

Caso Clínico

Tumor odontogénico queratoquistico: Hallazgo radiográfico.



Baltera Z Carolina¹ ; Arellano P Mirella², Rodríguez A Diego² ; Rebolledo U Juan³

¹ Radiología oral. Facultad de Odontología. Universidad San Sebastián. Santiago. Chile

² Servicio Imagenología Maxilofacial. Centro de Salud Universidad San Sebastián. Santiago. Chile

³ Docente Área de Patología. Universidad San Sebastián. Santiago. Chile.

Resumen

Paciente 53 años masculino, con lesión radiolúcida, límites definidos corticalizados multilocular en zona peri-coronaria a diente 4.8. Se realiza biopsia mostrando epitelio plano pluriestratificado paraqueratinizado y epitelio basal en empalizada, compatible con Tumor Odontogénico Queratoquistico Paraqueratinizado (TOQQ).

Palabras claves : Queratoquistico, Odontogénico, radiolúcida.

Abstract

A 53 years old male patient, with radiolucent lesion, well-defined corticalized borders, multilocular, associated with the crown of tooth 4.8. A biopsy was performed, showing a parakeratinized pluristratified squamous epithelium and basal layer in palisade, compatible with *keratocystic odontogenic tumor with paraquekeratosis* (KCOT).

Introducción

Los queratoquistes odontogénicos han sido incluidos en la clasificación de la OMS del 2005 de Tumores Odontogénicos como "Tumor Odontogénico Queratoquistico" (TOQQ), debido a su comportamiento clínico, características moleculares y genéticas^{6,7}.

Hay un acuerdo generalizado que el TOQQ se desarrolla de remanentes de la lamina dentaria en los maxilares. Sin embargo, también se ha sugerido

un origen a partir de la extensión de las células basales del epitelio oral⁸.

Los mecanismos patogénicos que favorecen el crecimiento y la expansión de este tumor incluyen una alta tasa de proliferación, sobre expresión de la proteína antiapoptótica Bcl-2, y expresión de metalo proteinasas de la matriz (MMP2 y MMP9)⁸. Estudios recientes han demostrado el rol del gen PTCH en la etiología del TOQQ^{3,4,6}.

El TOQQ ocurre desde la primera hasta la novena décadas de vida con un peak en la segunda y tercera décadas. La edad promedio de pacientes con TOQQ múltiples, con o sin Síndrome del Carcinoma Nevoide Basocelular (SCNB), es menor que aquellos con TOQQ no recidivante únicos. La mayoría de las series muestran un predominio por el género masculino⁶.

Los TOQQ son lesiones relativamente frecuentes en los maxilares. Se ven de predominio en la mandíbula con casi el doble de casos en relación al maxilar superior. La porción posterior del cuerpo mandibular y la rama ascendente son más frecuentemente afectadas, mientras que en la maxilla, lo es el área del tercer molar⁹.

Radiográficamente, esta lesión se presenta como una radiolucidez bien circunscrita con márgenes radiopacos difusos. Frecuentemente se ven multiloculares y mayoritariamente en lesiones de gran tamaño. La mayoría de las lesiones, sin embargo, son uniloculares, con cerca de un 40% adyacente a la corona de un diente no erupcionado

(presentación dentígera). Aproximadamente el 30% de las lesiones maxilares y el 50% de las mandibulares producen expansión bucal. Ocasionalmente se ve un abombamiento lingual^{3,4,9}.

Los TOQQ consisten en una cavidad quística delimitada por un epitelio escamoso estratificado con paraqueratinización regular, usualmente con unas 5-8 capas de células de grosor y sin prolongaciones epiteliales. Hay una capa basal bien definida, frecuentemente en empalizada, de células cuboidales o columnares. El núcleo de la célula basal columnar tiende a estar orientado en contra de la membrana basal y son con frecuencia intensamente basófilos. Este es un hecho importante para distinguir el TOQQ de quistes mandibulares con queratinización. Las capas paraqueratósicas regularmente presentan una superficie corrugada. En la mayoría de las cavidades se encuentra presente queratina descamada. En las capas supra basales frecuentemente se encuentran figuras mitóticas^{6,8}.

Reporte del Caso

Paciente 53 años, sexo masculino. Consulta por atención odontológica. Al examen intraoral se observa desdentado parcial, pérdida de nivel de inserción clínica y múltiples restauraciones. Se solicita radiografía panorámica para completar el diagnóstico.

En el examen radiográfico se observa el diente 4.8 incluído, en mesioversión franca y desplazado hacia la rama mandibular, con lesión radiolúcida, límites definidos y corticalizados multilocular en zona peri-coronaria que desplaza canal mandibular. (Fig. 1)

Se solicita estudio radiográfico complementario de tomografía computada de haz cónico (TCHC), donde se observa en los cortes transversales una lesión hipodensa

que adelgaza las tablas sin producir expansión y que desplaza el canal mandibular, en relación a la corona del diente 4.8 que se encontraba incluído. (Fig. 2 y Fig. 3)

Se realiza biopsia mostrando como resultado un epitelio plano pluriestratificado paraqueratinizado y epitelio basal en empalizada compatible con un Tumor Odontogénico Queratoquístico Paraqueratinizado (TOQQ).



Figura 1. Radiografía panorámica.

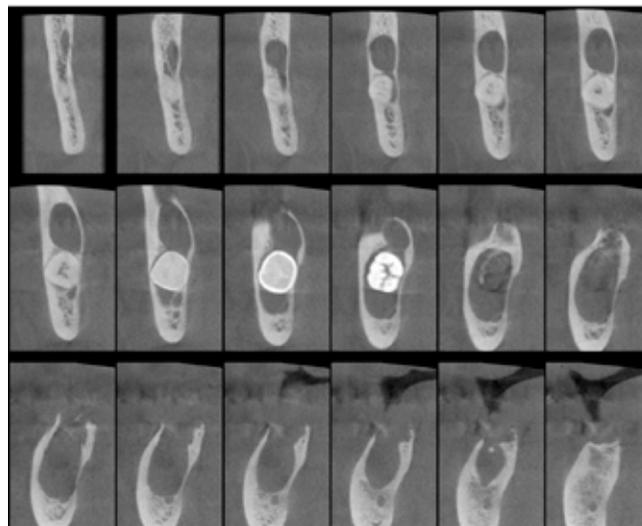


Figura 2. Cortes transversales de tomografía computada de haz cónico

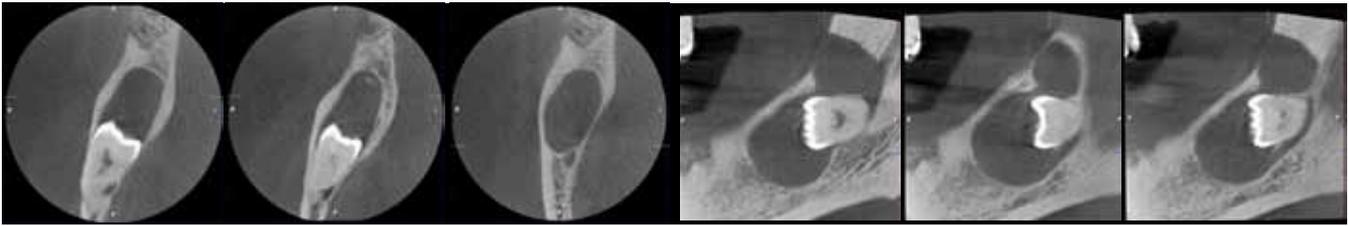


Figura 3. Cortes axiales y sagitales

Discusión

El TOQQ corresponde a una lesión de alta prevalencia en los tumores odontogénicos, esto luego de la reclasificación en el 2005 por la OMS. Mientras se clasificó como quiste odontogénico reportaba una frecuencia del 11,7%, ubicándose por debajo de los quistes radicales y quistes dentígeros. Posterior a la reclasificación su frecuencia aumentó a un 36,6%, ubicándose por debajo del ameloblastoma^{1,3,4,5,6}.

El rango etario de aparición es amplio, siendo más frecuente entre la segunda y tercera década. Su presentación radiográfica es radiolúcida, multiloculada de límites definidos y festoneados. Puede en un 25-40% asociarse a un diente incluido^{5,8,9}.

La gran mayoría de los casos, al igual que el presentado en este reporte son asintomáticos, pero puede presentarse sintomatología clínica como dolor, asociado a la compresión o desplazamiento del nervio dentario⁸.

Su localización más frecuente es mandíbula en zona de ángulo y rama. Se considera una lesión invasiva que crece infiltrando el hueso medular en sentido transversal por lo cual en muchas ocasiones corresponda a un hallazgo radiográfico, como el caso presentado^{6,9}.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con ameloblastoma, mixoma y quiste dentígero. Lesiones que presentan una imagen radiográfica similar, además de localizarse con alta frecuencia en la zona mandibular posterior. Tanto el mixoma como el ameloblastoma presentan imágenes radiográficas multiloculares, pero clínicamente ambos producen expansión y adelgazamiento de las corticales en las etapas tempranas de su desarrollo, a diferencia del TOQQ, que presenta un crecimiento transversal. El quiste dentígero se encuentra asociado a la corona de un diente, situación similar a la del caso presentado, por lo cual también constituye un diagnóstico diferencial^{1,3,8,9}.

Bibliografía

- Escobar E, Godoy L, Peñafiel C, Ochsenius G. Quistesodontogénicos: Análisis de 2.944 casos en Chile [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile -; 2007 [citado: 2015, julio].
- Thiers L.C., Sotomayor C.C., Peters F.I., Lantaño P.C., Thiers L.S. Prevalencia de tumores odontogénicos en el Hospital Base Valdivia: periodo 1989-2008. *Av Odontostomatol* [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2015 Jul 15]; 29(6): 303-308.
- Torrealba P Ramón, Bozan S Fernando, Mebus H Cristina. Tumor Odontogénico Queratoquístico: Revisión de la Literatura a Propósito de un Caso Clínico. *Int. J. Odontostomat.* [Revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2015 Jul 15]; 7(3): 373-377.
- Quintana Díaz Juan Carlos, Miranda Tarragó Josefa, Al-Gobhari Fowaz. Queratoquiste odontogénico. *Rev Cubana Estomatol* [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2015 Jul 23]; 46(3): 70-77.
- Johnson, N. R., Gannon, O. M., Savage, N. W. and Batstone, M. D. (2014), Frequency of odontogenic cysts and tumors: a systematic review. *J Invest Clin Dent*, 5: 9–14.
- Barnes L., Eveson JW, Reichart P, et al. *Pathology & Genetics. Head and neck tumors. WHO Classification of Tumors.* IARC press, Lyon, 2005.
- Grossmann S, Machado V, Xavier G, et al. Demographic profile of odontogenic and selected nonodontogenic cysts in a Brazilian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;104:e35-e41.
- Regezi JA, Sciubba J. *Oral Pathology: clinical pathologic correlations.* 4ª Ed., Elsevier Science, Estados Unidos, 2003; cap. 11.
- Fadi Titinchi, Christoffel J. Nortje. Keratocystic odontogenic tumor: a recurrence analysis of clinical and radiographic parameters. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012;114:136-142