

TRATAMIENTO DE QUERATOQUISTE EN MENTÓN CON INJERTO DE CRESTA ILIACA



TREATMENT OF KERATOCYST IN CHIN AREA WITH ILIAC CREST GRAFT

Jhames Oré De la Cruz¹, Hostin Barría Angulo², Javier Nuñez Villalva³

Oré D, Barria A, Nuñez V. Tratamiento de queratoquiste en mentón con injerto de cresta iliaca. Revista Kiru, 2010; 7(1): 38-42

RESUMEN

El Queratoquiste es una lesión de origen odontogénico que se presenta con predilección en adultos. Generalmente se ubica en el área de la rama y los terceros molares inferiores. Es un tumor odontogénico, derivado de los restos de la lamina dental, de crecimiento lento y silencioso, se presenta con mayor frecuencia en el maxilar inferior, específicamente en zona de los terceros molares, siendo su diagnóstico en forma casual en el examen radiográfico de rutina o cuando estos se infectan ya que son asintomáticos y no producen expansión de tablas en su gran mayoría. Las probabilidades de recurrencia son variadas, entre el 10 y el 60% posterior a la cirugía debido a su forma de presentación, su ubicación y su tipo histológico. Nosotros reportamos un caso de queratoquiste odontogénico en maxilar inferior que fue tratado con endodoncia, enucleación, curetaje óseo y colocación de injerto de cresta iliaca en una paciente mujer de 25 años de edad. Basándonos en el estudio histopatológico fue diagnosticado como queratoquiste odontogénico.

Palabras clave: Quiste odontogénico calcificado, neoplasia maxilo mandibular.

ABSTRACT

The keratocyst is a lesion of odontogenic origin that appears commonly in adults. It is frequently located in the lower jaw and in the third inferior molars. It is an odontogenic tumor, derived from the remains of the dental sheet, of silent and low growth, it appears with major frequency in lower jaw, specifically in zone of the third molars, being diagnosed forms in the radiographic examination of routine when they become infected since they are asymptomatic and do not produce expansion of tables in its great majority. The probabilities of recurrence is between 10 to 60% after of the surgery due to its form of presentation, its location and its histological type.

We report a case of keratocyst in lower jaw that was treated with endodontic, enucleation, bone curettage bony and placement of iliac crest graftin a 25-year-old patient woman. Considering the histopathological study the diagnose was keratocyst.

Key words: Odontogenic cyst, calcifyng; jaw neoplasm.

^{1,2}Cirujano Dentista asistente de Cirugía Bucal y Maxilofacial. Lima, Perú.

^{1,2}Especialista en Cirugía Oral y Máxilofacial

¹Docente contratado de la Universidad San Martín de Porres. Lima, Perú.

^{1,2}Miembro Activo de la Asociación Peruana de Cirugía Oral y Maxilofacial- ASPECOM

^{1,2}Miembro Fellow de la Asociación Internacional de Cirugía Oral y Maxilofacial –IAOMS

Servicio de Estomatología Quirúrgica - Departamento de Estomatología.

Hospital Nacional "Arzobispo Loayza" (Perú) Mayo 2010.

Correspondencia:

Jhames Oré De la Cruz

Correo electrónico: jioc_7057@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El queratoquiste odontogénico es un tumor epitelial de crecimiento lento, silencioso^{1,3,10}, que crece a través de la médula ósea; por eso es que se describen bastante posteriores al inicio de la lesión, que por su comportamiento clínico hoy en día ha sido materia de discusión debido a que en la última clasificación está siendo considerada dentro de los tumores odontogénicos^{1,2}. Si bien la designación tradicional es de Queratoquiste Odontogénico, el grupo de trabajo de la OMS en el año 2005 recomienda el término de Tumor Odontogénico Queratoquístico².

Pero lo que si es claro es que se trata de una lesión recidivante;^{3,6,8,10} descrita por primera vez por Philipsen en 1956 comprende aproximadamente el 11% de todos los quistes de los maxilares. Los primeros reportes indicaban que se presenta entre la segunda y tercera década de vida⁵. Este tumor se presenta con mayor frecuencia en la rama mandibular y el ángulo de la mandíbula^{2,3}, puede presentarse en la línea media.⁴ La apariencia radiológica es de una lesión unilocular o multilocular; otros autores lo clasifican en cuatro presentaciones como unilocular, multilocular, multilobu-

lar y festoneado^{1,3}. Estos se presentan sintomáticos y muchas veces diagnosticadas por un análisis de rutina o cuando infectan por continuidad a las piezas dentarias; una de las características es su recidiva. Los estudios reportan que la recurrencia es variada debido a las distintas características histológicas^{6,7}, forma de presentación, técnica quirúrgica y a la experiencia del profesional. Las características histológicas se presentan como ortoqueratótico en porcentaje 5 a 15% (7/82), paraqueratótico (85 a 95)%, o también pueden presentar ambas orto-paraqueratótico (1 a 5%); la importancia de diferenciar los tipos celulares radica en su grado de recidiva. En un estudio de 449 casos, el 2,2% de los ortoqueratoquistes recurrieron, mientras que el 47,8% de los paraqueratoquistes recurrieron⁴. Se han descrito múltiples modalidades de tratamiento, sin embargo este tema sigue siendo controversial. Regezzi y Sciubba describen la escisión de la lesión más curetaje óseo periférico o la osteotomía como tratamiento de elección^{3,5,7}. Los intentos de disminuir el índice de recurrencia han originado una serie de técnicas como: el raspado de las paredes del tumor, resección de las zonas mandibulares vecinas, la crioterapia (nitrógeno líquido), la marsupialización y el tratamiento de la cavidad con solución de Carnoy^{5,7}. El objetivo de este artículo es presentar el caso clínico de una paciente con queratoquiste odontogénico con un tratamiento alternativo debido a que en otras instituciones le indicaron tratamiento radical como resección de mandíbula; en otras, curetaje con exodoncias de las piezas dentarias comprometidas; nosotros presentamos otra alternativa

de tratamiento que consistió en extirpación más curetaje prolijo más injerto de cresta iliaca. Por tal razón es importante resaltar la importancia del diagnóstico temprano de estas lesiones y del tratamiento oportuno. Así mismo, alertar a los clínicos sobre la necesidad del trabajo multidisciplinario.

Reporte de caso

Paciente sexo femenino de 25 años de edad acude al Servicio de Estomatología Quirúrgica del Departamento de Estomatología del Hospital Nacional "Arzobispo Loayza" por presentar una ligera molestia, sensación de "presión" a nivel del mentón y piezas dentarias antero inferiores. Sin antecedentes médicos importantes.

Examen Extraoral: Discreto aumento de volumen de la región mentoniana, sin cambio de color de la piel, ligero dolor a la palpación, no adenopatías submandibulares (Figura 1).

Examen Intraoral: Ligero aumento de volumen por vestibular del sector antero inferior a nivel de los incisivos inferiores, sin cambio de color de la mucosa vestibular, ligero dolor a la palpación, de consistencia blanda y fluctuante, doloroso a la percusión de las piezas dentarias 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2; con movilidad grado 2 de pieza 3.2; por lingual no había alteración, inflamación gingival generalizada y caries múltiple (Figura 2).



Fig. 1. Vista extraoral.



Fig. 2. Vista intraoral, fondo de surco.

El estudio radiográfico incluyó radiografías panorámica, oclusal inferior y periapicales; donde presenta imagen radiolúcida festoneada de bordes definidos y corticalizados en región sinfisaria y parasinfisaria de aproximadamente 8x3cm que compromete las piezas

dentarias 3.5, 3.4, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 y 4.5; se observa ligera reabsorción radicular de pieza 3.5 (Figuras 3, 4).



Fig. 3. Radiografía panorámica

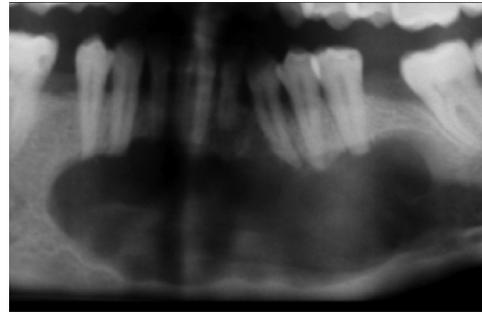


Fig. 4. Dimensiones de la lesión en mentón.

Se realizó punzo aspiración obteniendo contenido líquido blanquecino; luego se realizó biopsia por incisión de la membrana y el examen histopatológico dio como resultado tumor odontogénico queratoquístico. Como tratamiento se planteó realizar las endodoncias de las piezas comprometidas (Figura 5), extirpación del tumor, apicectomías de las piezas dentarias comprometidas, curetaje óseo prolijo y colocación de injerto de cresta iliaca bajo anestesia general, para lo cual se solicitaron los exámenes auxiliares y se realizaron las

interconsultas correspondientes para manejo multidisciplinario. La paciente fue sometida a intervención quirúrgica bajo anestesia general como fue planificado y no se registró complicaciones en el acto quirúrgico. (Figuras 6,7,8,9,10). La lesión estaba bien delimitada y encapsulada, incidiendo en el curetaje óseo prolijo y fresado de toda la pared de la lesión, previo a la colocación del injerto autólogo. (Figuras 8, 9)



Fig. 5. Endodoncias piezas comprometidas.



Fig. 6. Exposición del lecho quirúrgico.



Fig. 7. Extirpación, fresado y apicectomía.



Fig. 8. Injerto de cresta en chip.



Fig. 9. Colocación del injerto.



Fig. 10. Sutura de la incisión tipo sulcular.

El examen de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico inicial. En el control post-operatorio a la semana y a los ocho meses evoluciona favorablemente, tanto al

examen extraoral e intraoral y al control radiográfico no se evidencia signos de recidiva (Figuras 11, 12, 13, 14).



Fig. 11. Control post quirúrgico.



Fig. 12. Control post quirúrgico fondo de surco.



Fig. 13. Control radiográfico 1ra semana



Fig. 14. Control Radiográfico a los ocho meses

DISCUSIÓN

Aunque todavía algunos consideren al queratoquiste como quiste, la OMS en el 2005 recomienda ya el cambio de ser considerado un quiste a un tumor; es así que en la actualidad se denomina tumor odontogénico queratoquístico. Esta decisión se basa en la conducta biológica de la lesión, y que más corresponde a la de un tumor. El tratamiento de los queratoquistes, depen-

diendo de las experiencias de cada cirujano, es: extirpación con fresado de la cavidad residual, crioterapia, aplicación de solución de Carnoy, marsupialización, descompresión y la extirpación radical.⁵ Debido a su capacidad histológica de recidivar a través de quistes satélites algunos autores recomiendan la enucleación radical (resección mandibular) 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 de la lesión 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 en 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 1^a (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.⁶ 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 lesión antes de su enucleación. En nuestro caso, optamos por realizar la enucleación y fresado prolijo para disminuir el riesgo de recidiva, y como el tumor era demasiado amplio, se decidió efectuar el injerto de cresta iliaca para evitar una fractura patológica, además de considerarla una lesión benigna. Conociendo la fisiopatología de la piezas dentarias comprometidas, se realizaron tratamientos de conducto y evitamos la mutilación dentoalveolar, además que tratándose de una paciente joven, soltera, podíamos darle una mejor calidad de vida evitándole la mutilación dentoalveolar, y con mucha más razón, evitar la resección parcial de la mandíbula, como había sido planteada en otros centros hospitalarios. Con este tratamiento conservador devolvemos a la paciente su autoestima y su reinserción a la sociedad y lo que es también de suma importancia, mantenemos la función masticatoria. Se efectuaron los controles respectivos, que deben hacerse hasta por cinco años, siendo conscientes que puede volver a recidivar, posibilidad de la que también la paciente tiene conocimiento. Está conciente de la conducta del tumor odontogénico queratoquístico que puede volver a salir, pero cuando esta posibilidad se dé, lo podemos reintervenir cuando aún está pequeño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Navarro Vila, C. Tratado Cirugía Oral y Maxilofacial. 2ª ed. 2009; p 33-40. Madrid: Ed. Arán; 2009.
2. WHO. Oral Oncology. The new classification of Head and Neck Tumours any changes? Oral Oncology. 2006; 42: 757-758.
3. Sapp J. Philip, Eversole Lewis R., Wysocki George P. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Madrid: Ed. Harcourt; 1998; 38-60.
4. Brad W, Neville D, Douglas D, Damm D, Thomas B. Odontogenic keratocysts of the midline maxillary region. J Oral Maxillofac Surg. 1997; 55: 340-344.
5. Beovide, V; Kornecki, F: Tumor odontogénico escamoso asociado a la pared de un queratoquiste odontogénico. Odontoestomatol. 1994, 5: 44-49.
6. Brannon R. The odontogenic keratocyst. A clinicopathologic study of 312 cases. Part I: Clinical features. Oral Surg (42): 54 (1976): Part II: Histologic features. Oral Surg (43): 233. 1997.
7. Pindborg J, Hjöteng H: Atlas de enfermedades de las mandíbulas. Madrid: Salvat Editores; 1976.
8. Puyraud S, Orsel S; Michlowsky S. A voluminous exteriorized odontogenic keratocyst. Laryngol-Otol-Rhinol-Bord. 1998, 119(3): 195-97.
9. Regezi J, Sciubba J. Quistes de la región bucal. Patología Bucal. 2a. ed. Quistes de la región bucal. Patología bucal. 2a ed. México: Interamericana-Mc Graw-Hill: 349-354
10. Shafer G, Hine M, Levy B. A Textbook of oral pathology 4ta. Edición. Philadelphia: W.B. Sander Company; 1984.

Recibido: 6/5/2010

Aceptado para su publicación: 8/7/2010