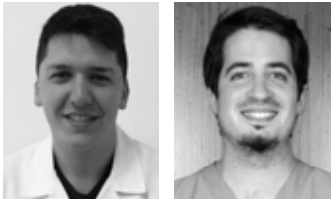


Caso Clínico

Presentación Radiológica Inusual de Queratoquiste Odontogénico Mandibular

Unusual imagenological feature of mandibular odontogenic keratocyst



Francisco Pampin L.¹, Luis Araneda S.², Cristopher Mayer O.³, Sebastián Zapata B.⁴

¹ Cirujano Dentista, Pasantía en Cirugía y Traumatología Oral y Maxilofacial, Hospital del Salvador

² Cirujano Dentista, Especialista en Imagenología Oral y Maxilofacial, Hospital del Salvador

³ Cirujano Dentista, Especialista en Cirugía y Traumatología Oral y Maxilofacial, Hospital del Salvador

⁴ Cirujano Dentista, Residente Especialidad Cirugía y Traumatología Oral y Maxilofacial, Universidad de Chile

Resumen

Se presenta el caso de un paciente género masculino de 25 años de edad, sin antecedentes mórbidos, quien consulta por aumento de volumen hemimandibular izquierdo. Al examen imagenológico se observa una lesión radiolúcida multilocular con compromiso de rama y cuerpo mandibular izquierdo, se aprecia abombamiento y perforación de tablas corticales, especialmente linguales y basilar. El paciente es sometido a procedimiento inicial de punción y aspiración, donde se observa salida de abundante contenido tipo amarillo con características similares a queratina. El informe histopatológico mostro hallazgos celulares compatibles con queratoquiste odontogénico. Las características imagenológicas previas del paciente permiten inferir, en primera instancia, de otras patologías de distinta naturaleza, como ameloblastoma o granuloma central de células gigantes. Por lo que la adecuada interpretación sistemática de la historia clínica, examen físico y exámenes complementarios deben ser integrados para el diagnóstico final y posterior tratamiento.

Abstract

We present the case of a male patient of 25 years old, with no morbid history, who consulted for swelling in left hemimandibular area. On imaging examination, a multilocular radiolucent lesion with involvement of the left mandibular branch and body was observed, showing bulging and perforation of cortical tables, especially lingual and basilar. The patient undergoes a puncture and aspiration procedure. The histopathological report showed cellular findings compatible with odontogenic keratocyst. The previous imaging characteristics of the could make different differential diagnosis, from other pathologies of the different nature, such as the ameloblastoma or central granuloma of the giant cells. The correct systematic interpretation of the clinical history, the physical examination and the complementary exams must be integrated for the final diagnosis and subsequent treatment.

Palabras clave: queratoquiste odontogénico, tumor odontogénico queratoquiste, mandibular, inusual, presentación, imagenología, radiología, keratocyst, unusual.

Introducción

El queratoquiste odontogénico, antes llamado Tumor Odontogénico Queratoquístico, ha cambiado nuevamente su clasificación como una patología de origen quístico debido a una falta sustancial de evidencia para justificar su naturaleza de neoplasia. Corresponde a una proliferación de tejido remanente de la lámina dental durante la odontogénesis, y su presentación es exclusiva en los huesos maxilares.

Se caracteriza principalmente por su rápido y extenso crecimiento previo a las manifestaciones clínicas, y a diferencia de otras patologías del mismo territorio, tiende a la recurrencia, dependiendo del tratamiento quirúrgico realizado. Muestra una clara tendencia de manifestación entre la 2^{da} y 3^{era} década de vida con clara predominancia en el género masculino, y una afección mandibular en la zona del cuerpo a nivel posterior y rama. La sintomatología clínica de la lesión suele ser tardía, excepto en casos de infección secundaria, debido a la tendencia de crecimiento en sentido mesiodistal y sin expansión de corticales^{1,2}.

La histología suele tener características patognomónicas en la cual se observa una cavidad amplia y anfractuosa con un epitelio plano pluriestratificado con una capa basal de células columnares, o cúbicas, dispuestas en forma de empalizada, las que se organizan en capas cubiertas por paraqueratina (u ortoqueratina) y superficie corrugada. Suele tener una presentación única (uni o multiquístico), múltiple, o asociado a algún síndrome (Gorlin-Goltz)^{3,4}.

Radiográficamente se puede observar una lesión multilocular de bordes definidos, la cual podría desplazar piezas dentarias, pero sin tendencia a la rizálisis ni a la expansión de las tablas corticales⁵.

Presentación del Caso Clínico

Se presenta el caso de un paciente género masculino de 25 años de edad, sin antecedentes mórbidos ni alérgicos, el cual es referido al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital del Salvador por aumento de volumen hemi mandibular izquierdo doloroso a la palpación, con compromiso cutáneo local y aumento de temperatura. Al examen intraoral se observa movilidad de dientes 3.6 y 3.7 (Figura 1).

El caso es analizado en conjunto con el Servicio de Radiología Dental del mismo hospital. Al examen radiográfico se observa una lesión radiolúcida multilocular que compromete cuerpo, ángulo y rama mandibular izquierda de límites definidos y con compromiso del borde basilar el que se aprecia marcadamente deformado y cuya cortical se encuentra erosionada (Figura 2).

Al evaluar el examen de Cone Beam CT se observa una lesión multilocular con abombamiento de corticales vestibular, lingual y basilar, con perforación de la cortical lingual y basilar. No aparenta compromiso radicular de piezas adyacentes (Figura 3).



Figura 1. Aumento de volumen vestibular en relación a zona de diente 3.6

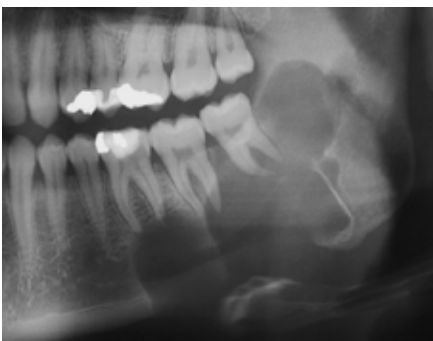


Figura 2. Radiografía panorámica inicial del paciente

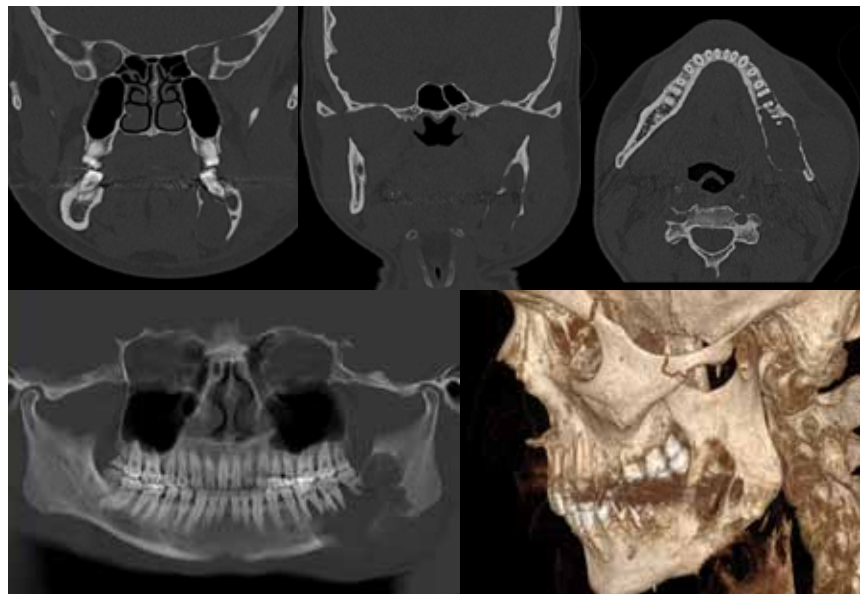


Figura 3. Cone Beam CT de la lesión inicial en distintos planos y reconstrucción panorámica y tridimensional.

Bajo anestesia local se realiza punción aspirativa con salida de abundante contenido amarillento, el cual es enviado al Servicio de Anatomía Patológica. Posteriormente el informe histopatológico muestra hallazgos compatibles con Queratoquiste.

Se planifica realizar en pabellón central bajo anestesia general, aseo quirúrgico y legrado de la zona, exodoncia de diente 3.6 e instalación de collera de descompresión. El procedimiento es realizado sin complicaciones quirúrgicas ni anestésicas, sin embargo, se observa salida de abundante contenido con características de queratina, el cual es enviado al Servicio Anatomía Patológica del Hospital (Figura 4).

El paciente es dado de alta hospitalaria al día siguiente.



Figura 4. Instalación de collera de descompresión y salida de contenido amarillento con características compatibles con queratina.

El informe histopatológico muestra abundante celularidad de polimorfonucleares neutrófilos, escamas córneas y epitelio escamoso con características de superficie corrugada, sin signos de atipia ni malignidad celular. Los hallazgos fueron nuevamente compatibles con queratoquiste (Figura 5).

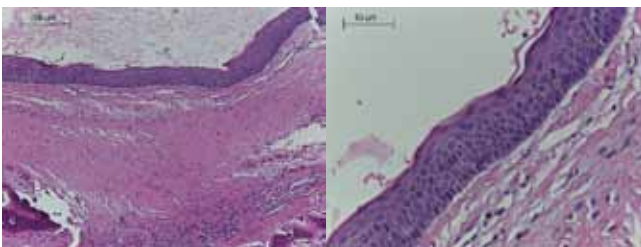


Figura 5. Microfotografía de la lesión compatible con queratoquiste

Se mantienen controles semanales, y a los cuatro meses se solicita nueva radiografía panorámica en la cual se observa el drenaje en posición y una notoria nueva corticalización del borde basilar e involución de la lesión (Figura 6).



Figura 6. Radiografía panorámica de control a los cuatro meses

Particularmente en el caso clínico presentado llama la atención la magnitud de la deformación de la tabla ósea lingual y del borde basilar, tanto como su perforación, figuras tradicionalmente encontradas en otras lesiones centrales más agresivas localmente, y que por ello desorientan la hipótesis diagnóstica inicial.

Discusión

Como se ha mencionado anteriormente, el queratoquiste posee características imagenológicas particulares que permiten establecer un diagnóstico diferencial entre otras patologías de distinta naturaleza. En el caso expuesto anteriormente la imagen inicial difiere en forma importante de la presentación habitual de este tipo particular de quiste, y se podría inferir en primera instancia un ameloblastoma o granuloma central de células gigantes, por las características y extensión de la misma.

La alta atenuación presente en el examen de Cone Beam CT se puede interpretar como un elevado contenido líquido-proteico dentro de la cavidad, el cual además de ser representativo del queratoquiste, se presenta en el tumor de Pindborg, quiste de Gorlin, y el tumor odontogénico adenomatoideo⁶.

El tratamiento y manejo del queratoquiste difiere mucho según las diferentes corrientes terapéuticas existentes y aún sigue siendo motivo de controversia. En los procedimientos actuales que se describen: curetaje, enucleación (con o sin procedimientos coadyuvantes), enucleación radical, marsupialización (también denominado descompresión) y resección⁷.

En una revisión sistemática realizada por Johnson y cols. se reportó que la mayor tasa de recidiva se observó en la enucleación con procedimiento coadyuvante (solución de

Carnoy) con una tasa de 25,6%. La descompresión tuvo una tasa de recidiva 15,8%⁸.

Los hallazgos descritos en este caso son coincidentes con lo reportado por otros autores, en los cuales se señala que una alta atenuación en el examen de Cone Beam CT suele ser indicativo de contenido proteico dentro de la cavidad, y este mismo no varía (en cuantificación Unidades Hounsfield) al momento de utilizar medio de contraste⁹.

En conjunto con una prolija evaluación imagenológica de la lesión, es fundamental realizar una acabada historia clínica y examen físico, ya que ciertas presentaciones pueden diferir entre patologías. Las consideraciones antes mencionadas permiten guiar al clínico en cuanto al manejo inicial de las lesiones hasta el diagnóstico histopatológico.

Bibliografía

1. Wright JM, Vered M. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors. *Head Neck Pathol* [Internet]. 2017 Mar 28 [cited 2018 Oct 26];11(1):68–77. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s12105-017-0794-1>
2. Shear M, Speight PM (Paul M., Shear M, Wiley InterScience (Online service). *Cysts of the oral and maxillofacial regions*. Blackwell Pub; 2007. 228 p.
3. Maxillofacial MC-IJ of O&, 1999 undefined. Nevoid basal cell carcinoma syndrome: molecular biology and new hypotheses. *Wiley Online Libr* [Internet]. [cited 2018 Oct 30]; Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1034/j.1399-0020.1999.283280314.x>
4. Surgery RB-O, Medicine O, Pathology O, 1976 undefined. The odontogenic keratocyst: a clinicopathologic study of 312 cases. Part I. Clinical features. *oooojournal.net* [Internet]. [cited 2018 Oct 30]; Available from: [https://www.oooojournal.net/article/0030-4220\(76\)90031-1/fulltext](https://www.oooojournal.net/article/0030-4220(76)90031-1/fulltext)
5. Tsukamoto G, Sasaki A, Akiyama T, Ishikawa T, Kishimoto K, Nishiyama A, et al. A radiologic analysis of dentigerous cysts and odontogenic keratocysts associated with a mandibular third molar. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology* [Internet]. Mosby; 2001 Jun 1 [cited 2018 Oct 30];91(6):743–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1079210401005935>
6. Kramer I, Pindborg J, Shear M. *Histological typing of odontogenic tumors: international histological classification of tumors World Health Organization*. 1992 [cited 2018 Oct 30]; Available from: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Histological+Typing+of+Odontogenic+Tumors%3A+International+Histological+Classification+of+Tumors.&btnG=
7. Blanas N, Freund B, Schwartz M, Surgery IF-O, Medicine O, 2000 undefined. Systematic review of the treatment and prognosis of the odontogenic keratocyst. *Elsevier* [Internet]. [cited 2018 Oct 30]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S107921040051052X>
8. Johnson N, Batstone M, surgery NS-O, medicine oral, oral undefined, 2013 undefined. Management and recurrence of keratocystic odontogenic tumor: a systematic review. *Elsevier* [Internet]. [cited 2018 Oct 30]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212440312002246>
9. Yonetsu K, Bianchi J, ... MT-A journal of, 2001 undefined. Unusual CT appearance in an odontogenic keratocyst of the mandible: case report. *Am Soc Neuroradiol* [Internet]. [cited 2018 Oct 30]; Available from: <http://www.ajnr.org/content/22/10/1887.short>