
Multimed 2018; 22(2)

MARZO-ABRIL

CASO CLÍNICO

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE GRANMA
HOSPITAL PEDIÁTRICO DOCENTE HERMANOS CORDOVÉ
MANZANILLO. GRANMA**

**Tumor odontogénico queratoquístico con localización
bilateral en mandíbula**

Keratocystic odontogenic tumor with bilateral location in mandible

Dr.C. Carlos E. Zamora Linares.

Hospital Pediátrico Docente Hermanos Cordové. Manzanillo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el tumor odontogénico queratoquístico es una lesión asociada con el desarrollo dental, que ha merecido especial atención debido a su naturaleza invasiva y la comprobada posibilidad de recurrencia. Este tumor predomina en las primeras décadas de la vida, tiene predilección por el sexo masculino y se localiza con mayor frecuencia en la región molar de la mandíbula. Los criterios de tratamiento han sido controversiales debido a las tasas considerables de recurrencia ante métodos conservadores, y el inevitable daño estético y funcional cuando se emplean métodos radicales.

Caso clínico: se presenta el caso de un niño con una lesión de este tipo, de localización bilateral en mandíbula, en el cual se realizó tratamiento quirúrgico conservador.

Conclusiones: el diagnóstico temprano de estas lesiones permite las mejores alternativas de tratamiento y asegura un mejor pronóstico en cuanto al resultado estético y los índices de recurrencia. El manejo de estos pacientes debe incluir un período largo de seguimiento posoperatorio para detectar posibles recidivas. En el caso que se presenta, el paciente está libre de recidiva luego de siete años de seguimiento.

Palabras clave: tumor odontogénico queratoquístico, quistes odontógenos, mandíbula.

ABSTRACT

Introduction: keratocystic odontogenic tumour is a lesion associated with dental development, which has deserved special attention due to its invasive nature and the proven possibility of recurrence. This tumour predominates in the first decades of life, has a predilection for the male sex and is located more frequently in the molar region of the jaw. The treatment criteria have been controversial due to the considerable rates of recurrence with conservative methods, and the inevitable aesthetic and functional damage when radical methods are used.

Clinical case: a case of a child with a lesion of this type, bilaterally located in the jaw, in which conservative surgical treatment was performed.

Conclusions: the early diagnosis of these lesions allows the best treatment alternatives and ensures a better prognosis regarding the aesthetic result and the recurrence rates. The management of these patients should include a long period of postoperative follow-up to detect possible recurrences. In the case presented, the patient is free of recurrence after seven years of follow-up.

Key words: keratocystic odontogenic tumor, odontogenic cysts, mandible.

INTRODUCCIÓN

Entre los quistes derivados del desarrollo dental, el tumor odontogénico queratoquístico (TOQ) ha merecido especial atención. También conocido como queratoquiste, ya desde el año 2005 la Organización Mundial de la Salud le asignó la primera denominación para expresar su naturaleza neoplásica.¹ Este tumor, descrito inicialmente por Philipsen en 1956, predomina entre la segunda y tercera décadas de la vida; tiene predilección por el sexo masculino y se localiza con mayor frecuencia en la región molar de la mandíbula.^{2,3}

Aunque generalmente el TOQ crece lentamente, su carácter invasivo se manifiesta por expansión dentro la porción esponjosa del hueso; los dientes adyacentes pueden ser desplazados y la cortical ósea puede sufrir erosión en mayor o menor grado.^{2,4} La presencia múltiple de esta lesión en un mismo paciente generalmente está asociada al denominado síndrome de Gorlin-Goltz.^{5,6}

Los criterios de tratamiento de estas lesiones no son uniformes; ⁷ el dilema consiste en la probabilidad de recurrencia cuando se realizan procedimientos conservadores, y el daño estético y funcional que pueden provocar los métodos más radicales, cuestión esta

última que en el niño adquiere mayor importancia por cuanto las estructuras involucradas se encuentran en una etapa de crecimiento y desarrollo.

En este trabajo se informa el caso de un niño con tumor odontogénico queratoquístico de localización bilateral en mandíbula y sin aparente asociación con el síndrome antes mencionado, que fue tratado con método conservador.

CASO CLÍNICO

Se presenta un paciente del sexo masculino de cinco años de edad y sin antecedentes patológicos de importancia hasta la aparición del cuadro que se describe. Pocos meses antes de la primera consulta, la madre del niño le notó un discreto aumento de volumen en la región mandibular a ambos lados de la cara. Ante la persistencia del cuadro y observar que crecía lentamente, decidió acudir al facultativo.

El examen clínico bucal reveló la existencia de bultos anormales de contorno liso y consistencia firme, en la cortical vestibular de ambas regiones molares de la mandíbula; los molares temporales estaban ligeramente desplazados. La radiografía lateral oblicua de mandíbula mostró una imagen radiolúcida ovalada que ocupaba toda la porción alveolar y medular de la mandíbula en región de molares, y que se extendía hasta el ángulo mandibular (figura 1).



Fig. 1. Radiografía lateral oblicua de aumento de volumen en la región mandibular.

Se practicó tratamiento quirúrgico conservador en dos actos, mediante la resección marginal y posterior curetaje cuidadoso de la cavidad. En el transoperatorio se constataron formaciones quísticas de \pm 4 cm en su mayor diámetro, con cápsula gruesa, fibrosa y aspecto anacarado (figuras 2 y 3).



Fig.2. Hemimandíbula derecha.



Fig. 3. Hemimandíbula izquierda.

En el lado izquierdo el tumor involucraba al folículo dentario del primer molar permanente. La punción aspirativa de ambas lesiones obtuvo un líquido espeso de color ámbar oscuro. El examen histopatológico confirmó lesión quística conformada por epitelio escamoso estratificado abundante en queratina, compatible con TOQ (figura 4).

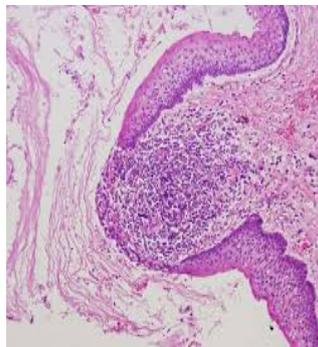


Fig. 4. Rasgos histológicos del tumor.

DISCUSIÓN

El TOQ ocupa el tercer lugar en frecuencia entre los quistes del desarrollo odontogénico; su origen se plantea a partir de las células epiteliales de la lámina dental. La lesión puede aparecer en un grupo muy diverso de edades, pero alcanza la mayor incidencia entre la segunda y tercera décadas de la vida. Estos tumores tienen predilección por los varones, y la localización mandibular representa alrededor del 80 % de los casos. Los dientes de la zona pueden ser desplazados o quedar incluidos en la lesión.⁸

Las formas múltiples de los TOQ están asociadas con alguna frecuencia (aproximadamente el 5 % de los casos) al llamado síndrome del carcinoma basocelular nevoide o síndrome de Gorlin-Goltz, en el cual, además de los quistes, se presentan carcinomas basocelulares múltiples y deformidades esqueléticas.⁹⁻¹¹

Otras alteraciones de este síndrome que se han descrito son calcificación de la hoz del cerebro, hoyuelos o depresiones epidérmicas en palmas y plantas, anomalías costales y vertebrales, macrocefalia relativa, *miliun* faciales, frente prominente, hipertelorismo, malformaciones oculares, malformaciones alveolo-palatinas y otras alteraciones del desarrollo.⁹ Ninguno de estos rasgos se encontró en el paciente estudiado.

El crecimiento invasivo de los TOQ así como el riesgo potencial de recurrencia, han inclinado a algunos^{1,7} a aconsejar tratamientos quirúrgicos radicales que incluyen desde la resección en bloque hasta la hemimandibulectomía y la hemimaxilectomía; sin embargo, cuando se trata de niños, los criterios son más conservadores y se recomienda la resección marginal con el fin de proteger ciertas estructuras cuyo compromiso podría producir daño estético y funcional permanente.¹²

En el caso que presentamos se realizó la resección conservadora de la lesión. Después de siete años de seguimiento no se han observado signos de recurrencia, aunque algunos recomiendan períodos largos de seguimiento pues se han encontrado recidivas hasta después de los 20 años de realizada la operación.¹³ Un aspecto que debe destacarse sobre el TOQ es la importancia del diagnóstico temprano, lo que permite aplicar tratamientos menos agresivos y reducir la probabilidad de recurrencia.

CONCLUSIONES

La presencia de bultos anormales y trastornos de la erupción dentaria en la región mandibular, sobre todo en las primeras décadas de la vida, pueden ser signos sugerentes de lesiones quísticas del desarrollo odontogénico, entre las que figura el TOQ.

El diagnóstico temprano de estas lesiones permite las mejores alternativas de tratamiento y asegura un mejor pronóstico en cuanto al resultado estético y los índices de recurrencia. El manejo de estos pacientes debe incluir un período largo de seguimiento postoperatorio para detectar posibles recidivas, las cuales pueden presentarse hasta pasados los 20 años del tratamiento inicial. En el caso presentado resulta notable la aparición del TOQ en edad muy temprana y su localización múltiple sin aparente asociación con el síndrome de Gorlin- Goltz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torrealba R, Bozan F, Mebus C. Tumor odontogénico queratoquístico: revisión de la literatura a propósito de un caso clínico. Int J Odontostomat [Internet]. 2013 [citado 05 Ene 2016]; 7(3):373-7. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2013000300006.
2. Atehortua G, Jaramillo C, Julián A, Osorio M, Correa P. Queratoquiste odontogénico: Reporte de un caso clínico, seguimiento a 10 años. CES Odontol [Internet]. 2013 [citado 05 Ene 2016]; 26(1): 93-9. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-971X2013000100009&lng=e&nrm=iso&tlng=es.
3. Vergara R, Carbonell Z, Álvarez Villadiego P, Díaz Caballero A. Aparición inusual de queratoquiste odontogénico. Av Period [Internet]. 2014 [citado 05 Ene 2016]; 26(1): 19-22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852014000100003.
4. Peñón Vivas PA, Sarracent Pérez H, Moreira Rodríguez P. Reemplazo articular temporomandibular debido a queratoquiste odontogénico. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2013 Mar [citado 05 Ene 2016]; 50(1): 109-18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000100009.
5. Quintana JC, Miranda J, Al-Gobhari F. Queratoquiste odontogénico. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2009 [citado 05 Ene 2016]; 46(3): 70-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000300008.
6. Rosón S, González R, Naval L, Muñoz M, Díaz F. Síndrome de Gorlin-Goltz: Serie de 7 casos. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac [Internet]. 2009 [citado 05 Ene 2016]; 31(5):

309-15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582009000500002.

7. Fernández Lizama C, Pérez-Flecha Rubio F, Villegas Toro DM, Lizama Velasco J. Tumor odontogénico queratoquístico. Revisión de la literatura a propósito de un caso. *Cient Dent* [Internet]. 2013 [citado 05 Ene 2016]; 10(2): 65-9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4490428>.

8. Robles P, Roa I. Keratocystic odontogenic tumor. Clinicopathological aspects and treatment. *J Oral Res* [Internet]. 2014 [citado 05 Ene 2016]; 3(4):249-56. Disponible en: <http://joralres.com/index.php/JOR/article/viewFile/108/106>.

9. Minvielle A, Rossi M, Weil M. Síndrome de Gorlin-Goltz. *Arch Argent Dermatol* [Internet]. 2015 [citado 05 Ene 2016]; 65(2):73-80. Disponible en: <http://www.archivosdermato.org.ar/Uploads/73Gorlin%20Forum.pdf>.

10. Moyano Y, Ruffini A, Gubiani ML, Boldrini M, Pinardi B. Síndrome de Gorlin-Goltz: reporte de caso. *Arch Argent Dermatol* [Internet]. 2015 [citado 05 Ene 2016]; 65 (3): 99-103. Disponible en: <http://www.archivosdermato.org.ar/Uploads/99Moyano-S%C3%ADndrome%20de%20Gorlin-Goltz.pdf>.

11. Ninan T, Sankar V, Arun G, Aabu V. Gorlin-Goltz syndrome: An often missed diagnosis. *Ann Maxillofac Surg* [Internet]. 2016 [citado 05 Ene 2016]; 6(1):120-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4979327/>.

12. Kamil AH, Tarakji B. Odontogenic Keratocyst in Children: A Review. *Open Dent J* [Internet]. 2016 [citado 05 Ene 2016]; 30(10):117-23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4891985/>.

13. Pogrel MA. The keratocystic odontogenic tumour. *Int J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2015 [citado 05 Ene 2016]; 44(12): 1565-68. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/260035181>.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Recibido: 20 de diciembre de 2017.

Aceptado: 24 de enero de 2018.

Carlos E. Zamora Linares. Hospital Pediátrico Docente Hermanos Cordové. Manzanillo.
Granma. Cuba. Email: carlosez@infomed.sld.cu.