

# Queratoquiste Maxilar

## Caso Clínico y Revisión de Literatura

**Rodrigo Badilla Monasterio**

Cirujano -Dentista Hospital Félix Bulnes Cerda

**Andrea Sierra Goldberg**

Cirujano Máxilo Facial Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda

**Leonel Espinoza Domínguez**

Radiólogo Dento Máxilo Facial Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda

### Abstract

*The aim of this study was to present two clinical cases of Keratocysts<sup>1</sup> diagnoses and treated at the Félix Bulnes Cerda Hospital, the two cases had the typical keratocyst's characteristics, but age (7 and 65 years old) and maxillary position are unusual. We suppose that could be interesting for the odontologist community.*

### Resumen

*Se presentan dos casos clínicos de queratoquistes diagnosticados y tratados en el Hospital Félix Bulnes Cerda, ambos casos se enmarcan dentro de las características generales de los queratoquistes, pero su edad escapa a los extremos de la curva y son maxilares, lo que nos incentiva a mostrarlos a la comunidad odontológica*

### Introducción

El queratoquiste odontogénico deriva de los restos de la lámina dental o de los remanentes de la capa basal del epitelio oral. Se desconoce el estímulo que lo provoca, aunque se sabe que no es de origen inflamatorio<sup>(1)</sup>.

Se puede encontrar en un amplio rango de edades desde la primera a la octava década de vida; el peak de su incidencia es entre la segunda y la tercera décadas y otro en la quinta década de la vida con un ligero predominio del sexo masculino, este quiste puede aparecer en cualquier área de los maxilares. Constituye el 8% de todos los quistes maxilares<sup>(2)</sup>, presentándose aproximadamente entre el 60 y el 70% de los casos en la mandíbula, principalmente en las áreas posteriores del cuerpo y de la rama mandibular y se caracteriza por presentar una cápsula fibrosa y un revestimiento de epitelio escamoso estratificado queratinizado de 6 a 8 células de espesor<sup>(1)</sup>. Aunque suele estar presente como lesión aislada, puede presentarse en forma de quistes múltiples que en ocasiones ocupan los cuatro cuadrantes de las maxilares. El queratoquiste posee un notable potencial de crecimiento, mayor que el de otros quistes odontógenos, y puede alcanzar un gran tamaño, produciendo destrucción ósea masiva. Las lesiones del maxilar superior aparecen principalmente en el segmento posterior y con menor frecuencia en el área incisivo-canino lateral. El queratoquiste presenta una tasa de recidiva del 25 al 60%, similar a la de una neoplasia. El diagnóstico queratoquiste es histopatológico, basado en el tipo de revestimiento, y se puede encontrar en cualquier quiste.

La presencia de queratoquistes odontógenos múltiples en el mismo paciente constituye uno de los rasgos constantes del Síndrome del Carcinoma nevoide de células basales (Síndrome de Gorlin-Goltz). Este síndrome es autosómico dominante y sus características principales son queratoquistes múltiples, costillas bífidas, carcinoma basocelular, calcificación del cuerpo calloso, quistes epidermoides pequeños múltiples

(Milia), abombamiento frontal y mandibular, metacarpianos acortados y meduloblastoma.

Radiológicamente tiene el aspecto de una lesión solitaria bien definida o de una radiotransparencia multilocular/poliquistica que muestra un borde cortical delgado. La visualización de la estructura cortical de este quiste resultará por lo general difícil si el quiste está inflamado o ha perforado la cortical del hueso afectado<sup>(3)</sup>.

El tratamiento del queratoquiste odontógeno es la enucleación quirúrgica. En los casos que ha tenido lugar una perforación extensa de la mandíbula, se ha empleado a veces la resección quirúrgica. La "marsupialización" no ha logrado la reducción del tamaño de la mayoría de los queratoquistes, por lo que es una técnica poco utilizada. A pesar de las destrezas del cirujano, cabe esperar la recidiva del queratoquiste que puede estar relacionada con el grado de actividad mitótica del epitelio, con la existencia de quistes satélites y la dificultad de la exéresis quirúrgica que dependen del tamaño del quiste y la friabilidad de la cápsula. Se debe advertir al paciente que puede requerir más de una intervención para enuclear el quiste. Aunque la mayoría de las recidivas se esperan a los cinco años de la extirpación quirúrgica puede ocurrir incluso hasta los diez años. Por esto se debe llevar un estricto control post quirúrgico del lecho quirúrgico. Una variante rara del quiste es la ortoqueratinizada, con tasa de recidiva baja (menor del 5%). De forma aislada, se han descrito casos de transformación maligna (ej. carcinoma de células escamosas o espinocelular)<sup>(3,4)</sup>.

El tratamiento quirúrgico tiene un papel fundamental y será elegido de acuerdo a la edad, condición sistémica del paciente, forma, tamaño y localización. Actualmente algunos clínicos utilizan la técnica de descompresión, facilitando la enucleación secundaria<sup>(5)</sup>.

## Casos Clínicos

### Caso 1

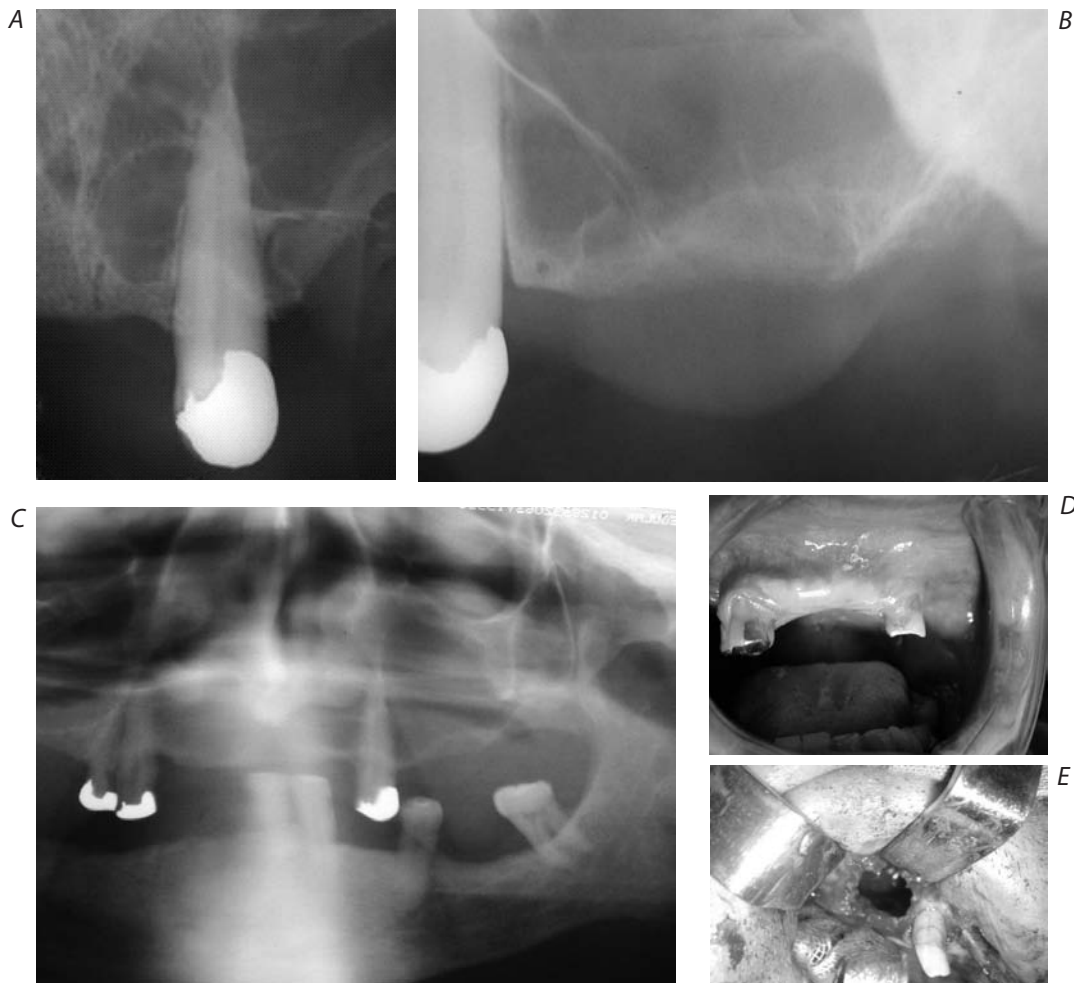
Se presenta al Hospital Félix Bulnes Cerda un paciente sexo masculino de 67 años de edad que consulta por un cuadro álgico en relación a la pieza dentaria n° 2.3, tiene como antecedentes mórbidos hipertensión arterial (H.T.A., actualmente en tratamiento con enalapril 20 mg, 1 por día), derrame derecho pleural en estudio. Se diagnosticó en la primera consulta herpes zoster torácico, derivándolo a la especialidad de dermatología prescribiéndose Valaciclovir. También fue evaluado por la especialidad de neurología, se indicó Amitriptilina 25 mg 1c/8 hrs.

Al examen intraoral se observa un aumento de volumen vestibular desde la zona de las piezas dentarias 2.2 a la 2.7 aprox., a la palpación de consistencia firme, recubierto por mucosa normal (Figs. D y E).

Se solicitó estudio **radiológico** donde se observó una extensa área radiolúcida desde zona pieza 2.2 hasta

la tuberosidad izquierda; su límite superior se extiende hasta el reborde suborbitario comprometiendo el seno maxilar por vecindad y hacia la zona inferior próximo a la cortical del reborde alveolar, de límites netos, corticalizado, observándose multilocular la zona anterior, se aprecia además aumento de la densidad de partes blandas a nivel de zona de premolares (Figs A, B y C).

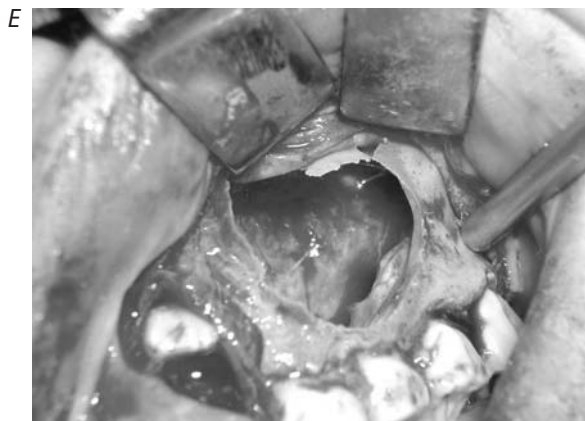
**Tratamiento:** bajo anestesia local troncular al penacho infraorbitario e infiltrativa vestibular y palatina, se realizó un colgajo amplio con descarga anterior a nivel de la pieza dentaria 2.1 y descarga lineal a la tuberosidad del mismo lado. Se decoló la mucosa de revestimiento con espesor total, se eliminó la cortical vestibular con legra debido a lo papiráceo de la tabla externa. Se procedió a la instalación de una collera, con el objeto de descomprimir el quiste, actualmente el paciente se encuentra en control.



**Caso 2**

Acude al Hospital Félix Bulnes Cerda un paciente sexo masculino de 7 años de edad que consulta al servicio de radiología máxilo facial para estudio de aumento de volumen maxilar del lado izquierdo. Paciente asmático en tratamiento con inhalador (salbutamol). Al examen intraoral, presenta abombamiento del maxilar que se extiende desde zona pieza dentaria H hasta la pieza dentaria 2.6, de tres meses de evolución, indoloro, recubierto por mucosa normal, de consistencia firme.

Radiográficamente se observa una extensa lesión radiolúcida, que abomba la cortical vestibular y que se extiende de la pieza dentaria 2.3 hacia distal hasta la pieza dentaria 2.7, provocando desplazamiento de las piezas dentarias 2.4 y 2.5 hacia el límite distal de la lesión, en su zona superior e inferior respectivamente. De límites corticalizados, su límite superior está por debajo del reborde suborbitario, provocando desplazamiento del seno maxilar y en su límite inferior está en relación con las piezas dentarias caducas y provoca abombamiento vestibular (Figs. A y B).



## Discusión

## Bibliografía

El tratamiento de los queratoquistes, dependiendo de las experiencias de cada cirujano, son la enucleación, enucleación con fresado de la cavidad residual, crioterapia, aplicación de solución de Carnoy, marsupialización, descompresión y la enucleación radical <sup>(5)</sup>. Debido a su capacidad histológica de recidivar a través de quistes satélites algunos autores recomiendan la enucleación radical como única alternativa real para evitar las altas tasas de recidiva; sin embargo, en la actualidad otros autores han optado por utilizar técnicas de descompresión, logrando disminuir el tamaño del quiste haciendo más fácil su enucleación quirúrgica y disminuyendo la pérdida ósea, aludiendo que a pesar de las grandes resecciones de antaño no se mejoraba fundamentalmente el porcentaje de recidivas. Estudios realizados el año 2002 en la Universidad de Nagasaki postularon que la marsupialización provoca la descompresión quística reduciendo su tamaño; mediante esta técnica se inactivan las interleuquinas 1a (IL1a), inhibiendo la proliferación de las células epiteliales de la pared quística. Las (IL 1a) tendrían un rol fundamental en el crecimiento quístico, por lo tanto su inhibición mejoraría la tasa de recidivas <sup>(6)</sup>.

Se deberá esperar algunos años para apreciar si estas técnicas inciden en forma real en las tasas de recidiva de este tipo de lesiones.

Con esta apreciación biohistoquímica estos autores argumentan otra razón para considerar como protocolo de tratamiento la descompresión de este tipo de quiste antes de su enucleación; aún así uno de nuestros casos clínicos fue enucleado in toto debido a su tamaño abordable y al criterio quirúrgico de ese momento, en vez de la biopsia incisional (Figs. C, D, E y F). La aplicación de una solución cáustica (ej: Carnoy), como algunos autores recomiendan, en este caso no fue utilizada para evitar el compromiso de estructuras vecinas.

- 1.- Raspall G. (2000), "Tumores de Cara, Boca Cabeza y Cuello". Editorial Masson, 2<sup>da</sup> Edición, Barcelona. Pág. 289-290.
- 2.- Echeverría J, Cuenca E, Pomarola J. (1998), "El Manual de la Odontología". Editorial Masson, Barcelona. Pág. 161, 316-317.
- 3.- Sapp P, Eversole L, Wysocki G. (1997), "Patología Oral y Máxilo Facial Contemporánea". Editorial Harcourt 2<sup>da</sup>. Edición, Madrid-España. Pág. 44-46.
- 4.- Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J, (1995), "Oral and maxillofacial pathology", Editorial W. B. Saunders Company, 3<sup>ra</sup> edición. 497-501.
- 5.- Aravena J, Ugarte P, Tirreau V. (2001); "Cambios clínicos, radiográficos e histológicos de queratoquistes sometidos a descompresión", Revista Dental de Chile. 92: 9-14.
- 6.- Ninomiya T, Kubota Y, Koji T, Shirasuna K. (2002), "Marsupialization inhibits interleukin-1a expression and epithelial cell proliferation in odontogenic Keratocysts." Journal of Oral Pathology and Medicine. 31:526-33.

Correspondencia: Máximo Jeria 696, Ñuñoa, Santiago, Chile  
Email: badillarodrigo2000@yahoo.es