolor o presencia de material purulento, parece ser el motivo más frecuente de consulta. Sin embargo un alto porcentaje son asintomáticos, y se descubren mediante estudios radiográficos de rutina. (Stoeltinga, 2001) (Fig. 3).

El tratamiento del TOQ varía en base al alcance y magnitud de la lesión, y a la decisión del cirujano. Las opciones de tratamiento comprenden un amplio rango

de posibilidades, que van desde terapéuticas más conservadoras como la técnica descompresiva y enucleación, hasta terapéuticas más radicales y agresivas como la resección marginal o segmentaria. Cada una de estas opciones se encuentra sostenida y avalada científicamente y son consideradas válidas. (Pogrel, 2004; Pogrel, 2005; Jackson et al., 1993; Zhao et al., 2011; Zecha et al., 2010; Stoeltinga, 2001; Stoeltinga, 2005; Chapelle et al., 2004; Browne, 1994; Tonietto et al., 2011; Williams y Connor, 1994) (Cuadro 1)

Presentación Radiográfica - Porcentajes Totales

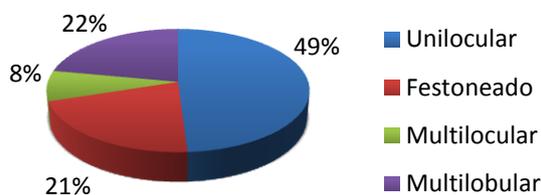


Fig. 2. Presentación radiográfica según Stoeltinga

Presentación clínica - Porcentajes totales

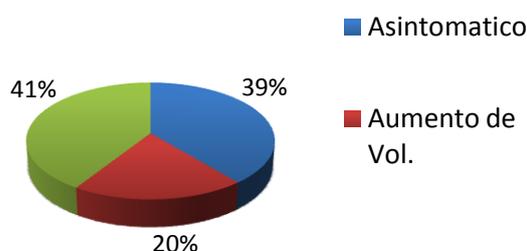


Fig. 3. Presentación clínica según Stoeltinga

La tasa de recidiva/recurrencia está situada dentro de un rango que va desde el 0 al 62 % de los casos. Esta diferencia se debe tanto a la diversidad en su forma de presentación como a las alternativas de tratamientos aplicados. La recidiva del TOQ puede deberse a tres motivos:

- Eliminación incompleta de restos epiteliales de la pared quística,

- Microquistes satélites presentes en el conectivo de la pared quística e islotes epiteliales
- Microquistes satélites presentes en la mucosa subyacente.

Stoelinga (2005) adjudica a este último motivo el mayor porcentaje de recidivas, por lo que enfatiza en sus trabajos la importancia de la enucleación de la mucosa subyacente como parte del tratamiento de este tumor.

Cuadro I.
Tratamiento del TOQ
Enucleación
Enucleación + Extirpación de Mucosa
Enucleación + Extirpación de Mucosa + Carnoy
Enucleación + Carnoy
Descompresión
Descompresión + Enucleación
Marsupialización
Crioterapia
Resección Marginal/Segmentaria

CASO CLÍNICO

Se presenta a la consulta una paciente de sexo femenino de 24 años de edad. La misma relata haber concurrido a su odontólogo quien realizó el tratamiento endodóntico de la pieza dentaria 4.4 por presentar dolor en sector anterior del maxilar inferior. Al continuar con molestias, el mismo solicitó radiografías periapicales y panorámica en donde observó la imagen por la que fue derivada a la Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial III.

Al examen físico se presenta asintomático, sin aumento de volumen extraoral. En el examen intraoral se detecta dolor a la palpación en fondo de surco vestibular anteroinferior y a la percusión en las piezas dentarias 4.3, 4.2, 4.1, 3.1 y 3.2.

Al examen radiográfico (Fig. 4) se observa una imagen radiolúcida, unilocular, de

límites definidos que involucra la sínfisis, extendiéndose desde la pieza dentaria 4.3 hasta 3.3, por debajo de los ápices dentarios y hasta la basal mandibular, sin compromiso de la misma. La lesión se insinúa hacia el espacio interradicular entre las piezas 42 y 43, desplazando a esta última. Dentro de los diagnósticos presuntivos se tuvieron en cuenta:

1. Quiste inflamatorio
2. Tumor Odontogénico Queratoquístico (TOQ)
3. Ameloblastoma Uniquístico



Fig. 4. Radiografía panorámica preoperatoria

Se realizó una biopsia incisional. La muestra fue remitida al servicio de Anatomía Patológica de la FOUBA arribando al diagnóstico de certeza de Tumor Odontogénico Queratoquístico.

Se solicitó una tomografía dentalscan del maxilar inferior para evaluar la extensión de la lesión y el compromiso de las piezas dentarias.

Bajo anestesia local se llevó a cabo la enucleación de la lesión junto con las exodoncias de las piezas 4.2 y 4.3 en íntima relación con la misma. (Fig 5) Se topicó el lecho quirúrgico con solución de Carnoy (Alcohol absoluto 6ml, Cloriformo 3 ml, ácido glacial-acético 1 ml, cloruro férrico 1g) con el fin de disminuir la probabilidad de recidiva. El resultado anatomopatológico de la pieza confirmó

la presencia de un Tumor Odontogénico Queratoquístico.

Se realizaron controles postoperatorios a los seis meses, un año, dos y tres años, sin signos de recidiva. (Fig. 6 y 7)

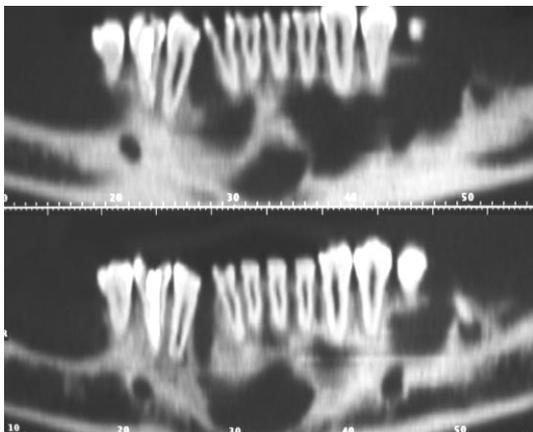


Fig. 5. Detalle de tomografía computada de maxilar inferior

DISCUSIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, los tumores odontogénicos pueden ser clasificados en benignos o malignos. En el año 2005, el Queratoquiste odontogénico (QO) fue incluido dentro de la clasificación de tumores odontogénicos benignos como Tumor Odontogénico Queratoquístico (TOQ), una entidad patológica benigna de epitelio odontogénico con estroma maduro, fibroso sin ectomesénquima odontogénico. (IARC, 2005) Sin embargo, la clasificación de quistes odontogénicos del año 1992 no fue modificada, por lo tanto el Queratoquiste sigue siendo considerada una entidad quística. Lo importante a tener en cuenta es que aunque sea incluido dentro del grupo de Tumores o Quistes, siempre hablamos de la misma entidad. (Kramer et al., 1992)

Los autores coinciden en su mayoría en cuanto a frecuencia y localización, pero se plantea discusión con respecto al tratamiento. Algunos alegan un tratamiento conservador de esta patología, realizando terapéuticas menos invasivas como la marsupialización. (Pogrel, 2004; Pogrel



Fig. 6. Radiografía panorámica posoperatoria a los 6 meses de seguimiento

2005; Zhao et al., 2011) Otros optan por una terapéutica más agresiva como la resección marginal o segmentaria de los maxilares basándose en la evidencia de elevados porcentajes de recidiva, casos con recidivas múltiples, y en el potencial comportamiento agresivo. (Browne, 1994) Williams sugiere el tratamiento de curetaje más topicación de la cavidad con solución de Carnoy en los queratoquistes primarios, mientras que para los casos de recidiva aconseja tratamientos con resecciones más allá del límite del quiste primario o de la recidiva. De esta manera se aseguraría la eliminación de posibles microquistes satélites, restos de la lámina dental o pared quística. (Williams y Connor, 1994) Jackson y colab. reportaron dos casos de TOQ con invasión de base

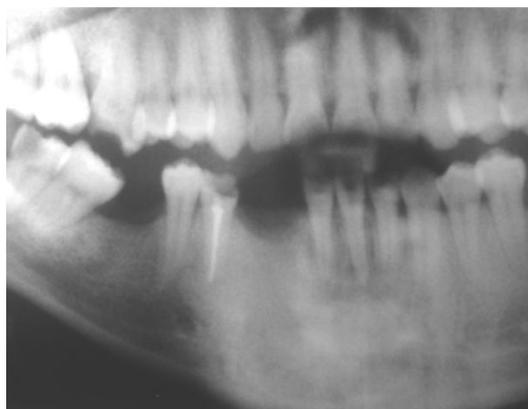


Fig. 7. Radiografía panorámica posoperatoria a los tres años de seguimiento. Se observa neoformación ósea en la zona que correspondía a la lesión.

de cráneo, motivo por el cual sostienen la importancia de un tratamiento radical inicial. (Jackson et al., 1993)

Pogrel sugiere en cambio una conducta más conservadora, avalando el uso de la marsupialización como tratamiento definitivo para queratoquistes de maxilar inferior. (Pogrel, 2004; Pogrel, 2005)

BIBLIOGRAFÍA

Boffano P, Ruga E, Gallesio C. Keratocystic odontogenic tumor (odontogenic keratocyst): preliminary retrospective review of epidemiologic, clinical, and radiologic features of 261 lesions from University of Turin. *J Oral Maxillofac Surg* 2010; 68(12):2994-99.

Browne RM. Per[cyst]ent growth: the odontogenic keratocyst 40 years on. *Ann R Coll Surg Engl* 1996; 78(5):426-33.

Chapelle K, Stoelinga PJW, de Wilde PCM, Brons JJA, Voorsmit R. Rational approach to diagnosis and treatment of ameloblastomas and odontogenic keratocysts. *Br J Oral Surg* 2004; 42(5):381-90.

LARC: World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours. [internet]. Lyon: Press; 2005 [Citado 2013 abr 26]. Disponible en:

<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/pat-gen/bb9/BB9.pdf>

Jackson IT, Potparic Z, Farsching M, Schievink WI, Tidstrom K, Hussain K. Penetration of the skull base by dissecting keratocyst. *J Craniomaxillofac Surg* 1993; 21(8):319-25.

Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. Histological typing of odontogenic tumours [Internet]. Berlin: Springer-Verlag; 1992. [Citado 2013 abr 26]. Disponible en:

http://whqlibdoc.who.int/publications/1992/354054142X_eng.pdf

Pogrel MA, Jordan RC. Marsupialization as a definitive treatment for the odontogenic keratocyst. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62(6):651-55.

CONCLUSIÓN

La localización sinfisaria del Tumor Odontogénico Queratoquístico es muy poco frecuente. Frente a las múltiples opciones de tratamiento, avaladas bibliográficamente, finalmente la elección de la técnica a emplear queda a criterio del equipo quirúrgico.

Pogrel MA. Treatment of keratocysts: the case for decompression and marsupialization. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63(11):1667-73.

Stoelinga PJ. Long-term follow-up on keratocysts treated according to a defined protocol. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2001; 30(1):14-25.

Stoelinga PJ. The treatment of odontogenic keratocysts by excision of the overlying, attached mucosa, enucleation, and treatment of the bony defect with carnoy solution. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63(11):1662-6.

Tonietto L, Borges HO, Martins CA, Silva DN, Sant'Ana Filho M. Enucleation and liquid nitrogen cryotherapy in the treatment of keratocystic odontogenic tumors: a case series. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011; 69(6):e112-7.

Williams TP, Connor FA Jr. Surgical management of the odontogenic keratocyst: aggressive approach. *J Oral Maxillofac Surg*. 1994; 52(9):964-6.

Zhao Y, Liu B, Han QB, Wang SP, Wang YN. Changes in bone density and cyst volume after marsupialization of mandibular odontogenic keratocysts (keratocystic odontogenic tumors). *J Oral Maxillofac Surg*. 2011; 69(5):1361-6.

Zecha JA, Mendes RA, Lindeboom VB, van der Waal I. Recurrence rate of keratocystic odontogenic tumor after conservative surgical treatment without adjunctive therapies - A 35-year single institution experience. *Oral Oncol*. 2010; 46(10):740-2.

Dirección para Correspondencia:

Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucocomaxilofacial III,
Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.
Marcelo T. de Alvear 2142, 1ºA, (C1122AAH) CABA.
E-mail: cirugia3@odon.uba.ar