

Queratoquiste odontogénico

Odontogenic keratocyst

Juan Carlos Quintana Díaz^I; Josefa Miranda Tarragó^{II}; Fowaz Al-Gobhari^{III}

^I Especialista de I y II Grados en Cirugía Máxilo Facial. Auxiliar de Cirugía Máxilo Facial de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana Cuba. Hospital Universitario "Ciro Redondo García" de Thamar, Yemen.

^{II} Especialista II Grado en Oncología. Profesora Titular. Facultad de Estomatología Universidad de La Habana.

^{III} Doctor en Estomatología. Instructor de Estomatología de la Facultad de Estomatología de la Universidad de Thamar, Yemen.

RESUMEN

El queratoquiste odontogénico constituye un tipo histológico de los quistes odontogénicos del desarrollo cuya mayor incidencia ocurre entre la segunda y tercera décadas de la vida, y puede tener un segundo momento de frecuente aparición hacia la quinta década. Las zonas del tercer molar inferior y el ángulo mandibular son las mayormente afectadas, desde donde la lesión progresa hacia la rama y el cuerpo. Entre los otros quistes odontogénicos este presenta gran importancia debido a la alta tasa de recurrencia ubicada entre el 25 y 60 % además de presentar características histopatológicas que lo diferencian de otras lesiones quísticas. Se reporta un caso en un paciente de sexo femenino, de 33 años de edad, que al examen clínico y radiográfico, presentó una lesión circunscrita al cuerpo de la mandíbula del lado izquierdo, en el área de brote del segundo premolar, radiolúcida unilocular. Después de los exámenes clínicos, radiográficos e histopatológico se diagnosticó: queratoquiste odontogénico. Se realizó tratamiento quirúrgico con resultados satisfactorios y sin señales clínicas ni radiográficas de recidiva hasta el momento, el defecto óseo fue reconstruido con Hidroxiapatita HAP-200 sin reacción adversa al implante.

Palabras clave: Quistes odontogénicos del desarrollo, queratoquiste odontogénico, quistes de los maxilares.

ABSTRACT

Odontogenesis keratocyst is a histological type of developmental odontogenic cysts whose incidence occurring between the second and the third decades of life with a potential second appearance in fifth decade. The lower third molars and the mandibular angle areas are the more involved and from there the lesion progresses to branch and body. Among the other types of cysts this is very important due to the high rate of relapse located between the 25 and the 60 % and by its histopathologic features differentiating it from other cystic lesions. The case of a female aged 33 is presented, which in clinical and radiographic examination had a lesion circumscribed to radiolucent unilocular left mandibular area in the second premolar eruption. After clinical radiographic and histopathologic examinations an odontogenic keratocyst was diagnosed. Surgical treatment was applied with satisfactory results and until now without clinical and radiographic relapse signals.

Key words: Developmental odontogenic cysts, odontogenic keratocyst, maxillary cysts.

INTRODUCCIÓN

El queratoquiste odontogénico es un quiste del desarrollo que exhibe características histológicas peculiares y se destaca de las demás lesiones quísticas por su comportamiento clínico agresivo y su mayor tendencia a recidivar.^{1,2} Fue inicialmente descrito en la literatura por Philipsen en 1956, posteriormente, en 1963, Pindborg, Philipsen y Herriksen establecieron criterios histológicos y caracterizaron un comportamiento clínico específico para ésta lesión.^{1,3}

Se plantea que aproximadamente del 10 a 12 % de los quistes epiteliales del desarrollo son queratoquistes odontogénicos.⁴ Esta lesión puede aparecer a cualquier edad, sin embargo presenta una mayor incidencia entre la segunda o tercera década de la vida, pudiendo tener un segundo momento de aparición hacia la quinta década, principalmente en el sexo masculino. Aproximadamente en el 65 % de los casos afecta la mandíbula, con alta frecuencia en la región de molares y rama.³ Algunos autores afirman que, generalmente, los queratoquistes son asintomáticos, siendo muchas veces descubiertos en exámenes radiográficos de rutina.^{1,5} En los casos en que la lesión provoca signos clínicos, los más comunes son dolor, aumento de volumen de los tejidos blandos adyacentes y expansión ósea con consecuente asimetría facial. Este quiste puede alcanzar grandes dimensiones y presentar alto índice de recidiva. La presencia de múltiples queratoquistes odontogénicos en un mismo paciente, puede estar relacionada con el síndrome del carcinoma nevoide de células basales ó también conocido como síndrome de Gorlin-Goltz.^{6,7}

El aspecto radiográfico de ésta lesión es variable, pudiendo presentarse como un área radiolúcida unilocular ó multilocular, generalmente, con límites bien definidos, con ó sin la presencia de un aro esclerótico periférico.⁸ Por otro lado, es comentado

que las lesiones pueden imitar radiográficamente a quistes dentígeros, lesiones multiloculares similares a ameloblastomas, quistes residuales, quistes periodontales laterales y hasta quistes radiculares.¹

Histológicamente, el queratoquiste odontogénico consiste en una cavidad patológica revestida por epitelio pavimentoso estratificado delgado, que exhibe generalmente una camada superficial paraqueratinizada y corrugada, además de interfase epitelio-tejido conectivo plano, o sea, sin invaginaciones dermoepiteliales. Las células basales presentan núcleos polarizados, hipercromáticos y dispuestos en hilera. Existe una variante ortoqueratónica, la cual es menos común, caracterizada por poseer un revestimiento epitelial fino, con una capa granulosa y otro estrato más espeso de ortoqueratina no corrugada, células basales poco evidentes y lumen generalmente lleno por un material compatible con queratina. Usualmente se observa el desprendimiento epitelial de la cápsula quística.^{1,5} Es sugerida la posibilidad de que una misma lesión pueda exhibir áreas paraqueratónicas y áreas ortoqueratónicas.¹

Basados en los aspectos histológicos, diversos autores reportan diferentes comportamientos clínicos y pregonan la diferenciación de las variantes histológicas como queratoquiste odontogénico paraqueratinizado y queratoquiste odontogénico ortoqueratinizado. La variante ortoqueratinizada parece ser una lesión distinta pues muestra potencial de crecimiento e índice de recidivas menores. Frecuentemente puede estar asociada a un diente incluso, presentar aspecto radiográfico unilocular y situarse preferencialmente en la maxila ó región anterior de la mandíbula.^{1,9}

Debido a su comportamiento agresivo y a los altos índices de recurrencia, que oscilan del 25 al 62,5 %, mucho esfuerzo ha sido empeñado con el objetivo de mejorar las técnicas quirúrgicas utilizadas para tratar ésta lesión. Para reducir el índice de recidiva es esencial que el componente epitelial del quiste sea removido completamente, sin embargo, el tratamiento radical está asociado con numerosas complicaciones estéticas y funcionales, incluyendo deformidad facial, pérdida dental, infecciones y hasta parálisis facial.^{6,7} Para minimizar esas complicaciones, algunos autores recomiendan el uso de la marsupialización combinada con la enucleación secundaria.¹⁰

El objetivo de este trabajo es presentar el proceder quirúrgico de una paciente en la que se diagnosticó un queratoquiste odontogénico mandibular, en la Facultad de Estomatología de Universidad de Thamar, en la República de Yemen.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente AMH, femenina de 33 años de edad que acude a la Facultad de Estomatología de la Universidad de Thamar en la República de Yemen, por presentar aumento de volumen asintomático en la encía del cuerpo mandibular del lado izquierdo, en la zona correspondiente al segundo premolar, sin antecedentes de previa extracción dentaria ([fig. 1](#)). Al examen radiográfico mostraba un área radiolúcida multilocular sin presencia de dientes ni folículo dentario.



Fig. 1. Presentación clínica.

Tratamiento

Después del chequeo preoperatorio y exámenes complementarios y bajo anestesia local mentoniana, se realizó colgajo vestibular y minucioso curetaje y enucleación de la lesión.

Después de lavar la cavidad ósea con abundante solución salina estéril se realizó reconstrucción del defecto óseo con Hidroxiapatita HAP-200 ([fig. 2](#)) y así evitar que existiera espacio muerto debajo del periostio. Se suturó con seda negra y se indicó tratamiento con analgésico, antiinflamatorio, y antibióticos por vía oral. A los siete días se retiró la sutura y se citó periódicamente para chequeo posoperatorio hasta el año de operada. Se observó una excelente cicatrización y ausencia de recidiva tumoral ([fig. 3](#)).



Fig. 2. Reconstrucción del defecto óseo.



Fig. 3. Postoperatorio al año de operada.

La biopsia se realizó en el *Central Modern Laboratory*, perteneciente a la Universidad de Sanaá. En el informe se describió, microscópicamente, una cavidad patológica revestida por epitelio pavimentoso estratificado delgado, que exhibía una superficie con área paraqueratinizada corrugada y áreas ortoqueratinizadas con interfase epitelio-tejido conectivo plano. Las células basales presentaron núcleos polarizados, hiper cromáticos y dispuestos en hilera. En algunas áreas del espécimen, el epitelio se separaba de la cápsula quística y el lumen se encontraba lleno de material semejante a queratina ([fig. 4](#)). Basado en el cuadro histológico, fue emitido el diagnóstico de queratoquiste odontogénico.

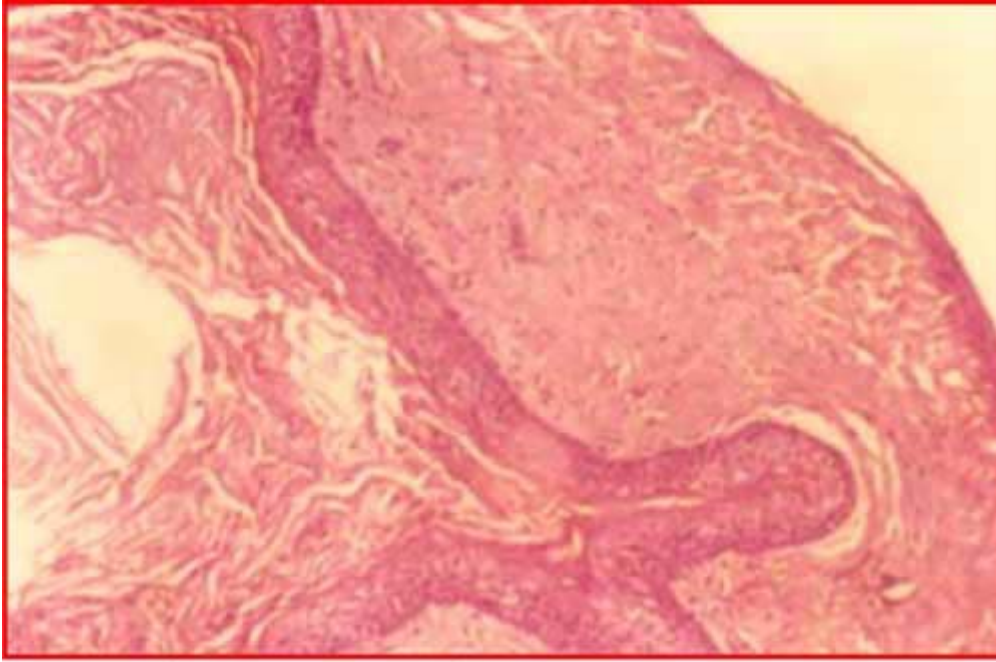


Fig. 4. Lámina histopatológica.

DISCUSIÓN

El queratoquiste odontogénico constituye una de las lesiones quísticas odontogénicas del desarrollo más frecuentes, representando aproximadamente 12 % de esas lesiones.⁶

La mayoría de los queratoquistes odontogénicos relatados en la literatura se relacionan en lo referente a la prevalencia en el sexo masculino, a su aparición en cualquier edad, frecuentemente en la tercera década de la vida y compromete generalmente la región posterior de la mandíbula, principalmente de los terceros molares y eventualmente caninos.¹⁻³

Clínicamente la lesión puede provocar aumento de volumen, dolor y expansión ósea, sin embargo, la mayoría de los casos son asintomáticos como nuestra paciente cuyo el crecimiento fue además lento. Estas lesiones son descubiertas generalmente en exámenes radiográficos de rutina,^{1,5} como en el caso aquí descrito, el cual a pesar de tener grandes dimensiones, no presentó sintomatología dolorosa. Algunos autores plantean que los queratoquistes odontogénicos pueden presentar grandes dimensiones y alto índice de recidiva.^{6,7,11}

El caso aquí relatado no concuerda con los datos de la literatura en lo referente a la predilección por el sexo masculino y al tamaño de la lesión, pero si a que comprometía la mandíbula en la zona de premolares, a pesar de que el área más frecuente es la de los terceros molares. Con relación a la edad, donde hay mayor incidencia es entre la segunda y tercera décadas de la vida.⁷

El aspecto radiográfico multilocular es el más frecuente en los queratoquistes odontogénicos paraqueratinizados asociados al síndrome del carcinoma nevóide de células basales, mientras que el aspecto radiográfico unilocular se relaciona más con las lesiones ortoqueratócicas;¹² estas últimas han sido descritas como lesiones

distintas.⁹ En el caso que nos ocupa, se mostró como una lesión radiolúcida multilocular e histológicamente limitada por epitelio paraqueratinizado con áreas ortoqueratinizadas, lo que coincide con la literatura al describir este aspecto histológico combinado.¹

Algunos autores refieren que los queratoquistes odontogénicos presentan alto índice de recidiva debido a sus particularidades histológicas y a la actividad proliferativa intensa de su epitelio.^{6,7} Esa característica llevó a otros investigadores a especular su posible naturaleza neoplásica.^{13,14} Por ello nuestra paciente fue controlada clínica y radiográficamente cada 6 meses, sin evidenciadas de recidiva hasta esta fecha.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos AMB, Yurgel LS. Ceratocisto odontogénico: avaliação das variantes histológicas paraceratinizada e ortoceratinizada. *Odonto Ciência*. 1999;27:61-5.
2. Myoung H, Hong S, Lee J, Lim C, Choung P, Lee J, et al. Odontogenic keratocyst: Review of 256 cases for recurrence and clinicopathologic parameters. *Oral Sug Oral Med Oral Pathol*. 2001;91(3):328-33.
3. Neville BW, Damm DD, Brock T. Odontogenic Keratocysts of the midline maxillary region. *J Oral Maxillofac Surg*. 1997;55:340-4.
4. Marker P, Brondum N, Clausen PP, Bastian HL. Treatment of Large Odontogenic Keratocysts by Decompression and Later Cystectomy. *Oral Sug Oral Med Oral Pathol*. 1996;82(2):122-31.
5. Souza LB, Albuquerque R, Barboza C, Gurgel B. Estudo clinicopatológico e análise histoquímica da membrana basal de ceratocistos odontogénico. *R Saúde*. 1998;12(1):27-35.
6. Nakamura N, Mitsuyasa T, Mitsuyasa Y, Taketomi T, Higushi Y, Ohishi M. Marsupialization for Odontogenic Keratocysts: Long-term follow-up Analysis of the Effects and Changes in Growth Characteristics. *Oral Sug Oral Med Oral Pathol*. 2002;94(5):543-53.
7. Shear M. The Agressive Nature of the Odontogenic Keratocyst: is it a Benign Cyst Neoplasm? Part 1: Clinical and Early Experimental Evidence of Agressive behavior. *Oral Oncology*. 2002;38:219-26.
8. Omura S, Ryoichi K, Sonou K, Nobuyuhi M. Odontogenic Keratocyst Appearing as a Soap-bubble or Honeycomb Radiolucency: Report of a Case. *J Oral Maxillofac Surg*. 1997;55:185-9.
9. Silva MJ, Souza ZOM, Correa L, Carvalhosa AA, Araújo VC. Immunohistochemical Study of the Orthokeratinized Odontogenic Cyst: a Comparison with the Odontogenic Keratocyst. *Oral Sug Oral Med Oral Pathol*. 2002;94(6):732-727.
10. Zhao Y, Wei J, Wang S. Treatment of Odontogenic Keratocysts: a Follow-up of 255 Chinese Patients. *Oral Sug Oral Med Oral Pathol*. 2002;94(2):151-6.

11. Regezi JA, Sciubba JJ. Patología bucal: correlações clinicopatológicas. 3ra. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 334-67.
12. Kanlikama M, Mumbuc S. Imaging Quiz Case 1 and 2. Odontogenic Keratocyst of the Mandible. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1996;122(1):86-9.
13. Takahashi H, Fujita S, Yamale S, Morūshi T, Okabi H, Tajim Y, et al. Comparison of Proliferating Cell Nuclear Antigen Expression in Odontogenic Keratocyst and Ameloblastoma: an Immunohistochemical Study. Anal Cell Pathol. 1998;16(4):185-92.
14. Galvao H, Gordon-Núñez A, Freitas M, Freitas R, Souza L. Queratoquiste odontogénico. Presentación de un caso en maxilar. Acta Odontol Venez. 2005;43(3):34-6.

Recibido: 21 de febrero de 2009.

Aprobado: 4 de junio de 2009.

Dr. *Juan Carlos Quintana Díaz*. Facultad de Estomatología. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba. E-mail: juanc.quintana@infomed.sld.cu