

Queratoquiste Odontogénico Multilocular: Comunicación de un caso y la Importancia de la OPG

C.D Mg. José Cornejo Salazar¹
D.M. Juan Gutiérrez Manay²
Cesarina Rivera Gómez³

RESUMEN

Se estudia un Queratoquiste Odontogénico Multilocular de grandes dimensiones, en un paciente varón de 65 años, que fue un hallazgo radiográfico; remarcando por eso, la importancia de la Ortopantomografía lineal. La investigación fue realizada en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen y en el departamento de Patología de la U.N.M.S.M durante el mes de marzo de 2003; describimos la secuencia y diversas consideraciones clínicas y aspectos patológicos de este particular Quiste Odontogénico.

Palabras clave: Queratoquiste odontogénico Multilocular, Ortopantomografía lineal, consideraciones clínicas.

SUMMARY

A big multiloculare ketatocyst is studied in 65 year-old male patient. It was a radiographic finding. This investigation was carried out in Hospital Guillermo Almenara and Department of Pathology of Universidad de San Marcos. We describe its clinical sequence and some clinical considerations of this particular odontogenic cyst.

Key words: Multilocular Odontogenic Keratocyst, the Panoramic radiograph, clinical considerations.

Un paciente masculino de 65 años referido al servicio de odontología del HINGAI con diagnóstico de disfunción temporomandibular, presentando como síntoma principal dolor punzante insidioso, intermitente y progresivo en la región de la articulación temporomandibular (ATM) izquierda desde hace 6 meses.

ANTECEDENTES:

Paciente con hipertensión arterial, fractura de HPN y desviación de tabique nasal por accidente de tránsito a los 23 años, hipoacusia bilateral desde los 20 años. No diabetes. Niega alergias.

Examen general:

Ninguna anomalía fue detectada. Al examen extraoral presentó:

1. Simetría bilateral de la cara.
2. A la auscultación, chasquido en la ATM derecha.
3. Sin dolor a la palpación en la región T.M.
4. Sin adenopatías en ganglios submaxilares y cervicales.
5. Sin limitación ni desviación de movimientos mandibulares.

Examen intra-oral:

1. Desviación izquierda de la línea media, pérdida de

piezas 24 y 25.

2. Pérdida de piezas 17,18, pieza 16 mesializada sin movilidad; regular higiene oral.
3. Región retromolar normal.
4. En la región mandibular no se palpan escalones ni tumefacciones.

Examen Radiográfico:

Hallazgo radiográfico en la Ortopantomografía lineal (OPG) de una gran lesión radiolúcida multilocular en rama y cuerpo mandibular izquierda. (fig. 1)

La lesión en la rama ocupa el proceso coronoides y se detiene antes de cuello de cóndilo (fig. 2). Anteriormente, la lesión se extiende hasta la raíz del incisivo lateral derecho. Verticalmente, por debajo la lesión se extiende hasta antes del borde de la rama mandibular y por arriba hasta el proceso alveolar.

Los bordes son nítidos, bien definidos, la lesión no ha expandido corticales en la parte anterior, inferior, bucal o lingual. No se observa reabsorción radicular.

También se realizaron los exámenes complementarios de laboratorio, obteniendo valores dentro de los parámetros normales; y los siguientes exámenes radiográficos:

1. Rx. Transcraneal de A.T.M (fig. 5).
2. Rx. Oclusales.
3. Rx. Periapicales.
4. Rx. Pelvis.
5. Rx. Cráneo.
6. Rx. Fémur. Los tres últimos exámenes con el fin de

¹ HINGAI. Profesor Asociado del Dep. Médico Quirúrgico.
² Profesor Principal del Dep. de Ciencias Básicas.
³ Internista UNMSM del HINGAI.



descartar otras lesiones osteolíticas como Mieloma Múltiple.

T. A. C Mandibular con cortes axiales:

Imágenes de aspecto quistito en el maxilar inferior sugestivas de Queratoquiste. (fig. 3)

Gammagrafía Ósea de tres fases:

Patología difusa en maxilar inferior sin compromiso de partes blandas y perfusional. (fig. 4)



Fig. 1 Ortopantomografía lineal. Una gran lesión radiolúcida multilocular en rama y cuerpo mandibular izquierda.



Fig. 2 La lesión en la rama ocupa el proceso corónides y se detiene antes de cuello de cóndilo

Citología Exfoliativa:

Reporta la presencia de células escamosas y columnares, hallazgos sugestivos de Ameloblastoma.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Al examen clínico, considerando los síntomas y según el índice de Krogh Poulsen el paciente presentaba disfunción temporo mandibular con compromiso articular.
- El hallazgo radiográfico en la O.P.G, por otro lado, sugiere el diagnóstico de Ameloblastoma (lesión multilocular en “pompas de jabón”) o Queratoquiste Odontogénico multilocular. La T.A.C mandibular sugiere el diagnóstico de Queratoquiste.
- Citología exfoliativa sugiere el diagnóstico de Ameloblastoma.
- Considerando todas estas las características, en el siguiente orden, el diagnóstico probable sería:
 1. Queratoquiste Odontogénico multilocular.
 2. Ameloblastoma común.

Se realizó la biopsia y fue enviada al Departamento de Patología de la facultad de odontología de la U.N.M.S.M. El reporte histopatológico describía: Presencia de un revestimiento de epitelio escamoso paraqueratinizado, paraqueratina corrugada en la superficie luminal, de 6 a 10 células de espesor, capa en empalizada de células basales cilíndricas, ausencia de papilas; y la cápsula del quiste formada por un tejido fibrilar con pocos signos de inflamación (fig. 6). Por lo que fue histológicamente diagnosticado como Queratoquiste Odontogénico.

DIAGNÓSTICO:

Diagnostico final:

Queratoquiste Odontogénico Multilocular.



Fig. 3 Tomografía axial computarizada. Muestra la extensión real de la lesión.

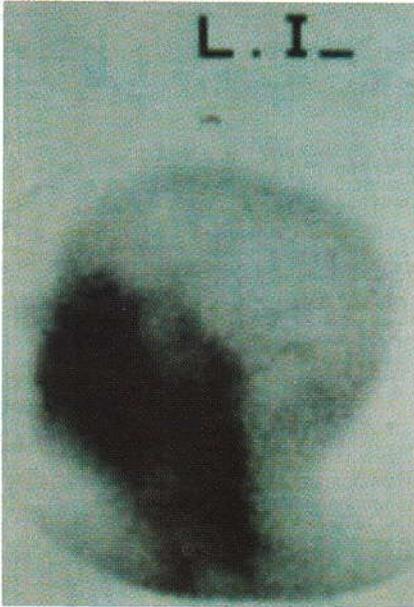


Fig. 4
Ganmagrafia
Ósea

TRATAMIENTO:

Criterio Oncológico:

Se determinó realizar la hemimandibulectomía como resección quirúrgica del Queratoquiste. El espécimen quirúrgico fue enviado a anatómo-patología del HNGAI, confirmando el diagnóstico histopatológico.

COMENTARIOS:

El término Queratoquiste fue introducido por Phillipsen en 1956 (6). Los Queratoquistes representan alrededor del 10% de los quistes de los maxilares. Su hallazgo es más frecuente en la 2ª y 3ª década, pero se también se encuentran entre la 1ª y 8ª década de vida (5), la ubicación más frecuente es en la zona de la 3ª molar, ángulo y rama mandibular, afectando más a hombres (1). Clínicamente se presentan raramente como un aumento de volumen que compromete una tabla ósea (lingual en la mandíbula y vestibular en la maxila), en cambio, el

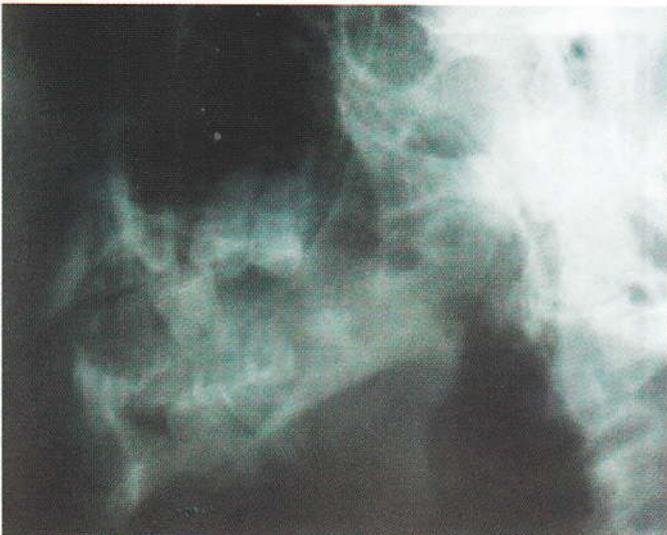


Fig. 5 Radiografía Transcraneal de A.T.M



Fig. 6. Cuadro Histológico de Queratoquiste Odontogénico. Paraqueratina corrugada en la superficie luminal, capa en empalizada de células basales cilíndricas, ausencia de papilas. Cápsula del quiste formada por un tejido fibrilar.

ameloblastoma, suele producir gran expansión de las corticales, siendo más común en el QQ su **hallazgo radiográfico** en los exámenes complementarios (3), como en este caso, es por eso que **remarcamos la importancia de la O.P.G.**

El QQ puede alcanzar grandes dimensiones ya que crece más a través de los espacios medulares que transversalmente (1). Las lesiones multiloculares son frecuentes y muy extensas. El QQ recidiva similar a una neoplasia, en un 25%-60%, más en multiloculares (5). Microscópicamente las células basales columnares son parecidas ameloblastos con núcleos ovalados, lo que pudo dar por citología el reporte de ameloblastoma, la tendencia a recidiva también se debe a que la capa fibrosa del quiste es generalmente muy delgada y a veces es posible hallar en ella quistes satélites y brotes epiteliales odontogénicos (1), es por eso el criterio oncológico del tratamiento.

Es importante descartar en casos de múltiples QQ una entidad clínico-patológica asociada a la presencia de estos, el Síndrome Nevoide Basoclular o Síndrome de Gorlin (3). Por último, queremos enfatizar la responsabilidad del cirujano dentista en el cuidado integral de la salud bucal, y la necesidad de realizar un tamizaje con O.P.G a todo paciente nuevo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. J. Phillip Sapp. Patología Oral y Maxilofacial. Ed. Harcourt Brace 38:47. 1998.
2. Browne RM. Investigative Pathology or the Odontogenic Cyst. Boca Raton CRC Press; 1991.
3. Norman K. Wood. Diagnóstico diferencial de las lesiones Orales y Maxilofaciales. Ed. Harcourt Brace 309:323, 333:348.1998.
4. Joseph A. Regezi. Patología Bucal. Interamericana Mc Graw-Hill. 328:332. 1991.
5. Sosa S, Rafael. Queratoquiste Odontogénico. Ed. Electrónicas publicadas. Vol. 40 n°3 /2002.
6. Guillermo Raspall. Cirugía Oral. Ed. Panamericana. 286:298.1994.
7. G. Shaffér. Tratado de Patología Bucal. Interamericana. 262:264, 275:278. 1987.