

Queratoquiste odontogénico con displasia moderada en su epitelio. Reporte de un caso

Ligia Pérez^{*1}, Campo E. Pérez¹ y Orlando Yoris²

¹Cátedra de Patología Estomatológica, Facultad de Odontología.

²Pregrado Facultad de Odontología.

Resumen

El Queratoquiste Odontogénico (QQO) es el segundo quiste Odontogénico del desarrollo más común. Se considera una lesión localmente agresiva por su rápido crecimiento y alto índice de recidiva, además de la capacidad de transformación maligna de su epitelio. Afecta la zona posterior de la mandíbula en un 60% a 80% de los casos. Radiográficamente es radiolúcido unilocular o multilocular e involucra la corona de un diente impactado en un 25% a 40% de los casos. La displasia epitelial es una alteración en la secuencia de maduración de los queratinocitos por diversos factores, observándose microscópicamente en secciones convencionales cambios atípicos en las células epiteliales. Este trastorno se clasifica en leve, moderado y severo dependiendo hasta donde se extiendan los cambios celulares en el epitelio. Este reporte describe un QQO en el seno maxilar de un paciente del sexo femenino de 28 años de edad, a la cual se le realizó una radiografía panorámica, por presentar dolor leve facial derecho, de aproximadamente un año de evolución. Imagenológicamente se detectó una imagen lítica rodeando la corona de un diente impactado en el seno maxilar derecho. Histopatológicamente se observó cambios epiteliales atípicos, diagnosticándose como Queratoquiste Odontogénico con displasia moderada en su epitelio.

Palabras clave: Quiste, odontogénico, displasia.

* Autor de correspondencia: Teléfono 0261- 7573769. Dirección electrónica: ligiaperezcastro@cantv.net

Recibido: 30-07-04 / Aceptado: 22-11-04

Odontogenic Keratocyst with Moderate Epithelial Dysplasia. A Case Report

Abstract

The Odontogenic keratocyst is the second most common odontogenic development cyst. It is considered a locally aggressive lesion, due to its fast growth and its very recurrent nature as well as its potential for the malignant transformation of its epithelium. It affects the posterior area of the mandible in 60% to 80% of the cases. This cyst demonstrates a radiolucence, a well defined area, which is associated with an impacted tooth in 25% to 40% of the cases. Epithelial dysplasia is an alteration in the normal maturation sequence of the keratinocytes, due to diverse reasons, in which these cells show microscopically atypical changes. Dysplasia is classified as mild, moderate and severe, depending on how great the extension is in the epithelial cells. This report describes a 28 year old female who presented mild tenderness on the right side of her face during a period of one year. A panoramic radiograph was made, a radiolucent image was discovered around the crown of an impacted tooth in the right maxilla. Histopathologically atypical epithelial changes were observed, and was diagnosed as an odontogenic keratocyst with moderate epithelial dysplasia.

Key words: Cyst, odontogenic, dysplasia.

Introducción

El queratoquiste odontogénico se considera el quiste más agresivo y el segundo más común de los quistes odontogénicos, se cree que se origina de la lámina dental. Es una lesión que afecta con mayor frecuencia el sexo masculino, creciendo en sentido antero posterior, por lo que la expansión ósea no es una de sus características mas comunes¹. Tiene predilección por el cuerpo y la rama de la mandíbula y se asocia a un diente retenido entre el 25% y 40% de los casos. En ocasiones, puede causar reabsorción de las raíces. Histopatológicamente este quiste exhibe un epitelio delgado paraqueratinizado con superficie corrugada, cuyas células de la capa basal se observan en empalizada, con todos sus núcleos al mismo nivel. La unión del epitelio con el tejido co-

nectivo subyacente es lisa, lo que dificulta su remoción, ya que en el momento del acto quirúrgico estos dos tejidos se separan, fragmentándose el epitelio y esta es una razón por la que esta entidad es altamente recidivante. La pared quística está conformada por tejido conectivo fibroso, donde dependiendo del caso se puede o no encontrar un infiltrado inflamatorio mono o polimorfo nuclear. La displasia epitelial se caracteriza por alteraciones citológicas celulares en el epitelio, tales como: pleomorfismo e hiperchromatismo nuclear, pérdida de la relación núcleo-citoplasma, además de la presencia de mitosis atípicas. Esta lesión puede clasificarse en leve, moderada y severa, dependiendo hasta que altura del epitelio se extiendan estos cambios celulares. Si sólo está afectada la capa basal, se considera leve, si llega hasta la capa espinosa, moderada, y severa si los cambios se observan abarcando la capa granulosa. Hay ocasiones donde la presencia de inflamación marcada puede causar alteraciones citológicas en las células, sin embargo, en ausencia de cambios inflamatorios la displasia se considera real². Si estas lesiones displásicas no se tratan de alguna manera, el resultado final podría ser la formación de un carcinoma de células escamosas, lesión considerada como la neoplasia maligna más común en la cabeza y el cuello de los adultos, la cual dependiendo de su diferenciación, en la mayoría de los casos lleva al paciente a la muerte. Existen varios casos reportados en la literatura mundial donde el epitelio del queratoquiste Odontogénico ha presentado variables grados de displasia, incluso hay autores que reportan casos donde el epitelio se ha transformado en un carcinoma de células escamosas³⁻⁶. Este reporte es importante debido a que a pesar de que la frecuencia de estos cambios epiteliales no es marcada, estos son lentos y asintomáticos, demostrándose que pueden llegar a convertirse en una lesión maligna que puede comprometer la vida del paciente, por lo que estas lesiones quísticas deben estudiarse aun cuando su apariencia sea inocente.

Reporte de caso

El caso a reportar es el de un paciente del sexo femenino de 28 años de edad, quién acude a consulta en la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia, por presentar dolor leve en la región facial derecha, de aproximadamente un año de evolución. Clínicamente no se observó ningún cambio en la zona afectada. La paciente negó traumatismo en el área, así como hábitos o situaciones que pudiesen ser consideradas como factores de riesgo de su enfermedad. Los antecedentes familiares y médicos fueron no relevantes. La paciente no se encontraba bajo ningún tipo de medicación, al examen físico fue considerada normal. Se le realizó una radiografía panorámica, donde se detectó una imagen radiolúcida que ocupaba el seno maxilar derecho en su totalidad y que contenía una pieza dental con anatomía de molar (Figura 1). El examen tomográfico reveló claramente la anatomía de esta pieza dental, rodeada por una zona hipodensa (Figura 2).

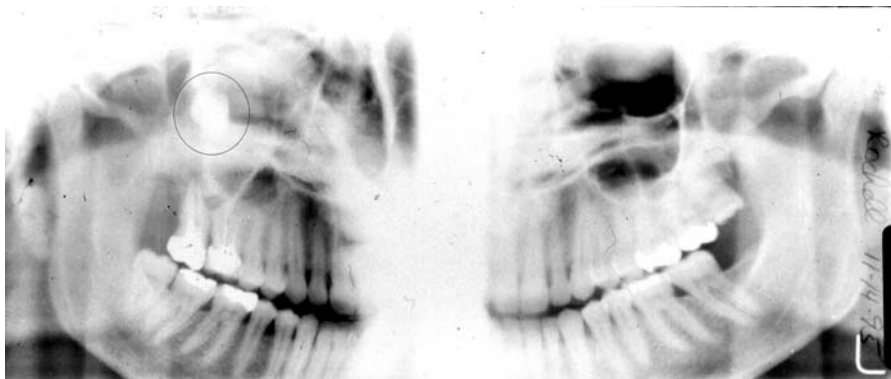


Figura 1. Radiografía panorámica mostrando pieza dental incluida en el seno maxilar derecho.

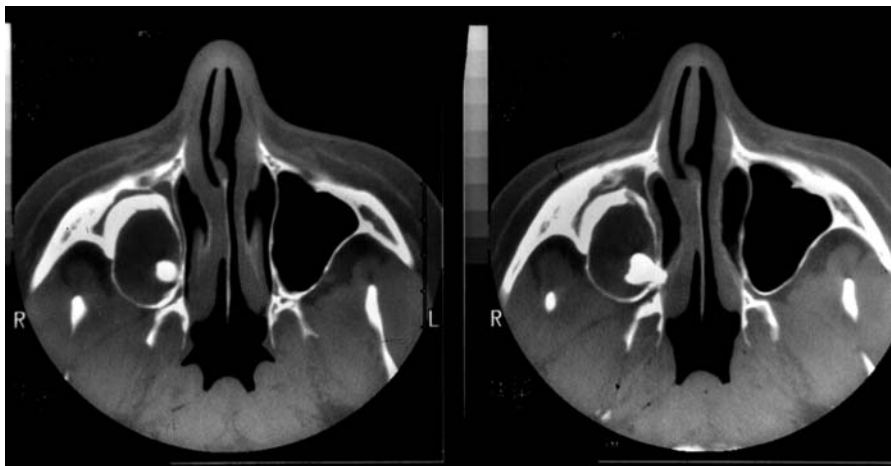


Figura 2. Tomografía computarizada. Se identifica lesión ocupante de espacio en seno maxilar derecho con molar permanente en su interior.

Se consideró en este caso el siguiente diagnóstico diferencial:

Quiste Dentígero, Queratoquiste Odontogénico y Ameloblastoma, diagnóstico diferencial clásico, cuando se observa una imagen radiolúcida asociada a una pieza dental impactada.

La lesión fue eliminada completamente en un solo tiempo, bajo anestesia local. La biopsia fue estudiada macroscópicamente, siendo descrita como una estructura sacular, pardo oscura, que rodeaba completamente un tercer molar permanente, midiendo en su totalidad 3 x 2,5 x 1,8 cm.

Histopatológicamente se identificó a bajo poder una cavidad quística, revestida por un epitelio delgado paraqueratinizado, con superficie corrugada, los núcleos de los queratinocitos de la capa basal, ubicados todos al mismo nivel (en empalizada), y la unión del tejido epitelial con el tejido conectivo completamente lisa, este tejido conectivo fibroso subyacente, se caracterizó por ser denso y por contener un moderado infiltrado inflamatorio mononuclear, características suficientes para llegar al diagnóstico de queratoquiste odontogénico (Figura 3). A mediano aumento, se observó con más detalle la superficie epitelial corrugada y los núcleos en empalizada, algunos de ellos hipercromáticos, pleomórficos, con pérdida de la relación núcleo-citoplasma. El infiltrado inflamatorio localizado en la pared quística era predominantemente mononuclear, representado por linfocitos y células plasmáticas (Figura 4). A mayor aumento, se identificó además de las características citológicas ya descritas, desorganización más o menos marcada del epitelio y la presencia de una figura mitótica atípica (Figura 5). Después del estudio microscópico de varias secciones se llegó al diagnóstico definitivo de Queratoquiste Odontogénico con displasia moderada en su epitelio. La evolución del paciente fue positiva, hubo correcta cicatrización. La paciente no acudió más a consulta.

Discusión

Aunque la presencia del queratoquiste odontogénico pueda sospecharse basándose en las características clínico-radiográficas, no es posible confir-

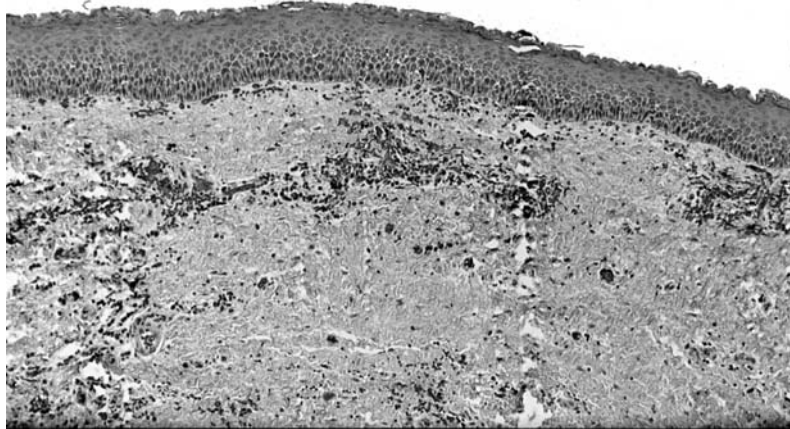


Figura 3. Microfotografía donde se observa epitelio escamoso paraqueratinizado con superficie corrugada. Características clásicas del queratoquiste odontogénico.

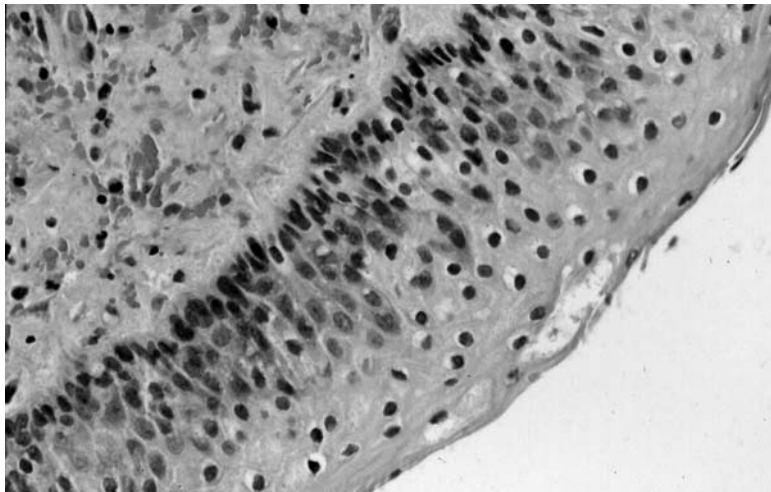


Figura 4. Microfotografía mostrando pleomorfismo e hiper cromatismo nuclear extendiéndose hasta el tercio medio del epitelio. Displasia moderada.

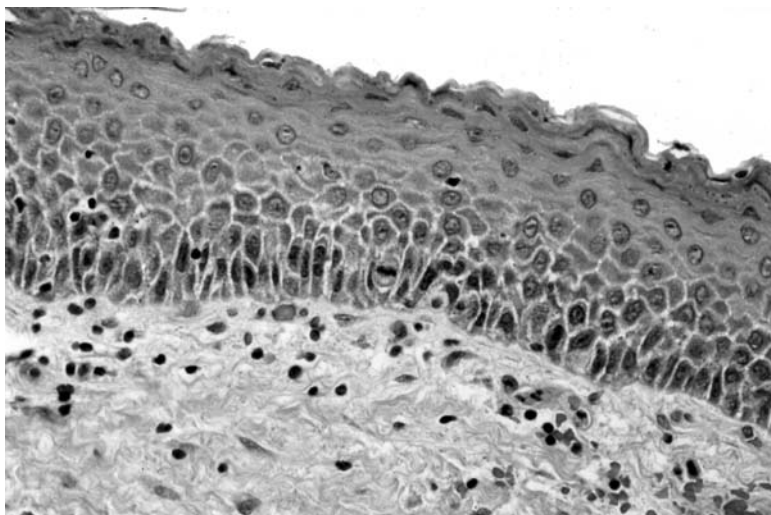


Figura 5. A mayor aumento cambios atípicos celulares y figura mitótica.

marlo sin la realización del examen histopatológico, estudio importante no sólo para llegar a un diagnóstico definitivo de la lesión, sino para determinar la presencia de cambios atípicos celulares, los cuales conllevan a la formación de lesiones malignas que ponen en riesgo la vida del paciente. Desde hace muchos años, se ha considerado la pluripotencialidad de los quistes odontogénicos, debido a la presencia de diferentes tipos de elementos microscópicos

en su revestimiento epitelial, tales como células mucosas, glándulas sebáceas, epitelio respiratorio, lo cual para algunos autores es la razón por la que estas lesiones pueden transformarse en patologías agresivas y/o malignas^{1,2}. A pesar de que el queratoquiste odontogénico en la mayoría de los casos no presenta atipia celular en su epitelio, han sido reportados 12 casos de transformación maligna en el epitelio de revestimiento de este quiste de origen odontogénico³. Hennis reportó un caso de una lesión maligna surgida de un queratoquiste odontogénico en maxilar, la cual se extendió hasta la órbita causando la muerte del paciente⁴. Otros autores también han reportado el producto de sus experiencias, donde en los estudios histopatológicos, sin existir ninguna manifestación clínica clásica de una lesión maligna o premaligna, han encontrado diversos grados de malignidad en el epitelio de los queratoquistes odontogénicos⁵⁻¹⁰. Murrah y Tiffée¹¹ en su estudio reportan que los cambios displásicos pueden ser reactivos y no reales, además no encontraron mayor agresividad en los queratoquistes odontogénicos con displasia. Chai-suparat y col.¹² de la Universidad de Maryland estudiaron cinco casos de carcinoma intraóseo primario, originados en quistes odontogénicos, dos de ellos de Queratoquiste Odontogénico. En nuestro caso donde apenas había una sintomatología muy leve, nuestra primera impresión fue la de un quiste dentígero, por ser una patología mucho más frecuente y con esta misma apariencia radiográfica; fue el estudio histopatológico lo que determinó primero la identidad precisa del quiste y después, la presencia de displasia moderada, la cual es en muchos casos, una patología previa a la formación de un carcinoma de células escamosas. Si esta lesión no se hubiese descubierto a tiempo, la vida de la paciente hubiese estado comprometida.

Referencias

1. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J: Oral and Maxillofacial Pathology. Second Edition. Philadelphia: Saunders Company. 2002. 594-597.
2. Regezzi J, Sciubba J: Oral Pathology. Clinical Pathologic Correlations. Second Edition. Philadelphia: Saunders Company. 1993. 337-339.
3. Keszler A; Piloni MJ. Malignant transformation in odontogenic keratocyst. Case Med Oral 2002. Nov-Dec; 7(5): 331-5.
4. Hennis HL, Stewart WC, Neville B. Carcinoma arising in an odontogenic Cyst with orbital invasion. Documenta Ophthalmologica 77: 73-79, 1991.
5. Makowski GJ, McGuff S, Van Sickels JE: Squamous cell carcinoma in a maxillary Odontogenic keratocyst. J Oral Maxillofac Surg 59: 76-80. 2001.
6. Zachariades N, Markaki S, Karabela V: Squamous cell carcinoma in a odontogenic keratocyst. Arch Anat Cytol Pathol 1995, 43(5-6): 350-3.
7. Foley WL, Terry BC, Jacoway JR: Malignant transformation of an odontogenic keratocyst. Report of a case.

8. Keszler A; Piloni MJ. Malignant transformation in odontogenic keratocyst. Case Med Oral 2002. Nov-Dec; 7(5): 331-5.
9. Ota Y, Karakida k, Watanabe K. A case of central carcinoma of the Mandible arising from a recurrent odontogenic keratocyst delineation of surgical margins and reconstruction with bilateral rectus abdominis myocutaneous free flaps. Tokai J Exp Clin Med (Japan), Oct 1998, 23 (4): 157-165.
10. Williams C, Pemble W. Squamous cell carcinoma ex-odontogenic keratocyst: A Review of cases from de Armed Forces Institute of Pathology. Oral Surg Oral Med Oral Patho. Aug. 2002, 94 (2): 546.
11. Tiffée J, Murrah V. Atypical features in Odontogenic Keratocysts: Reactive changes Vs true dysplasia. Oral surg Oral Med Oral Patho. Nov. 2001. 92 (5).
12. Chaisuparat R, Coletti E, Ord R, Nikitakis N. Primary Intraosseous odontogenic Carcinoma arising in an odontogenic cyst or the novo: a clinicopathologic correlation of five cases. Oral Surg Oral Med Oral Patho. Aug 2004. 98 (2): 140.