

CASO CLINICO

# Queratoquiste de Maxilar superior

Prof. Dra. Fresia Steiman R.\* , Prof. Dra. Susana Encina M\* ,  
Dr. Juan Cortés A.\*\*

## ABSTRACTS

*In this paper we present a review of the literature about Keratocyst. A tumor clasificated either as cyst or truely neoplasm.*

*Pathogenesis is arrested an a complete report of a case which was an 8 years later relapse with maxillary antrum, nasal fossa and orbitary wall involvement is presented.*

*Key words: Keratocyst, Tumor, Cyst, Neoplasm, Relapse.*

## RESUMEN

*En el presente artículo presentamos una actualizada revisión de la literatura, referente a Queratoquiste, lesión clasificada por algunos como quiste odontogénico y por otros como una verdadera neoplasia.*

*Se consignan los datos sobre su patogenia y se presenta un extenso caso de ubicación maxilar que compromete senos maxilares, fosas nasales y pared orbitaria, recidiva de 8 años de una pequeña lesión ubicada entre incisivo lateral y canino.*

*Se realizan algunas consideraciones sobre el caso en particular y anotamos las conclusiones que nos parecen derivar de lo antes expuesto.*

**Palabras Guías:** *Queratoquiste, tumor, quiste, neoplasia, recidiva.*

## INTRODUCCION

El *Queratoquiste*,<sup>1</sup> considerado por algunos en la actualidad como una neoplasia benigna odontogénica,<sup>2</sup> concita el interés de patólogos y clínicos dado su peculiar comportamiento clínico, expresado por su marcada tendencia a la recidiva.<sup>1-2-3</sup>

El *Queratoquiste* representa entre un 7% y un 10% de los quistes maxilares,<sup>1-2-3-4-5</sup> mostrando una marcada predilección por la mandíbula, especialmente por la zona del tercer molar y rama ascendente. Menos de un 10%, se ubica por mesial de caninos.<sup>2-6</sup> Su distribución por sexo muestra una marcada preferencia por el masculino (2:1).<sup>6</sup>

El diagnóstico de esta lesión se realiza por lo general como resultado de un hallazgo radiográfico<sup>5</sup> excepto que la lesión se infecte secundariamente o se encuentre en un grado de desarrollo tal que provoque en el paciente deformidad ósea o facial evidente.

Una de las características más notables, como ya lo mencionamos, lo constituye su alta capacidad de recidiva, reportada entre un 13 y un 60%, con un promedio de 25%,<sup>2</sup> atribuible en parte a sus particularidades morfológicas; su carácter friable<sup>1</sup> disgregabilidad de su cápsula<sup>3</sup> formación de quistes satélites,<sup>2</sup> factores que por sí solos o en conjunto se oponen a una adecuada extirpación

\* Profesor Asociado Departamento de Cirugía y Traumatología Maxilofacial. Facultad de Odontología. Universidad de Chile.

\*\* Ayudante primero Departamento de Cirugía y Traumatología Máxilo Facial. Facultad de Odontología. Universidad de Chile.

quirúrgica, si la técnica operatoria no resulta lo suficientemente enérgica.<sup>7</sup>

Radiográficamente, esta lesión puede adoptar un patrón unilocular (56%), cavidad solitaria con un lóculo (20%) o multilocular (23%).<sup>5</sup>

De acuerdo a su aspecto radiológico, suele ser confundido con un quiste dentífero, un quiste residual o incluso con uno radicular, y con ameloblastoma y granuloma central en los casos multiloculares.<sup>12</sup>

El tratamiento descrito para esta patología consiste en su enucleación total con margen de seguridad.

Se atribuye a una resección insuficiente o poco agresiva el mayor o menor número de recidivas observadas. Se sugiere y está descrito el uso de enucleación y curetaje<sup>11</sup> de la cavidad operatoria, fresada de ella uso de sustancias caústicas locales como la solución de Carnoy o de EDTA,<sup>3</sup> uso de Criocirugía,<sup>10</sup> resección de la mucosa que recubre la lesión y exodoncia de las piezas involucradas.

### CASO CLINICO

Paciente de 22 años, sexo masculino, consulta en el Policlínico de Cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, por presentar un aumento de volumen geniano izquierdo de 15 días de evolución y asintomático. Relata haber sido operado en esta misma clínica en 1978, sin precisar mayores detalles.

No aporta otros antecedentes mórbidos de importancia.

**Examen físico:** Paciente deambulador, lúcido, orientado (Foto 1). Presenta aumento de volumen geniano izquierdo y relata parestesia del labio superior del mismo lado. Se observa borramiento del surco nasogeniano.

Este aumento de volumen es relativamente bien circunscrito, de aproximadamente 1,5 cms de diámetro, recubierto por piel normal e indolora a la palpación. En el examen intrabucal se aprecia un aumento de volumen ubicado por arriba del fondo del vestíbulo superior izquierdo, que no lo ocupa, extendiéndose desde el segundo premolar al tercer molar, fluctuante a la palpación y recubierto por mucosa de aspecto y color normal. La palpación más profunda revela discontinuidad de la tabla ósea vestibular.

Las piezas dentarias se apreciaban vitales y firmes, excepto el 2º molar que se mostraba al estado de raíz.

El informe de la biopsia fue de *Queratoquiste*, coincidente con el diagnóstico detallado en la ficha en 1978. El estudio radiográfico fue complementado con un estudio planigráfico que nos reveló una



Foto 1. Aspecto radiográfico de la lesión. Año 1978.

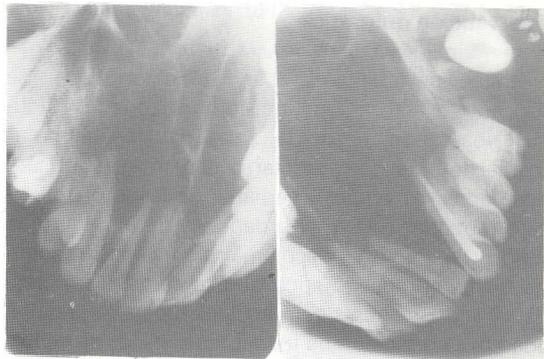


Foto 2. Vistas oclusales de lado derecho e izquierdo donde se aprecia extensión de la lesión.

extensa área radiolúcida maxilar superior, extendidas entre la zona de la tuberosidad izquierda y el área premolar derecha, respetando las piezas dentarias y rechazando ambos senos maxilares, especialmente, el izquierdo y las fosas nasales. El estudio planigráfico nos mostró en altura y profundidad las relaciones de la lesión con la cavidad orbitaria izquierda, observándose que la pared inferior se presenta excavada, pero sin compromiso de su continuidad.

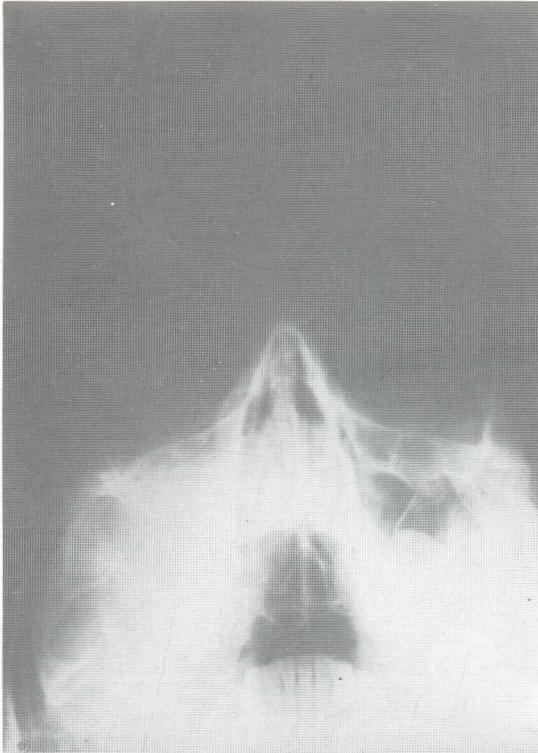


Foto 3. Proyección radiográfica que muestra relación de la lesión con la cavidad orbitaria izquierda.

### Intervención quirúrgica

Bajo anestesia general e intubación bucal, se procedió a realizar una incisión horizontal crevicular, abarcando desde la zona del tercer molar izquierdo a la de premolares derechos, practicándose descarga vertical mediana. Se levantó un colgajo mucoperióstico, abordándose de inmediato la lesión. Se inició el decolamiento y la extirpación de la membrana quística que se muestra inflamada, y con signos de infección (pus). Se realizó además la resección de los tabiques óseos presentes dentro de la cavidad. Se debió practicar la apicectomía vital del grupo dentario antero superior, debido a la imbricación de la membrana en el espacio interradicular, lo que hacía imposible su enucleación completa.

Una vez terminada la separación de la membrana del lecho óseo, se pudo comprobar el gran tamaño de la cavidad excavada por el tumor. De adelante hacia atrás, la cavidad abarcaba desde la tabla ósea vestibular hasta la región del paladar blando, comprometiendo las apófisis transversales de los huesos palatinos, encontrándose el tumor en íntima relación con la mucosa palatina y tuberosidad izquierda.

En el plano transversal, la lesión comprometía la tuberosidad izquierda totalmente, el seno maxilar del mismo lado, rechazando el piso de las fosas nasales y el seno maxilar derecho en la mitad de su tamaño.

Verticalmente, el tumor ocupaba desde la región palatina hasta la suborbitaria izquierda, erosionando su pared inferior rechazando seno en el lado derecho.

Se reponen los colgajos suturándose con seda a la mucosa, empacándose gasa yodoformada en el interior de la cavidad operatoria.

El material extirpado fue enviado a estudio anatomopatológico, que corroboró el diagnóstico inicial.

La evolución ha sido satisfactoria.

### DISCUSION Y COMENTARIOS

Surgen una serie de consideraciones respecto a la patogenia y fundamentalmente al tratamiento de esta lesión.

En primer término, vemos como el caso expuesto respeta algunas de las características comunes descritas para *Queratoquiste*, tales como el sexo, la edad del paciente y la invariable recidiva, que en él fue detectada al octavo año postoperatorio. Sin embargo, destaca notoriamente la disparidad entre el tamaño de la lesión original y el de su recurrencia, la gran agresividad que demostró, y su localización infrecuente, lo que sumado influye en un difícil enfoque terapéutico. Haciendo este caso clínico muy particular.

En relación a la extensión de la lesión, surge la duda ¿fue recidiva solitaria o por el contrario fue multicéntrica, que luego confluyó formando una gran cavidad? Lamentablemente no podemos responder con los antecedentes disponibles.

En relación al tratamiento, en el momento de planificar la intervención, fueron evaluados todos los aspectos teóricos disponibles y señalados, pero, tanto el tamaño de la lesión como las estructuras involucradas (senos maxilares, fosas nasales, piezas dentarias, cavidad orbitaria izquierda y paladar blando), puestos de relieve por el estudio topográfico, dejaban poco margen de acción.

Una cirugía muy agresiva nos daría como resultado un paciente mutilado en forma irreversible, ya que esta hubiera significado la extirpación de los dientes anterosuperiores de canino a canino y parte de las apófisis palatinas del hueso maxilar y gran parte del maxilar izquierdo. Un fresado del lecho operatorio hubiera significado perforar la órbita, las fosas nasales y demás estructuras nobles, por lo cual se decidió una cirugía conservadora, a la espera de su evolución, propendiéndose a con-

troles seguidos y evaluación periódica, ya que tenemos plena conciencia de no haber cumplido todos los pasos operatorios ideales recomendados para el buen éxito de esta lesión, situación de la cual fue informado el paciente y aceptada por éste.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a los antecedentes expuestos, podemos obtener las siguientes conclusiones:

- 1.— El *Queratoquiste* puede demostrar una conducta de notable agresividad local.
- 2.— Esta conducta sugeriría una actitud neoplásica, más que quística de la lesión.
- 3.— Enfrentados a situaciones clínicas específicas debemos flexibilizar nuestros criterios terapéuticos en lo concerniente a margen de seguridad.
- 4.— Enfrentados a lesiones lo suficientemente extensas y/o que posean características de queratoquiste, debemos propender biopsia pre-operatoria.
- 5.— El uso de la tomografía, es un excelente medio coadyuvante en el diagnóstico y particularmente útil en la planificación de la intervención quirúrgica.
- 6.— Un seguimiento al enfermo tratado por queratoquiste, debe practicarse hasta el 10º año postoperatorio como mínimo.
- 7.— La gasa yodoformada constituye aún un excelente medio de relleno en la evolución de una herida por segunda intención.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- BRANNON R B. The odontogenic keratocyst. A clínico pathologic study of 312 casos clinical features. 1. Oral surg. 42: 54, 1976.
- 2.- AHLFORS E. The odontogenic keratocyst: A benign cystic tumor? 1. Oral maxilo fac surg. 42: 10-19, 1984.
- 3.- SAEZ R. Conceptos actuales sobre patogenia y evolución del keratoquiste seminario 4 Depto patología. Facultad de Odontología. U de Chile. 1984.
- 4.- GORLIN R J, GOLTZ R W. Multiple nevoid basal-cell epithelioma, iaw cystand bifid rig a syndrome. N. Eng J Med 262: 908, 1960.
- 5.- ISBERG-HOLM A. Odontogenic keratocyst roentgenological aspects dento maxillo fac. Radiol 6: 17-24 1977.
- 6.- SHAFER. Oral pathology, frunth edition W.B. Saunders Co. 271-273, 1983.
- 7.- CHOUNG R, DONOFF R B. The odontogenic keratocyst J. Oral Maxillo fac. Surg. 40: 797-802.
- 8.- OLIVA J, ETA L S. Quiste primordial de los maxilares (queratoquiste) odont. chilena a XXVIII 123-14: 49-62.
- 9.- WEBB A. Treatment of the odontogenic keratocyst by combined enucleation an cryosurgery. Int J oral surg. 1984 13: 506-510.
- 10.- GARDNER. IV Taller Internacional de Patología Oral, U. de Chile, CREPO-OPS.
- 11.- MOREILLON M C et als. Numerical frecuency y epithelial abnormalities partcularly microkeratocyst, in the developing human oral mucosa. Oral surg January 1982 vol. 53 Nº 1. 44-55.
- 12.- WRIGHT B A et als. Odontogenic keratocyst presenting as periapical disease. Oral Surg Oct 1983, Vol. 56 Nº 4 425-429.
- 13.- SANTIS H R et al. Nevoid basal cellçarcinoma syndrome associated with renal cysts and hipertension. Oral surg february 1983. Vol. 55 Nº 2, 127-132.
- 14.- ZUÑIGA B et als. Manejo de los keratoquistes recidivados. Rev. Dental de Chile, años 82/83 págs. 3-10.
- 15.- MAGNUSSON B C. Odontogenic keratocyst a clinícal an histological study with special reference to enzilme histochemistry. Oral Path 7 (1): 8-18, 1978.

