



caso
CLÍNICO

TUMOR ODONTOGÉNICO QUERATOQUÍSTICO. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO

Lizama Fernández, C., Pérez-Flecha Rubio, F., Villegas Toro, D.M., Lizama Velasco, J.
Tumor odontogénico queratoquístico. Revisión de la literatura a propósito de un caso. *Cient. Dent.* 2013; 10; 2: 151-155.



Lizama Fernández, Carla
Licenciado en Odontología por la Universidad San Pablo CEU. Práctica privada en Madrid.

Pérez-Flecha Rubio, Francisco
Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid. Residente del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial.

Villegas Toro, Diana Milena
Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Antioquia (Medellín-Colombia). Residente del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial.

Lizama Velasco, Julio
Médico-Estomatólogo Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Médico Adjunto del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Práctica privada en Madrid.

Este trabajo se ha realizado en el hospital Universitario Ramón y Cajal en el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial (Jefe de servicio Dr. Julio Acero Sanz).

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECIS
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:

Carla Lizama Fernández
C/ Quejigo 134. 28109, Madrid.
c.lizamafernandez@gmail.com
Tel.: 659 89 0234. Fax: 913 991 732

Fecha de recepción: 30 de abril de 2013.
Fecha de aceptación para su publicación:
10 de mayo de 2013.

RESUMEN

Los tumores odontogénicos queratoquísticos (TOQQ) representan entre el 2 al 11% de todos los quistes de la mandíbula y pueden presentarse a cualquier edad, con un pico en la segunda y tercera década de vida, y muestra una alta predilección por los hombres de raza blanca.

Se presenta un caso clínico de un paciente varón, con un tumor odontogénico queratoquístico localizado en la mandíbula en el lado derecho. Se exponen los métodos utilizados para la exploración clínica, radiológica y el tratamiento quirúrgico elegido.

El queratoquiste odontogénico ha sido redefinido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una entidad tumoral, y su tratamiento debe ser considerado como el de una neoplasia. Tienen más tendencia a recidivar que otros quistes odontogénicos, por ello es esencial el tratamiento quirúrgico minucioso y un seguimiento evolutivo de larga duración.

PALABRAS CLAVE

Queratoquiste odontogénico; Tumor odontogénico queratoquístico; Queratoquiste.

KERATOCYSTIC ODONTOGENIC TUMOR.

A REVIEW OF THE LITERATURE. CASE REPORT

ABSTRACT

The keratocystic odontogenic tumours (KCOT) represent between 2 and 11% of all the cysts of the mandible and may occur at any age, with a peak in the second and third decade of life, and show a high predilection for white males.

A clinical case is presented of a male patient, with a keratocystic odontogenic tumour located in the mandible on the right side. The methods used for the clinical and radiological examination and the chosen surgical treatment are explained.

The odontogenic keratocyst has been redefined by the World Health Organisation (WHO) as a tumour, and its treatment must be considered as that of a neoplasm. They tend to recur more than other odontogenic cysts, for this reason meticulous surgical treatment and long-term monitoring of progress is essential.

KEY WORDS

Odontogenic keratocyst; Keratocystic odontogenic tumor; Keratocyst.

INTRODUCCIÓN

Descrito por primera vez por Philipsen en 1956, el queratoquiste odontogénico (QO) está actualmente designado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un tumor odontogénico queratoquístico (TOQQ) y se define como "un tumor benigno único o multiquístico, intraóseo de origen odontogénico, con un revestimiento de epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, de conducta agresiva e infiltrativa", con altas tasas de recurrencia¹⁻⁷.

Los orígenes del TOQQ se han sugerido como etiología primordial, incluyendo restos de lámina dental o de células basales del epitelio bucal, o dentífero como el epitelio del esmalte del folículo dental⁵.

Se encuentra comúnmente en la mandíbula con una predilección por el ángulo y la rama ascendente de la mandíbula^{4,7-9}.

Los TOQQ representan entre cerca del 2 al 11% de todos los quistes de la mandíbula^{6,9} y pueden ocurrir a cualquier edad⁴. Son más frecuentes en hombres que en las mujeres con una tasa aproximada de 2:1 respectivamente^{4,6}.

Clínicamente, los TOQQ suelen permanecer asintomáticos, y su hallazgo es casual en revisiones radiográficas rutinarias^{4,7,10}. Cuando presentan sintomatología, los signos y síntomas más frecuentes encontrados incluyen inflamación (resorción ósea), infección y secreción, dolor, parestesias, celulitis, abscesos y trismo^{4,5,10}.

Los estudios de imagen, en general, muestran imágenes radiolúcidas uniloculares con márgenes escleróticos bien delimitados. Las lesiones más grandes pueden llegar a ser multiloculares con bordes festoneados¹⁰.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con el quiste dentífero, con el ameloblastoma, con el tumor odontogénico adenomatoide, con el fibroma ameloblástico, con el quiste óseo traumático, con el granuloma central de células gigantes y por último con el quiste periodontal lateral^{11,12}.

Desafortunadamente, no hay un consenso uniforme sobre el plan de tratamiento que se debe seguir. La pauta quirúrgica recomendada varían desde la marsupialización hasta la resección en bloque. El tipo de tratamiento elegido depende de varios factores incluyendo la edad del paciente, la localización de la lesión y el tamaño, y si el TOQQ es primario o recurrente⁴.

El objetivo del presente artículo es presentar los procedimientos diagnósticos y de tratamiento en un paciente al que se diagnosticó un tumor queratoquístico odontogénico de larga evolución.

CASO CLÍNICO

Paciente varón, de 37 años de edad, que acude a consulta del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Uni-

versitario Ramón y Cajal, remitido por su Centro de Atención Primaria, para valoración de tumoración mandibular derecha de más de dos años de evolución, indolora y de la cual ha notado crecimiento en los últimos meses con sensación de acorchamiento intermitente en hemilabio inferior derecho.

El paciente no refiere alergias conocidas, enfermedades médicas actuales, antecedentes quirúrgicos ni tratamientos previos de interés. No fumador.

A la exploración clínica se aprecia en inspección extraoral deformidad facial discreta por abultamiento mandibular lado derecho y en visión intraoral una mucosa vestibular abombada con ligero eritema. A la palpación se aprecia tumoración no dolorosa de consistencia fluctuante en región vestibular desde región canina y con extensión hacia la rama vertical mandibular, con percusión dentaria negativa y movilidad grado I en dientes 45, 46 y 47.

Exploración radiológica

Radiografía panorámica que muestra imagen radiolúcida multilobulada bien definida sin reabsorción radicular dentaria, que se extiende desde la pieza 43 abarcando la totalidad de la rama horizontal y vertical mandibular del lado derecho, respetando la superficie articular condilar (Figura 1).

Con la tomografía axial computerizada se confirma la existencia de una voluminosa lesión lítica que afecta de forma extensa a la hemimandíbula derecha: cuello mandibular, base de la apófisis coronoides, rama vertical, ángulo de la mandíbula y rama horizontal. Se trata de una lesión lítica de contornos bien definidos, de morfología polilobulada que expande-remodela el hueso mandibular con adelgazamiento cortical endostal y llegando a romper la cortical en algunas localizaciones, como en la cara oral a nivel del suelo de la boca de la rama horizontal y también la cara facial-submandibular, también en la rama horizontal (Figuras 2-5).

No ocasiona desplazamiento dental ni tampoco rizólisis, respetando asimismo el canal del nervio mandibular. No se aprecian dientes incluidos en la lesión quística, excepto las raíces de las piezas dentales regionales (desde la 44 a la 47). Estos hallazgos pueden estar en relación con quera-

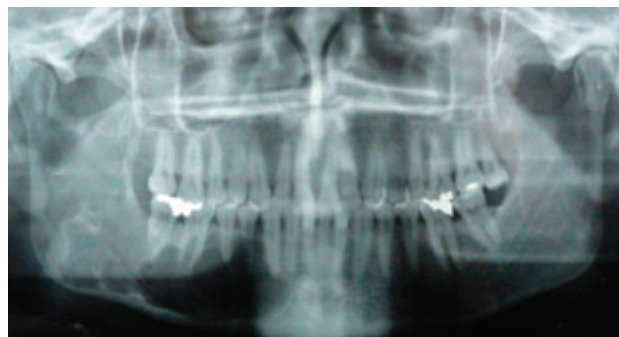


Fig. 1. Imagen radiográfica con tumoración en la mandíbula lado derecho.

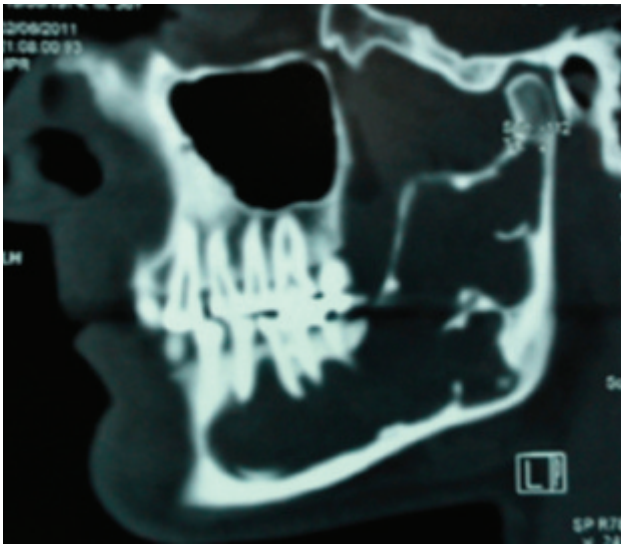


Fig. 2. Proyección sagital.



Fig. 3. Imagen panorámica de la Tomografía Computarizada.



Fig. 4. Proyección axial de la mandíbula.



Fig. 5. Proyección coronal.

toquiste odontogénico como primera posibilidad diagnóstica.

Con el diagnóstico de presunción de ameloblastoma versus tumor queratoquístico odontogénico, se realiza biopsia de la tumoración con el resultado anatomopatológico de tumor odontogénico queratoquístico. El paciente es intervenido bajo anestesia general, realizándosele colgajo mucoperiostico mediante abordaje tipo Newmann desde diente 42 con extensión a rama vertical, con disección de tablas lingual y vestibular. El nervio dentario inferior se disecciona y se controla mediante hilo de silicona, practicándose ostectomía y enucleación de tumoración. Asimismo se realiza exodoncia de piezas dentarias 46 y 47 en íntima relación con la pared quística (Figura 6).

Cierre directo mediante seda 2/0. Se le prescribe medicación por vía intravenosa de antibiótico, antiinflamatorios y analgésicos cada 8 horas durante su estancia en el hospital. Buena evolución postoperatoria siendo dado de alta a las 48 horas de su intervención. Control evolutivo en consultas externas en diferentes ocasiones, realizando exámenes radiológicos periódicos. Se presenta radiografía panorámica a los 6 meses de la cirugía, de evolución favorable con osificación parcial de la mandíbula (Figura 7).

DISCUSIÓN

El tumor odontogénico queratoquístico se cree que procede de la lámina dental y representa entre el 4-12% de todos los quistes odontogénicos¹⁰. Es el tercer quiste más común de los maxilares, después del folicular y del quiste radicular⁷. La lesión se produce en un amplio rango de edad con un pico en la segunda y tercera década de vida^{10,11}, y muestra una alta predilección por los hombres de raza blanca. La mandíbula está más frecuentemente comprometida que el maxilar superior (65-83% de los



Fig. 6. Abordaje quirúrgico de la lesión.

casos), donde aproximadamente la mitad de los casos se originan en el ángulo de la mandíbula¹⁰. Sin embargo, la ubicación más común para el maxilar es la región canina donde con frecuencia se confunden con una lesión apical inflamatoria o con un quiste periodontal lateral¹³.

La alta tasa de recurrencia en pacientes con síndrome de nevos basocelulares sugiere la necesidad de un tratamiento inicial quirúrgico más agresivo^{1,4,5,10,14-18}.

Mientras que el quiste es una neoplasia benigna, su tasa de recurrencia puede ser tan alta como 17-56% con enucleación simple. Si se añade un tratamiento, como la aplicación de solución de Carnoy o descompresión antes de la enucleación, la tasa de recidiva disminuye entre el 1 y el 8,7%. Se debe tener en cuenta de que la resección es un tratamiento uniforme que prácticamente no da lugar a

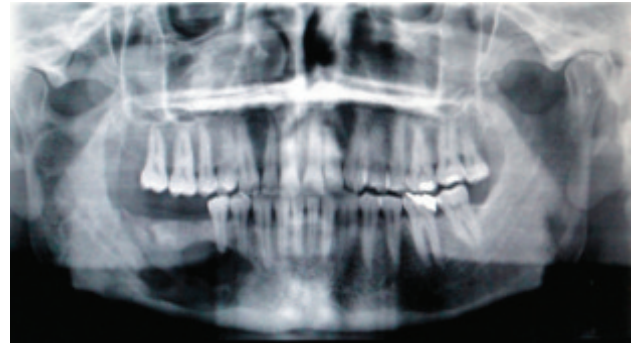


Fig. 7. Imagen radiográfica 6 meses tras la intervención quirúrgica.

recurrencias, aunque puede ser inaceptablemente agresivo, dada la naturaleza benigna de la enfermedad¹⁰.

De acuerdo con la literatura, la dos razones más comunes de recidiva son la eliminación incompleta de la lesión y la formación de un nuevo TOQQ^{4,5}. Aunque la mayoría de las recidivas aparecen en los primeros 5 años después del tratamiento, un estudio afirma que el 25% de las recidivas se encontraron 9 o más años después del tratamiento inicial⁴.

CONCLUSIONES

El queratoquiste odontogénico ha sido redefinido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una entidad tumoral, y su tratamiento debe ser considerado como el de una neoplasia.

Las pruebas complementarias radiológicas son imprescindibles para el diagnóstico de esta entidad y mejor planificación quirúrgica.

El método de tratamiento químico mediante la solución de Carnoy ha sido abandonado. La marsupialización puede tener indicaciones en casos excepcionales.

Los TOQQ tienen más tendencia a recidivar que otros quistes odontogénicos, por ello es esencial un tratamiento quirúrgico minucioso y un seguimiento evolutivo de larga duración.



BIBLIOGRAFÍA

1. Vij H, Vij R, Gupta V, Sengupta S. Odontogenic keratocyst: a peripheral variant. *Niger J Clin Pract.* 2011; 14(4):504-7.
2. González-Alva P, Tanaka A, Oku Y, Yoshizawa D, Itoh S, Sakashita H, et al. Keratocystic odontogenic tumor: a retrospective study of 183 cases. *J Oral Sci.* 2008; 50(2):205-12.
3. Madras J, Lapointe H. Keratocystic odontogenic tumour: reclassification of the odontogenic keratocyst from cyst to tumour. *J Can Dent Assoc.* 2008; 74(2):165-165h.
4. Habibi A, Saghravanian N, Habibi M, Mellati E, Habibi M. Keratocystic odontogenic tumor: a 10-year retrospective study of 83 cases in an Iranian population. *J Oral Sci.* 2007; 49(3):229-35.
5. Hyun HK, Hong SD, Kim JW. Recurrent keratocystic odontogenic tumor in the mandible: a case report and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009; 108(2):e7-10.
6. Sharif FNJ, Oliver R, Sweet C, Sharif MO. Interventions for the treatment of keratocystic odontogenic tumours (KCOT, odontogenic keratocysts (OKC)). *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Sep 8; (9):CD008464.
7. Bornstein MM, Filippi A, Altermatt HJ, Lambrecht JT, Buser D. The odontogenic keratocyst--odontogenic cyst or benign tumor?. *Schweiz Monatsschr Zahnmed.* 2005; 115(2):110-28.
8. Chi AC, Owings JR Jr, Muller S. Peripheral odontogenic keratocyst: report of two cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005; 99(1):71-8.
9. Eryilmaz T, Ozmen S, Findikcioglu K, Kandal S, Aral M. Odontogenic keratocyst: an unusual location and review of the literature. *Ann Plast Surg.* 2009; 62(2):210-2.
10. Grasmuck EA, Nelson BL. Keratocystic odontogenic tumor. *Head Neck Pathol.* 2010; 4(1):94-6.
11. Sosa S, Rafael Dario, Umérez G, Cristina Maestu C, Cynthia C. Queratoquiste odontogénico (Revisión de la literatura). Reporte de dos casos clínicos. *Acta Odontol Venez.* 2002; 40(3):65-73.
12. Robinson HB. Primordial cyst versus keratocyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1975; 40(3):362-4.
13. Ali M, Baughman RA. Maxillary odontogenic keratocyst: a common and serious clinical misdiagnosis. *J Am Dent Assoc.* 2003; 134(7):877-83.
14. Bartake A, Shreekanth N, Prabhu S, Gopalkrishnan K. Non-syndromic recurrent multiple odontogenic keratocysts: a case report. *J Dent (Tehran).* 2011; 8(2):96-100.
15. Auluck A, Suhas S, Pai KM. Multiple odontogenic keratocysts: report of a case. *J Can Dent Assoc.* 2006; 72(7):651-6.
16. Landini G. Quantitative analysis of the epithelial lining architecture in radicular cysts and odontogenic keratocysts. *Head Face Med.* 2006; 2:4.
17. Borgonovo AE, Di Lascia S, Grossi G, Maiorana C. Two-stage treatment protocol of keratocystic odontogenic tumour in young patients with Gorlin-Goltz syndrome: marsupialization and later enucleation with peripheral ostectomy. A 5-year-follow-up experience. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2011; 75(12):1565-71.
18. Mello LA, Gurgel CA, Ramos EA, de Souza RO, Schlaepfer-Sales CB, de Azevedo RA, et al. Keratocystic odontogenic tumour: an experience in the Northeast of Brazil. *Srp Arh Celok Lek.* 2011; 139(5-6):291-7.