

QUERATOQUISTE ODONTOGENICO CON INCLUSION AMELOBLASTICA

AUTOR: DR. JULIO CESAR FERNANDEZ (+)

COAUTORES: DRES.

MARCELO C. CAPPELLI

JORGE S. MAURER

ADRIAN NAPOLITANO. (++)

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL
DEL CENTRO ONCOLOGICO DE EXCELENCIA FUNDACION PROF. DR. JOSE MARIA MAINETTI.

SINONIMIA: Quiste Primordial (O.M.S.). Colesteatomas (ROUSSAY 1912).
Disembrioplasias Epidérmicas (DECHAUME - BATES 1958).

INTRODUCCION

El queratoquiste odontogénico o quiste primordial fue un enigma durante mucho tiempo. Su potencial para adquirir gran tamaño sin dar manifestaciones clínicas, su tendencia a recidivar o incluir focos ameloblásticos y ser así el origen de un tumor de bajo grado de malignidad o localmente agresivo (O.M.S.); destacan la importancia dentro de la currícula de la cirugía bucomaxilofacial. HAMILTON ROBINSON (1945) con su clasificación de lesiones quísticas popularizó el tema del quiste primordial; pero SEWARD (1963), habría de redefinir a esta entidad con un quiste originado en células epiteliales odontogénicas que no participaron de modo directo en el desarrollo de una pieza dentaria y por ende no se halla en íntima relación física con ésta.

Posteriormente KRAMER (1974), también adoptó el criterio de que los quistes primordiales pueden originarse de diversas partes del epitelio odontogénico. TOLLER (1967), opinaba que el primordio del diente es la lámina dentaria y que los quistes primordiales derivan de células indiferenciadas de esta estructura. HARRIS (1974) MAIN (1970) han hecho una división de los quistes odontogénicos y los separan en los originados en los restos de MALASSEZ, en los provenientes del epitelio del esmalte reducido y los formados a partir de los restos de la lámina dentaria (restos de serres).

El término queratoquiste fue acuñado por PHILIPSEN (1956) (13).

Y se basa en el aspecto histológico del revestimiento. SHEARS (1960) estableció los diferentes criterios histológicos (a saber): Revestimiento fino y regular de epitelio pavimentoso estratificado sin papilas, presencia de queratina o

no, ausencia relativa de células inflamatorias y presencia de células basales columnar es con núcleos picnóticos o vesiculosos. (14)

Quiste primordial y quiste dentígero extrafolicular son términos clínicos radiográficos y operatorios en tanto queratoquiste es un término histológico basado en el tipo de membrana y/o revestimiento que es común a ambos. Estos quistes pueden ser uni o multiloculares en tanto los quistes dentígeros y extrafoliculares suelen ser uniloculares; en la investigación radiológica.

Macroscópicamente el queratoquiste se compone por una membrana con revestimiento fino aunque a veces la membrana es gruesa (sobre infección agregada), y está tapizada por un epitelio que tiene en su superficie una capa de células ortoqueratinizadas en la cápsula de estos quistes pueden haber quistes satélites o quistes hijos revestidos por un epitelio similar, algunos de estos quistes hijos son pequeños y no indentan la pared de la cavidad ósea que los contiene (factor de riesgo para recurrencias y/o recidivas).

KILLER-KAY-SEWARD (1977), publicaron con respecto a la poca frecuencia en su casuística, sobre 746 quistes de los maxilares tan solo 25 eran primordiales; corroboraron esto SHAFER-HINE-LEVY (1983), quienes sostienen que es la variedad de quiste odontogénico menos común.

Sin embargo, SHEAR (1969), señaló que los colesteatomas representan el 10% de todos los quistes epiteliales de los maxilares. Pero BROWNE (1970), destacó sobre 537 quistes odontogénicos que esta lesión era cinco veces más común en la mandíbula que en el maxilar superior y más frecuente todavía en la rama mandibular area del

(+) DR. JULIO CESAR FERNANDEZ: Jefe del depto. de cirugía y traumatología bucomaxilofacial. Centro oncológico de excelencia asistente extranjero del M.D. Anderson hospital and tumors Institute, University of Texas. System cancer center Houston U.S.A. Doctor en odontología F.O.L.P. especialista en cirugía y traumatología bucomaxilofacial. Docentes de

la facultad de medicina, cátedra extracurricular de cirugía bucomaxilofacial. Universidad del Salvador. Bs. As.

(++) DRES. MARCELO C. CAPPELLI - JORGE S. MAURER - ADRIAN NAPOLITANO: Integrantes del depto. de cirugía y traumatología bucomaxilofacial del centro oncológico de excelencia.-

3er. molar. Los rasgos clínicos son además de no dar sintomatología hasta que se infecten secundariamente. La edad en que se los identifican abarca desde los 4 hasta 84 años según SONESSON (1950); pero se cree que se originan a temprana edad. Cuando evolucionan a través del tiempo su crecimiento se hace expansivo y con límite de empuje llegando a soplar, abombar y/o crepitar las tablas óseas vestibular o lingual.

Radiográficamente, el queratoquiste puede ser uni o multilocular y es sospechosa la presencia de un quiste con todas las piezas dentarias de la serie completa y además vitales. Se define como una lesión osteolítica uni o multilocular con bordes nítidos y condentes por la osteogénesis periférica.

SEWARD (1963), surgió que la imagen poliquística se debía a la función de los quistes satélites o hijos con el quiste primario.

En lo que respecta al diagnóstico diferencial de los queratoquistes no se pueden diferenciar con seguridad absoluta de los ameloblastomas por imagen radiológica, esto se debe hacer y confirmar con biopsia preoperatoria antes de encarar el tratamiento definitivo.

En cuanto a la macroscopía y contenido quístico, se presenta como una bolsa fibrosa que al corte aparece y crepita un material friable, denso, de color blanco sucio que se asemeja al pus, pero no es maloliente (queratina).

Así surge que la aspiración es un método y recurso valioso para hacer un diagnóstico diferencial; se puede hacer un extendido de lo aspirado y examinarlo para buscar células queratinizadas (KRAMER 1970) - KRAMER-TOLLER (1973), si se hace electroforesis, aparecen escasez de proteínas plasmáticas en el líquido (TOLLER 1967) (15), o bien se puede extraer la proteína total, que ser de 4G/dl. TOLLER (1970) (16).

MAIN (1970) por otro lado estudió la actividad mitótica del quiste primordial y comprobó un grado de actividad mitótica del doble que el que se da en los quistes radiculares, este grado de mitosis fue comparado con el del ameloblastoma y la lámina dental.

Recurrencia y recidiva: CATANIA (1952), fue el primero que denunció esta tendencia (8). SEWARD (1962), en su experiencia obtuvo 40% de recurrencia.

PINDBORG Y HANSEN (1963) Y TOLLER (1962) dijeron que podría ser mayor del 40%. - BROWNE (1970), recomendó un seguimiento a 5 años como mínimo, desde el punto de vista clínico y radiográfico.

Las causas más importantes de las recurrencias son: Que la membrana quística al ser fina y delicada en la operación pueden quedar fragmentos; penetración del quiste en la correa mandibular y a veces también en la fina corteza de huesos subperióstico neoformado (ostergénesis reaccional periquística), además hay que considerar como factor de riesgo para recidivas a la falta de accesibilidad quirúrgica en regiones claves como rama mandibular, lado lingual de apófisis alveolar posterior o cara posterior de maxilar superior, como así también los conductos y/o agujeros óseos (suborbitario, mentoniano, dentario inferior, palatinos anteriores, posteriores y accesorios); que son lugares de posible siembra de células epiteliales.

También hay que tener en cuenta a las perforaciones del fino revestimiento del quiste que se pueden producir al querer disecarlo, del peritio y/o mucosa bucal lo que ocasiona que el contenido cístico se derrame (la presencia de quistes satélites o hijos aumenta enormemente la tendencia a la recurrencia).

EMERSON - WHITLOCK Y JONES (1972), hablaron de siembra en planos texturables en el abordaje submandibular cuando no se realiza la hemimandibulectomía en box o caja y no se respeta el criterio oncológico para la mucosa y/o periostio adherido a la membrana quística, aumenta la recidiva de este particular quiste (11).

BRAMLEY (1971-1974), se ocupó de sistematizar el tratamiento lógico para esta completa patología odontogénica. Señaló la importancia de la aspiración y de la biopsia preoperatoria antes de encarar el tratamiento definitivo. Sugirió en los quistes uniloculares la enucleación radical (cistectomía radical por vía de abordaje intrabucal, siempre y cuando el tamaño del quiste lo permita, de lo contrario se indica la resección en bloque que contiene la lesión con o sin conservación de la basal mandibular y seguido de la reconstrucción inmediata con injerto óseo autógeno de cresta ilíaca o en su defecto de costilla (1-2).

Aunque VOORSMITH-STOELINGA-VAN HOLST (1981) propusieron una conducta mas conservadora de enucleación y escisión de la mucosa que cubre los quistes si existen una inserción (para eliminar restos epiteliales y/o microqueratoquistes, además de cauterizar o electrocoagular el lecho quirúrgico como así también conductos y agujeros óseos (18).

RESUMEN CLINICO-QUIRURGICO DEL CASO QUE REPORTAMOS

Paciente de 36 años de edad, raza blanca, sexo masculino.

DIAGNOSTICO: Queratoquiste odontogénico de cuerpo y rama mandibular izquierda.

ESTADO LOCAL: Lesión osteolítica multilocular de bordes nítidos y condensantes que se localiza en el cuerpo y rama mandibular izquierda desde el canino hasta el 3er. molar, con compromiso de la basilar.

CLINICAMENTE MOVILIDAD DENTARIA, abombamiento de las tablas vestibulares y linguales, vitalidad pulpar conservada.

ESTADO GENERAL: Bueno - normocompensado.

ESTADO PSIQUICO: receptivo y colaborador.

HISTOPATOLOGIA: Protocolo N° 9/89. F.O.L.P. Dr. Pedro GONZALEZ: Membranas fibro colágenas tapizadas por epitelio aplanado. Se observa un foco de tejido ameloblástico, bordes quirúrgicos libres de membranas quísticas.-

Diagnóstico: Quiste primordial con foco ameloblástico.

TRATAMIENTO QUIRURGICO: Hemimandibulectomía izquierda por abordaje submandibular tipo JUDD y reconstrucción inmediata con injerto de cresta ilíaca contralateral.

ICONOGRAFIA: Fotos de N° 1 a la N° 14.

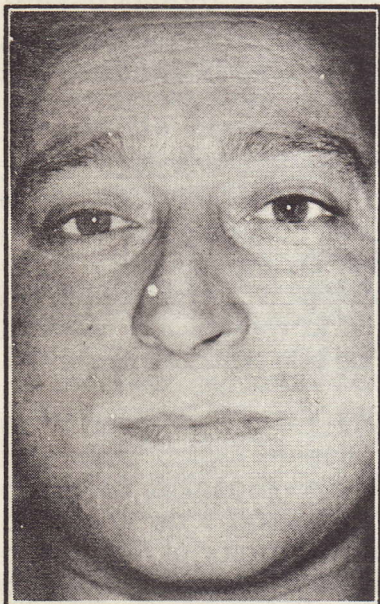


FOTO N° 1: Aspecto clínico de frente preoperatorio - asimetría lado izquierdo.

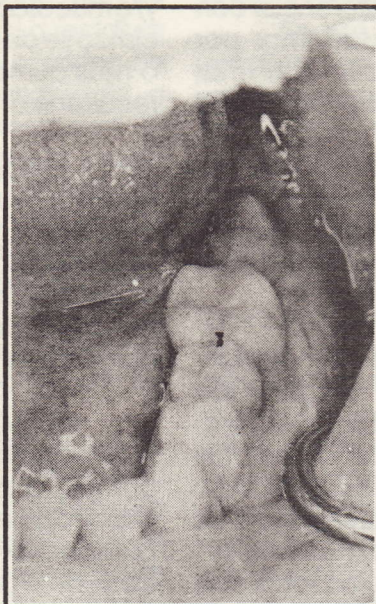


FOTO N° 2: Aspecto intrabucal. Nótese el abombamiento de la tabla vestibular.

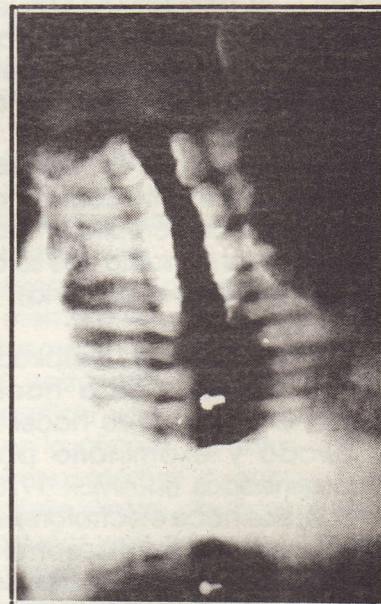


FOTO N° 3: Ortopantomografía: imagen radiográfica compatible con lesión osteolítica multilocular.

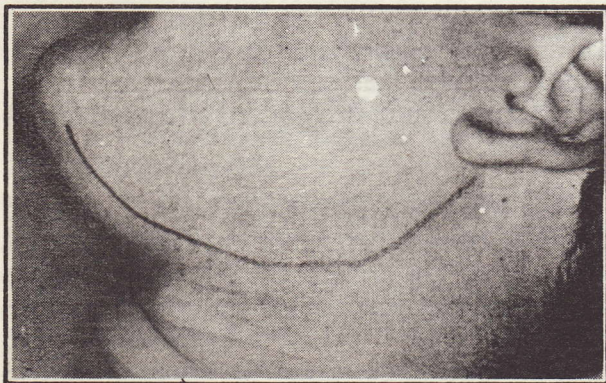


FOTO N° 4: Marcación dermográfica. Incisión submandibular tipo JUDD.

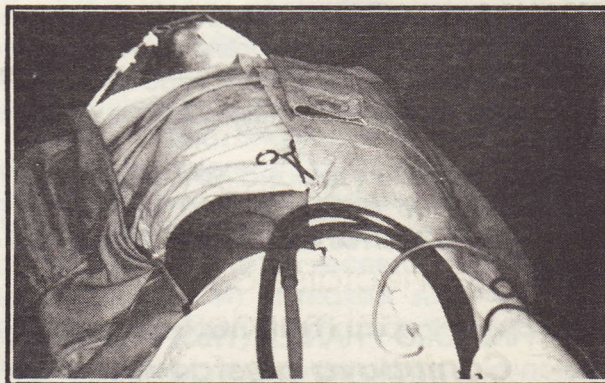


FOTO N° 5: Campo operatorio para hemimandibulectomía mas reconstrucción con injerto de cresta ilíaca contralateral.

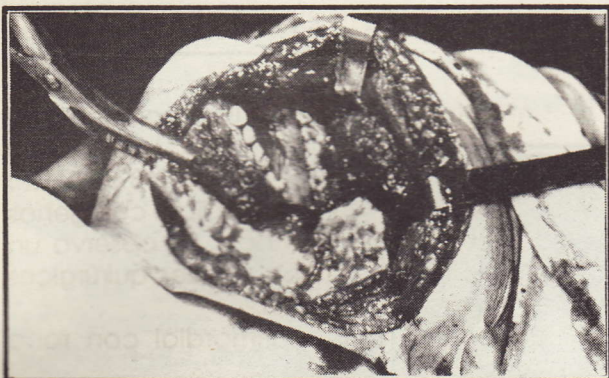


FOTO Nº 6: Hemimandibulectomía. Nótase la inclusión en la pieza operatoria de la mucosa y del perlostio sospechoso de siembra.

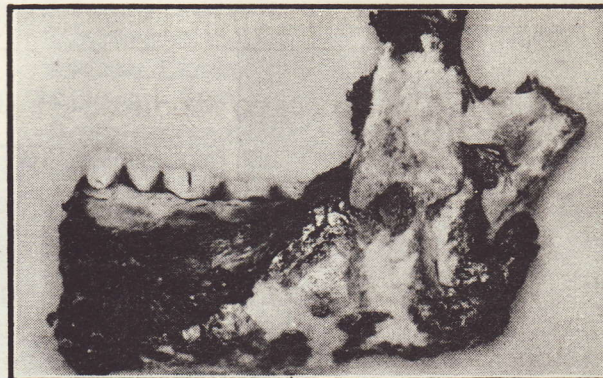


FOTO Nº 7: Pieza operatoria, vista vestibular.



FOTO Nº 8: Pieza operatoria, vista lingual.



FOTO Nº 9: Injerto de cresta iliaca contralateral. Osteo síntesis mesial.

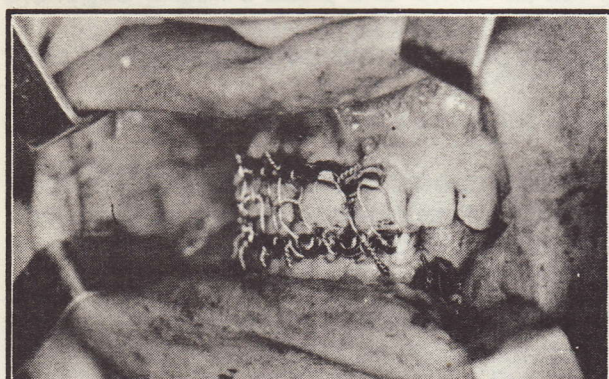


FOTO Nº 10: Bloqueo intermaxilar S.N.G. colocada.

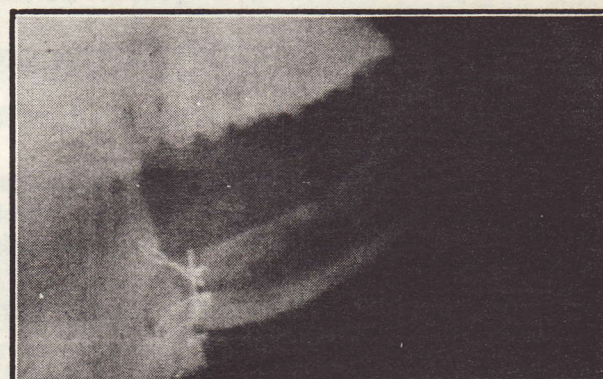


FOTO Nº 11: RX Postoperatoria.

La Biblioteca de la S.O.L.P.
crece para Ud. y pretende
interconectarse con el resto
del mundo.

Contribuya a esta tarea

La S.O.L.P. a través de su Escuela de
Postgrado, le brinda al recién egresado
la posibilidad de capacitarse en las
distintas disciplinas.-

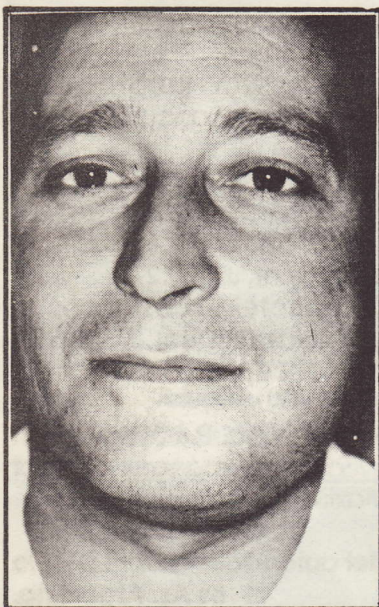


FOTO N° 12: Aspecto clínico de frente postoperatorio.

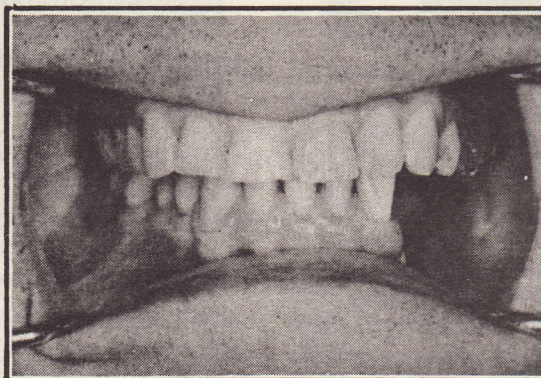


FOTO N° 14: Aspecto intrabucal postoperatorio a distancia.



FOTO N° 13: Perfil postoperatorio.

CONCLUSIONES

Estadísticamente el quiste primordial comprende el 5% de todos los quistes foliculares y el 1,75% de los quistes odontogénicos.-

Su origen proviene de un germen dental que en vez de formar una pieza dentaria degenera convirtiéndose en un quiste.

Clínicamente esta lesión se asocia siempre con un diente ausente a menos que se origine a partir de un germen supernumerario.

La localización más frecuente es la mandíbula área del 3er. molar y habitualmente se presenta en la 2da. y 3ra. década de vida.

En lo que respecta al tratamiento, no dudamos en considerar que debe ser quirúrgico, radicalmente muy prolijo, con chequeo de márgenes y controles clínico-radiográficos a distancia hasta 10 años o más.

Para concluir, diremos que la quistectomía radical se debe realizar con una condición indispensable de enucleación total y muy prolija de la membrana teniendo en cuenta la posibilidad de implantación de quistes satélites o más aún, la inclusión de tejido ameloblástico y su frecuente recidiva. (40%). PINDBORG (1963).

RESUMEN

Reportemos un caso clínico-quirúrgico de Queratoquiste Odontogénico mandibular.

SUMMARY

Report one case surgery-clinic the odontogenic Keratocyst of the mandible.

BIBLIOGRAFIA

1. Bramley, P.A. 1971. Treatment of cysts of the jaws. Proc. R. Soc. Med. 64: 547.
2. Bramley, P.A. 1974. The odontogenic Keratocyst; an approach to treatment, Int. J. Oral Surg. 3:337.
3. Browne, R.M. 1970. The odontogenic Keratocyst clinical aspects Br. Dent. J. 128:225.
4. Browne, R.M. 1971. The odontogenic Keratocyst: histological features and their correlation with clinical behavior, Br. Dent. J. 131:249.
5. Browne, R.M. and Gough, N.G. 1972. Malignant change in the epithelium lining odontogenic cysts, Cáncer 29:1199.
6. Cahn, L.R. and 1933. The dentigerous eysts as a

- potential adenocarcinoma. Dent Cosmos 75:889.
7. Carr, B.M. and Mohnac, A.M. 1962. Simple ameloblastoma within a follicular cyst of the maxilla. Oral Surg. 15:1136.
 8. Catania, A.F. 1952. Report and comment on an unusual case of multiple follicular cysts with recurrence. Oral Surg. 5:895.
 9. Chuong, R.; Donoff, R.B. and Guralnick, W. 1982. The odontogenic Keratocyst, J. Oral Maxillofac, Surg, 40:797.
 10. Dresser, W.J., and Segal, E. 1967. Ameloblastoma associated with a dentigerous cyst in a 6 year old child. Oral Surg. 24:388.
 11. Emerson, T.C., Whitlock, R.I.L. and Jones, J.H. 1972. Involvement of soft tissue by odontogenic Keratocysts (primordial cysts), Br. J. Oral Surg. 9:181.
 12. Falkner, S. Herberts, G. and Olven, S. 1957. Carcinoma arising in odontogenic cysts of the jaw. Odont. Tskr. 65:220.
 13. Phillipsen H.P. 1956. Om keratocyster (kolesteatommi kaeberne Landlægebladet 60:963.
 14. Shear, M. 1960. Primordial cysts. J. Dent Assoc. S. Afr. 15: 211.
 15. Toller, P.A. 1970 a. The osmolality of fluids from cysts of the jaws, Br. Dent. J. 129:275.
 16. Toller, P.A. 1970 b. Protein substances in odontogenic cysts fluids, Br. Dent, J. 128:317.
 17. Toller, P.A. 1972. New concepts of odontogenic cysts. Oral Surg. 1:3.
 18. Voorsmi, R.A.G.A., Stoelinga, P.J.W., and van Hoelst V.J.G.M. 1981. The management of keratocysts, J. Maxillofac. Surg. 9:227.

**Domicilio del autor: 16 Nº 824 - La Plata
Bs As. Argentina.
Dr. Julio C. Fernández**