

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CATEDRA DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

ESTUDIO DE CASOS CLINICOS EN
PACIENTES CON QUERATOQUISTES
ODONTOGENICOS UNICOS O ASOCIADOS A
SINDROME GORLIN - GOLTZ ENTRE LOS
AÑOS 1986 - 1993.

Profesor Guía: Dr. Máximo Hernández Rodier
Docente Colaborador: Dr. Edwin Valencia
Alumnas: Mariana Ormazabal Mayol
Dinka Vivanco Santiago

VALPARAISO - CHILE
1993

Agradecemos la gentileza de Mentadent C,
quien a realizado un valioso aporte al
financiamiento de este Seminario de Tesis.

.... a mi familia y a María Paz.

.... a Gabriel y a mi familia.

AGRADECIMIENTOS.

A nuestro profesor guía, Doctor Máximo Hernández, por su tutoría durante todo el período de realización de nuestro Seminario.

Un agradecimiento especial para el Doctor Edwin Valencia M., quien nos brindó su ayuda en todo momento.

A todos aquellos que nos ayudaron de una u otra forma.

Gracias.

I N D I C E

INTRODUCCION	.....	1
MARCO TEORICO	.....	2
OBJETIVOS	.....	40
MATERIALES Y METODO	.....	41
RESULTADOS	.....	44
DISCUSION	.....	53
CONCLUSIONES	.....	56
RESUMEN	.....	57
REFERENCIAS	.....	58
ANEXOS	.....	61

INTRODUCCION

Patológicamente el término Quiste (derivado del griego Kystis: vejiga) se define como una cavidad patológica revestida de epitelio que por lo general, contiene material fluído o semisólido de naturaleza variable, rodeada por una cápsula bien definida que lo separa del tejido adyacente.

Dentro del grupo de los Quistes Odontogénicos del desarrollo se encuentra el Queratoquiste, el cual por su potencial comportamiento agresivo, índice significativo de recurrencia, características clínicas, presentación histológica y asociación con el Síndrome Gorlin-Goltz, se convierte en una entidad interesante de ser conocida y analizada.

Se decidió realizar este estudio de casos principalmente con el fin de agrupar la casuística tratada por docentes de la "Cátedra de Cirugía Maxilofacial de la Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso", y además, conocer su historia clínica y manejo.

En general, con este estudio queremos mostrar los diferentes casos clínicos de pacientes tratados por Queratoquistes únicos o múltiples, ver la relación de esta lesión con aspectos semiológicos y conocer el manejo clínico pre y post operatorio realizado.

1.- HISTORIA

- 1956 - El término de Queratoquiste Odontogénico es introducido por Philipsen. Se lo asignó por la presencia de queratinización de su epitelio.
- 1957 - Gorlin reportó la multipotencialidad del epitelio de los quistes odontogénicos y notó que la queratinización fue un descubrimiento común en las membranas epiteliales de 200 Queratoquistes.
- 1960 - Shear y Soskolne prefieren el término de Quiste Primordial por su origen del epitelio primordial. Compromete alrededor del 10% de las lesiones quísticas desarrolladas en tejido óseo. Posteriormente Browne aclara que el término Quiste Primordial debiera ser reservado a su sentido original, es decir, para referirse a aquel quiste que se desarrolla en el sitio de una pieza dentaria a través de la degeneración de un órgano del esmalte. Por lo tanto, no todos los Queratoquistes son Quistes Primordiales.
- 1963 - Pindborg y Hansen describieron los aspectos clínicos e histológicos esenciales.
- 1970 - Browne sugiere que la tendencia a recurrir de un Queratoquiste se debe a la estructura anatómica de la lesión y no se relaciona con el tipo de tratamiento. Presenta una serie de 537 Quistes Odontogénicos mostrando una incidencia de 7.3% de Queratoquistes.
- 1971 - Stoelinga estudia 54 Queratoquistes con un 10% de recurrencia.
- 1972 - Se presentan series clínicas de diversos autores Klammt 32 casos, Machtens 44 casos, Mc Ivor 43 casos, Rittersma 48 casos, mostrando un promedio de recidiva de un 30%.
- 1976 - Brannon recopiló 312 casos de Queratoquistes realizando estudios clínicos - patológicos de estas lesiones.
- 1978 - Hodgkinson 74 casos, muestra 39% de recurrencia.
- 1979 - Vedtofte y Praetorius 57 casos, 51% de recurrencia.

- 1980 - Forssell (121 casos). Mostró que la recurrencia es menor en casos de enucleación total comparados con aquellos en que la membrana es removida parcialmente.
- 1984 - Ahlfors 319 casos, describe un 27% de recurrencia.
- 1986 - Woolgar - Rippin estudiaron 164 Queratoquistes en pacientes que presentaban Síndrome Gorlin Goltz.
- 1990 - Kakarantza - Angelopoulou realizó un estudio clínico - patológico de 87 casos.

2.- ETIOPATOGENIA

El origen de los Quistes Odontogénicos tiene una relación directa con el desarrollo y la formación de las piezas dentarias, ya que la degeneración del epitelio odontogénico da lugar a la permanencia en el mesénquima de restos epiteliales de variada potencialidad que por determinados factores podrían originar algún tipo quístico.

Dentro de todas las etapas del desarrollo dentario, existen varias situaciones que podrían dejar en forma remanente restos epiteliales.

La primera es que una vez terminada la formación de los gérmenes dentarios, la lámina dental comienza a desintegrarse y quedan islotes epiteliales llamados restos epiteliales de Serres.

Luego se forma el epitelio reducido del órgano del esmalte a partir de la degeneración del folículo dental; también se forma la raíz guiada por la vaina de Hertwing la cual degenera y da origen a los restos epiteliales de Malassez. Cada uno de estos restos epiteliales da origen a la formación de un tipo en particular de Quiste Odontogénico.

Se ha demostrado que los Queratoquistes Odontogénicos se desarrollan a partir de restos epiteliales provenientes de la lámina dental (o restos epiteliales de Serres) y tienen capacidad totipotencial, es decir, puede proliferar en cualquier momento sin necesidad que medie un estímulo.

Estos restos se han observado con mayor frecuencia en áreas donde es más factible encontrar piezas dentarias incluidas, especialmente las zonas del tercer molar inferior y del canino superior, asimismo, la incidencia del Queratoquiste es más alta en estas regiones, especialmente en la mandíbula.

El epitelio de la mucosa oral, proveniente del ectomesénquima, es capaz de desarrollar Queratoquistes a través de la proliferación de sus células basales. (Stoelinga, 1971).

3.- MECANISMOS DE CRECIMIENTO QUISTICO

En la formación y crecimiento de los quistes existen varios factores involucrados que al interactuar entre sí dan como resultado una cavidad quística. Este proceso comienza con la presencia de un estímulo conocido o no que produce la proliferación del epitelio residual, seguida de degeneración central por falta de nutrición adecuada. Esto dará origen a la cavidad central del quiste que comenzará a crecer por diferentes mecanismos.

Estos procesos que son comunes a todos los quistes, no participan de igual forma en todos ellos, lo que diferencia, en parte, a cada quistes.

Se han propuesto tres mecanismos principales de crecimiento (Harris, 1978).

3.1.- CRECIMIENTO MURAL.

Se compone de dos variables:

- a) División celular perisférica: El crecimiento perisférico es atribuido a una activa división celular por parte del epitelio quístico ante un factor de diversa etiología: irritativo, mecánico, infeccioso e incluso de origen desconocido. Se agrega a esto un fenómeno de reabsorción ósea que permite la expansión quística.
- b) Acumulación de contenido celular: Se producirían por acumulación de queratina, celular o líquidos, en el interior de la cavidad quística lo que aumentaría la presión oncótica del quiste.

Estos dos factores son importantes en el crecimiento del Queratoquiste; las zonas hacia donde más se desarrollaría el quiste serían las de menor resistencia al crecimiento, por lo que habría una división celular mas activa hacia esta zona; ésto explicaría por qué el Queratoquiste, que aún siendo de una cavidad reabsortiva relativamente baja muestra un gran crecimiento debido a su activa división celular hacia zonas de menor resistencia.

3.2.- CRECIMIENTO HIDROSTATICO.

La presencia de partículas osmóticamente activas dentro de la cavidad quística (queratina, proteínas, etc) determinan cierta atracción de líquido hacia el interior del quiste por variados mecanismos:

- a) Secreción: Realizada por células secretoras encontradas en algunos tipos de quiste. No se considera un factor de crecimiento de los Queratoquistes.

Según Ahlfors y Cols la actividad mitótica del epitelio ocasiona proliferación de éste hacia el tejido conjuntivo subyacente, empujando las fibras colágenas subepiteliales contra la capa externa de fibras circulares de la cápsula. Esto genera presión con reabsorción osteoclástica consecutiva de la superficie ósea. La presión de la cavidad quística contribuye poco al crecimiento expansivo del Queratoquiste; sin embargo, acompañada por la actividad colagenolítica dentro del tejido conectivo y la reabsorción de las paredes óseas, produciría crecimiento epitelial con el consecutivo aumento de tamaño de la cavidad ósea. (Ahlfors y Cols, 1984).

4.- ETAPAS DEL CRECIMIENTO QUISTICO

En las etapas del crecimiento quístico se presenta clínicamente:

4.1.- PERIODO DE LATENCIA O INTRAÓSEO:

Aquí el quiste presenta un lento desarrollo, asintomático y puede pasar inadvertido por un largo tiempo y suele ser aquí un hallazgo radiográfico. Si en este período no es tratado o no es descubierto, la lesión evolucionará a la etapa siguiente.

4.2.- PERIODO DE EXTERIORIZACION:

Presenta características tales como aumento de volumen de consistencia dura, indoloro y circunscrito de la tabla ósea comprometida: crepitación a la palpación como resultados del crecimiento quístico y su expansión.

Los quistes del maxilar superior evolucionan hacia vestibular excepto el incisivo lateral y raíces palatinas de premolares y molares que lo hacen generalmente hacia palatino.

En el maxilar inferior los quistes únicos generalmente se proyectan en sentido anteroposterior sin dar una deformación ósea apreciable. En el sector anterior crecen a expensas de ambas tablas o sólo hacia vestibular. Los que están en la región del tercer molar pueden hacerlo hacia la tabla lingual, por ser de menor resistencia.

Si sigue su crecimiento puede llegar a ponerse en contacto con la mucosa oral, presenta una consistencia fluctuante y aquí puede vaciar su contenido a la cavidad oral o infectarse.

La exteriorización trae como consecuencia una deformación que variará en magnitud dependiendo del tamaño de la lesión.

b) Transudación y exudación: Corresponde al paso de sustancias desde la sangre a la cavidad quística. Descrito por Main y Toller, citado por Shear, corresponde al crecimiento de quistes dentígeros. (Main, 1985).

c) Diálisis: Es importante considerar la diferencia de osmolaridad entre el interior y el exterior del quiste. El fluido quístico tiene una presión osmótica superior a la del suero del paciente, dada por el exudado proteico plasmático y los productos de desecho celular, sumado al inadecuado drenaje linfático.

4.3.- FACTOR REABSORVENTE DE HUESO:

Para permitir el crecimiento del quiste, es necesaria una reabsorción del hueso circundante. Este proceso es facilitado por las prostaglandinas cuyo papel o rol es estimular a los osteoclastos a reabsorber tejido óseo: éstas provendrían de células leucocíticas de la cápsula, lo que no excluye una acción vascular. La secreción de prostaglandina es mayor cuando el epitelio tiene aumentado su rol inductivo sobre el conjuntivo, aunque su actividad no desaparece al cesar este poder inductor. (Harris, 1978).

El crecimiento de los Queratoquistes se ha atribuido al elevado índice mitótico epitelial, a su gran actividad enzimática y en menor grado a la osmolaridad del fluido quístico.

Forsell encontró que el crecimiento del Queratoquiste varía de 2 - 14 mm. por año con un valor promedio de 7 mm.

El Queratoquiste tiene bajo contenido de proteínas solubles en relación a los quistes no Queratinizados de los maxilares. Toller citado por Swanson demostró falta de gradiente osmótica, lo que apoya la hipótesis que sugiere que los Queratoquistes crecen más por actividad celular independiente que por expansión pasiva como otros quistes odontogénicos. (Swanson, 1986).

Las células del revestimiento epitelial presentan un elevado índice mitótico y alto potencial de crecimiento in vitro. El epitelio muestra una gran actividad de fosfatasa ácida y de la NADH diaforasa. Esta capacidad metabólica es más intensa cuando las células epiteliales crecen en relación a fibroblastos, lo que indica la importancia de las células mesenquimáticas de la cápsula para la preservación de la capacidad metabólica del epitelio.

En la cápsula se han encontrado enzimas como la colagenasa y leucina aminopeptidasa inmunológica y biológicamente activas. Estas son responsables de la colagenolisis yuxtaepitelial e influyen en la expansión quística dentro del tejido óseo. La segunda se relaciona además con el poder invasivo de los tumores malignos.

5.- ASPECTOS CLINICOS

El aspecto clínico más importante del Queratoquiste es su alto índice de recidiva. Hoy autores que relacionan el Queratoquiste Odontogénico con tumores más que con quistes, por su agresiva conducta clínica y por estudios inmunológicos. Sería conveniente recalcar que existen 2 tipos básicos de Queratoquistes en cuanto a su histología: Ortoqueratinizados y Paraqueratinizados, siendo estos últimos más frecuentes, más agresivos y presentan un índice de recidiva mayor.

Los quistes del maxilar inferior, si no se han infectado secundariamente, a pesar de haber comprometido el paquete vasculonervioso dentario inferior no producen alteraciones en la sensibilidad (signo Vincent (-)). Los Queratoquistes Odontogénicos deforman al parecer menos las tablas y tienen un crecimiento más a través de la médula ósea.

Forssell y colaboradores señalan que la recurrencia aumenta en Queratoquistes asociados a Síndrome Gorlin - Goltz relacionado a que son lesiones paraqueratinizadas, en lesiones multiloculares, en Queratoquistes infectadas con fístula y perforación ósea y en lesiones enucleadas de varios dientes, respecto a lesiones únicas.

SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS

No siempre existe sintomatología clínica aún en lesiones antiguas (se observa en un 38,3%). Cuando la hay, se puede apreciar con mayor frecuencia:

- Aumento de volumen →
- Drenaje o fístula
- Dolor
- Desplazamiento dentario
- Cambios neurológicos
- Expansión de las corticales
- Reabsorción radicular
- Fractura patológica
- etc...

El dolor y supuración generalmente se limitan a los casos de infección secundaria.

Con respecto al daño que puede provocar a nivel dentario, se puede observar:

- Desplazamiento de dientes impactados
- Desplazamiento de dientes erupcionados
- Movilidad y reabsorción radicular
- Extrusión de dientes erupcionados.

El crecimiento del quiste es predominante en sentido anteroposterior, por lo tanto, el aumento de volumen es menos frecuente de lo que podríamos esperar. Esta lesión puede alcanzar un gran tamaño siendo asintomática.

6.- EPIDEMIOLOGIA

6.1.- FRECUENCIA:

El Queratoquiste Odontogénico representa entre el 3 al 11% de los quistes de los maxilares.

6.2.- DISTRIBUCION SEGUN SEXO Y EDAD:

De acuerdo a diversos estudios realizados se pudo observar que la mayor incidencia de esta patología ocurre en el sexo masculino, siendo apoyado por:

Brannon	1.44 : 1
Browne	1.46 : 1
Forssell	1.79 : 1
Kakarantza	2.7 : 1
Thomas - Tackett	1.3 : 1

La distribución etaria es variable y se presenta en todas las edades, describiéndose casos entre el año y los ochenta y tres años. Se ha descrito que la distribución por edad es bimodal, observándose un primer pick entre la segunda y tercera década, dato que es apoyado por los estudios de M. Thomas, J.C. Tackett 1992, Browne 1971 y Shear 1976 y un segundo pick entre la quinta y sexta década.

El estudio de Kakarantza - Angelopoulou muestra la mayor frecuencia de distribución entre los 50 y 60 años seguido por los 40 y 50 años.

6.3.- LOCALIZACION:

La localización preferencial de los Queratoquistes Odontogénicos es en la mandíbula, así se han establecido diferentes relaciones de comparación entre mandíbula y maxila y se ha obtenido:

Brannon	65.4 : 34.6
Kakarantza	65.5 : 34.5
Browne	79 : 21
Forssell	78 : 22

En relación al área afectada con mayor frecuencia podemos decir que en mandíbula es:

Zona de ángulo, rama y tercer molar
Zona de primer y segundo molar
Zona anterior

En maxila:

Zona de tercer molar
Zona canina

Se describen además otras localizaciones muy poco frecuentes como:

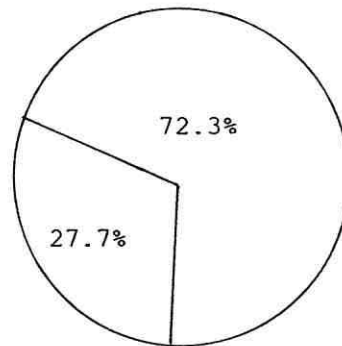
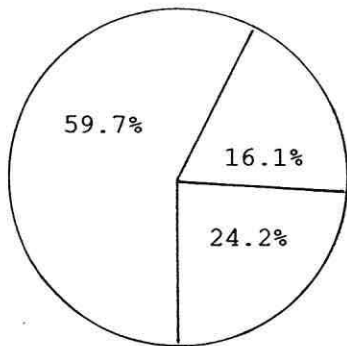
Zona apical
Ubicación periodontal lateral
Mucosa gingival (caso analizado por Dayan y colaboradores, al que denominan Queratoquiste Odontogénico Perisférico)
Orbita
Músculo temporal
Seno maxilar
etc.

DISTRIBUCION DE QUERATOQUISTES SEGUN
LOCALIZACION (CREPO 1979 - 1989)

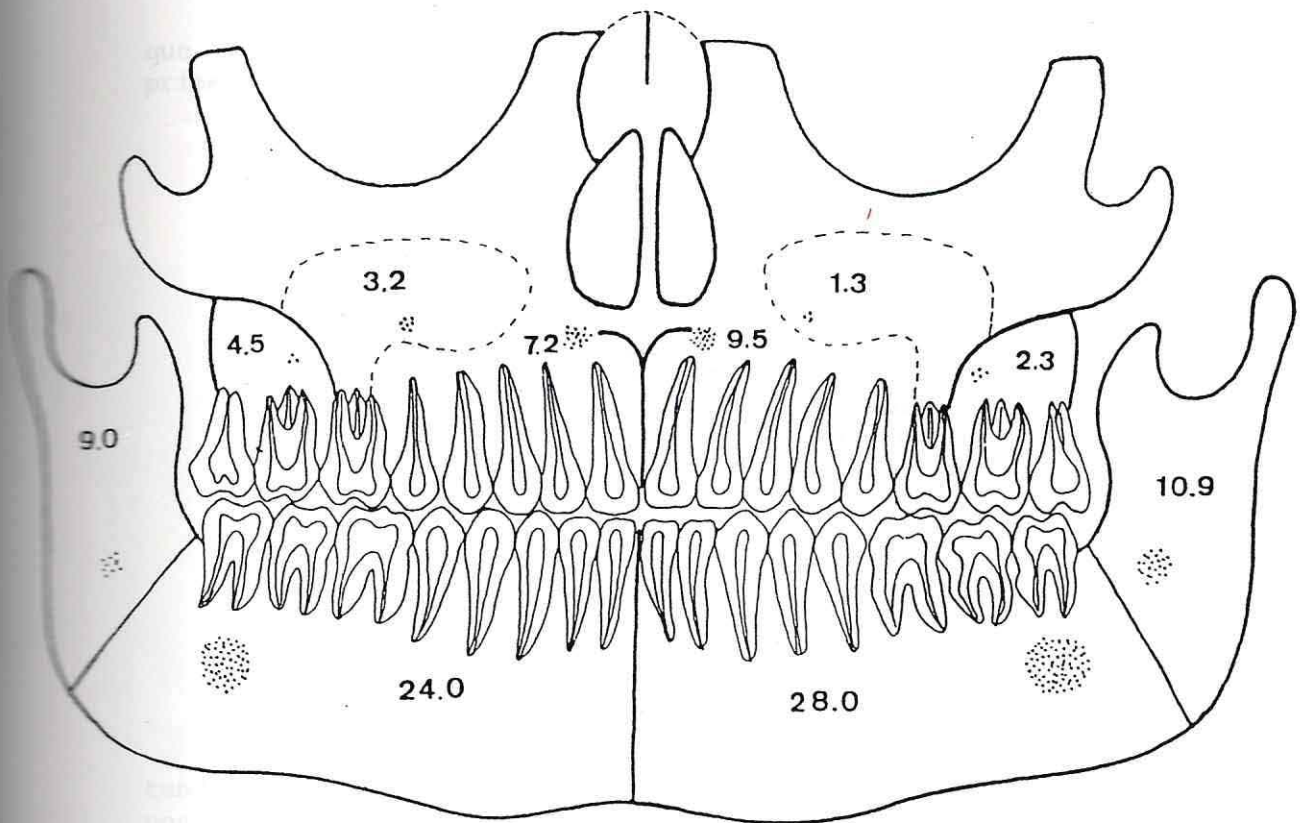
TABLA N° I	MAXILA				TOTAL
	Ant	SM	Tub	Palat	
QUERATOQ.	37	10	15	0	62
	59.7	16.1	24.2	0	100

TABLA N° II	MANDIBULA		TOTAL
	Cuerpo	Rama	
QUERATOQ.	115	44	159
	72.3	27.7	100

MAXILA



DISTRIBUCION POR UBICACION (EN%)
QUERATOQUISTE



7.- CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Las características radiográficas que presentan los Queratoquistes Odontogénicos son variadas. Este puede tomar el aspecto de cualquier tipo quístico. En general, corresponden al tipo Quiste Dentífero perteneciendo a este grupo en el 8.5% de los casos. Otras veces es diagnosticado como una patología diferente; ya sea quística o no, como Quiste Residual o Amelablastoma.

Radiográficamente se presenta como una gran área radiolúcida que puede ser unilocular o multilocular, siendo más frecuente la primera.

Distintos autores han obtenido resultados como:

Patridge	Unilocular	: 82%
	Multilocular	: 18%
Haring	Unilocular	: 74%
	Multilocular	: 26%
Isberg-Holm	Unilocular	: 56%
	Bilocular	: 20%
	Multilocular	: 23%
Brannon	Unilocular	: 61.5%
	Bilocular	: 9.6%
	Multilocular	: 23.07%
	Bordes no definidos	: 5.7%
Browne	Unilocular	: 56.6%
	Bilocular	: 20.5%
	Multilocular	: 22.9%

Según Haring las lesiones multiloculares tienen mayor tendencia a la inflamación ya que debido a su mayor tamaño tienen más posibilidades de perforar las tablas óseas y colocarse en contacto con mucosa o el medio bucal contrayendo una infección secundaria.

Los márgenes de la lesión pueden presentarse suaves o rugosos pero por lo general, bien definidos. La mala definición se asocia frecuentemente a una infección secundaria del quiste que produce una osteolisis difusa del tejido óseo adyacente. En el interior de la cavidad pueden verse tabicaciones cuando es multiloculado.

Generalmente no se aprecia una gran expansión de la cortical y deformación de las tablas óseas, debido a que la lesión se desarrolla a lo largo del hueso lesionado, llegando a comprometer en ocasiones gran parte del cuerpo o la totalidad de la rama.

La lesión festonea comúnmente las raíces de los dientes, sin comprometerlas. Raramente se produce rizálisis, la que se asocia por lo general a infección secundaria del quiste. Puede producir desplazamiento dentario masivo ya sea dientes erupcionados o no; en este último caso se puede observar retención de gérmenes dentarios, mal posición y desplazamiento a zonas inhabituales como borde basilar o cóndilo.

Puede producirse fractura patológica del hueso afectado debido al gran tamaño de la lesión.

Es muy frecuente observar radiográficamente la asociación de la lesión con una pieza dentaria no erupcionada semejando un Quiste Dentígero, pero durante el acto quirúrgico se observa la independencia de ambos por una capa de tejido fibroso.

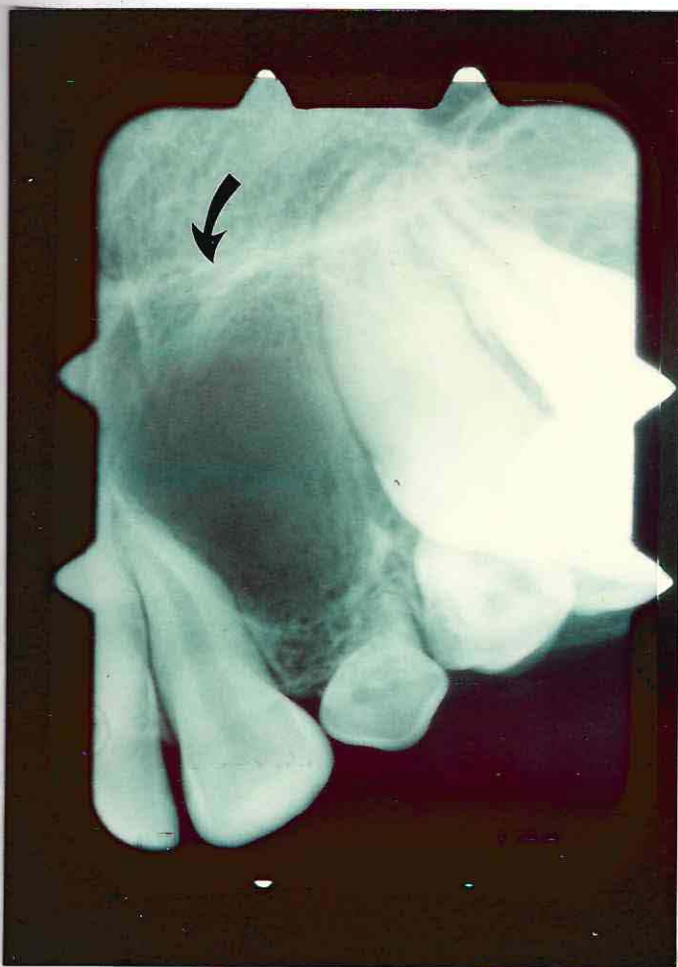


Foto Nº 1

Lesión unilocular,
corticalizada, ubicada
en región canina del
maxilar superior.

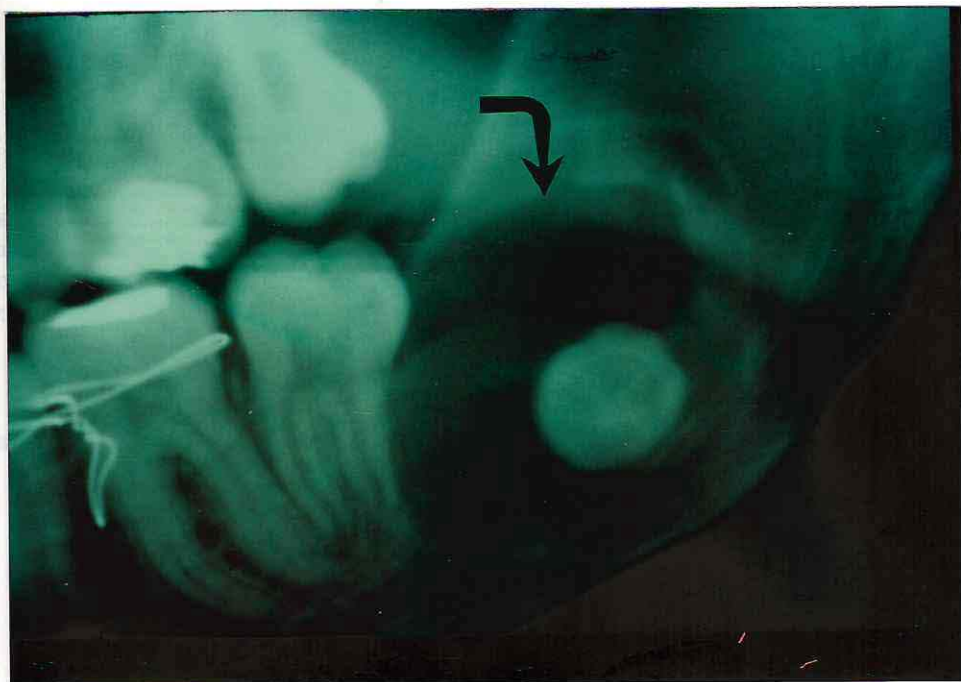


Foto Nº 2. Lesión radiolúcida unilocular, corticizada, en relación a diente 3.8 incluído.

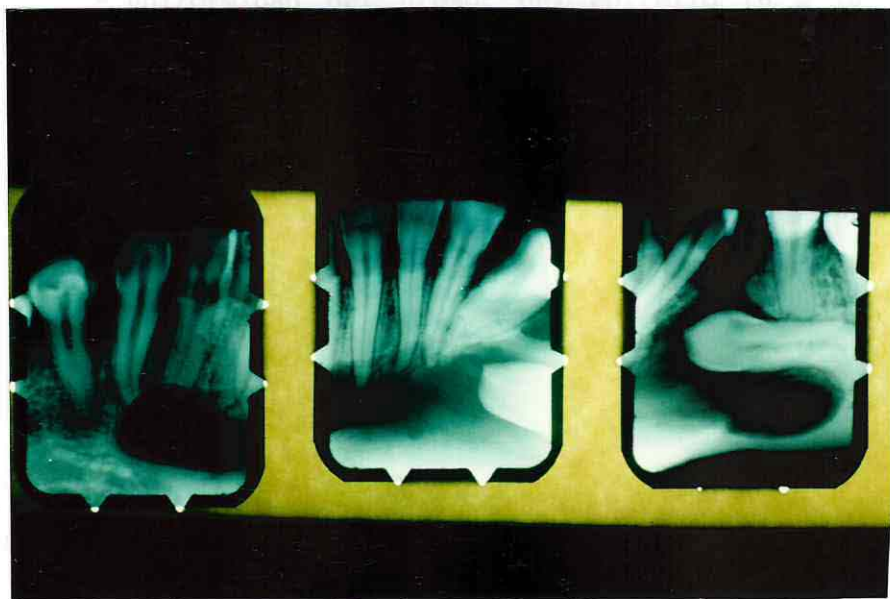


Foto Nº 3. Radiografías periapicales que muestran una zona radiolúcida extensa, corticizada, unilocular, asociada a diente 3.3 incluído en posición horizontal.

8.- HISTOLOGIA

El Queratoquiste Odontogénico es uno de los diferentes quistes que muestran queratinización del epitelio de revestimiento. Así, podemos nombrar además otros Quistes Odontogénicos como: Quiste Primordial, Dentígero y rara vez el Quiste Periodontal Apical y Quistes no Odontogénicos como: Quiste Tisular, Dermoide y Epidermoide.

Para su diagnóstico fueron establecidos criterios histológicos, los cuales son:

- Un revestimiento epitelial delgado, regular, uniforme, escamoso, estratificado y generalmente paraqueratinizado, con papilas del corion escasas o ausentes.
- La forma de queratinización predominante es la paraqueratina, aunque también la ortoqueratina puede estar presente.
- La capa de queratina es coarrugada, rizada u ondulada.
- Uniformidad del grosor del epitelio (6 a 10 células) sin formación de invaginaciones dermoepiteliales.
- Presencia de estrato basal bien definido, formado por células cuboideas o cilíndricas, que a menudo se disponen en empalizada, polarizadas y se describen como en lápida o cerca de estacas.
- Delgado estrato de células espinosas, las cuales generalmente presentan edema intracelular y con frecuencia muestran transición directa desde la capa de células basales.
- La pared quística es delgada y usualmente se presenta libre de inflamación.

8.1.- REVESTIMIENTO EPITELIAL:

El Queratoquiste Odontogénico es una lesión revestida por un epitelio uniforme de 6 a 10 capas de células con pocas o sin papilas del corion originado a partir de una membrana basal regular.

En un alto porcentaje (94 - 98% de los casos) vamos a observar zonas del epitelio desprendido del tejido conectivo de la cápsula sin que exista histológicamente degeneración celular o edema subepitelial. Este fenómeno se conoce como "split suprabasilar".

Los Queratoquistes tienen una característica única que fue descrita por Brannon y es que los cordones epiteliales estaban separados a nivel suprabasilar, permaneciendo el estrato basal en contacto con el tejido conjuntivo subepitelial.

A veces se observa acantosis irregular del epitelio asociada a proliferaciones hacia el conectivo que pueden ser:

- Gruesas y romas presentes en áreas de inflamación donde comienzan a alterarse la morfología y queratinización.
- Gotiformes donde la inflamación en el área es mínima o no existe.

Estas proliferaciones son más comunes en casos de Queratoquistes múltiples o asociados a Síndromes.

8.2.- ESTRATOS DEL EPITELIO:

8.2.1.- CAPA BASAL.

Es una zona nítida. Está formada por células cúbicas o cilíndricas dispuestas en empalizadas. Estas últimas, presentan núcleos hipercromáticos polarizados alejados de la membrana basal y muestran un alto grado de diferenciación en relación a las células de otros quistes. Morfológicamente semejan Ameloblastos.

Las células basales de los Queratoquistes ortoqueratinizados son menos desarrolladas que las de los paraqueratinizados. Ocasionalmente se han observado células melánicas en el estrato basal de algunos Queratoquistes, por lo general son de pacientes negros.

El número de figuras mitóticas en este estrato (según Browne) es bajo (10%). (Browne, 1971).

8.2.2.- ESTRATO ESPINOSO.

Su espesor es de 5 a 8 capas celulares. Está formado por células poliédricas con múltiples puentes intercelulares (59 - 83%). Es escaso en epitelios ortoqueratinizados y presenta un índice mitótico alto.

8.2.3.- ESTRATO GRANULAR.

Presente en un 15.8% de los casos. Se caracteriza por la presencia de gránulos de queratohialina.

8.2.4.- ESTRATO SUPERFICIAL.

Observaremos con mayor frecuencia paraqueratinización que ortoqueratinización. Brannon registra (Brannon, 1977):

Paraqueratina	83.2%
Orto y paraqueratina	7.1%
Ortoqueratina	9.7%

Los Queratoquistes paraqueratinizados tienen una capa de queratina de menor espesor y un aspecto superficial coarrugado y ondulado a diferencia de los ortoqueratinizados.

Todos los Queratoquistes ortoqueratinizados son lesiones únicas, generalmente de menor tamaño que los paraqueratinizados, asociados a una pieza dentaria impactada y su frecuencia varía entre los 46.2% y 55.6%.

El epitelio de los Queratoquistes tiene ocasionalmente células mucosecretoras (3.7%), células cilíndricas ciliadas (1.4%), glándulas sebáceas y melanina. Esto confirma su capacidad pluripotencial.

En presencia de inflamación de la pared conectiva el epitelio cambia su morfología hacia un epitelio escamoso estratificado típico de quistes inflamatorios (frecuencia de 76%).

Existe un cambio en la histología de los queratoquistes infectados o con achicamiento, en relación a quistes intraóseos, porque se produce una metaplasia del epitelio al pasar de ser un epitelio queratinizado a uno plano pluriestratificado, como el de la cavidad oral, por lo tanto, se dice que el pronóstico es mejor en quistes infectados o con achicamiento (Rodu y Cols, 1987).

El epitelio varia desde uno fino y atrófico hasta uno medianamente hiperplásico.

Las atipías celulares en el revestimiento epitelial es de baja frecuencia, 0.6% aproximadamente. Se caracteriza por una hiperplasia de células basales, aumento de la actividad mitótica, pérdida de la estratificación normal o transformación ameloblastoide del epitelio.

8.3.- CAPSULA:

La cápsula del Queratoquiste Odontogénico es relativamente delgada, está formada por tejido conjuntivo laxo y denso, cuyas fibras colágenas, frecuentemente finas e irregulares, se disponen circularmente alrededor de los pliegues epiteliales.

La presencia de inflamación es poco frecuente y se manifiesta como una acumulación focal de células inflamatorias crónicas, plasmocitos, linfocitos e histiocitos, en un estroma rico en mucopolisacáridos. A veces se observan además capilares dilatados.

En caso de inflamación secundaria la cápsula está aumentada de espesor y observaremos un infiltrado celular difuso de plasmocitos y linfocitos a través de la pared conectiva.

Ocasionalmente se encuentran calcificaciones distróficas en el tejido conectivo de la cápsula, asociadas a restos del epitelio odontogénico. Son más frecuentes en Queratoquistes múltiples (17% según Brannon)

También podemos observar depósitos de colesterol provocando reacción de cuerpo extraño no siempre asociadas a focos inflamatorios. Estos depósitos son más frecuentes en lesiones multiloculares, y su porcentaje de aparición es del 13%.

Los cuerpos hialinos de Rushton se observan con una frecuencia del 11% asociados con áreas de inflamación. Son más frecuentes en casos de quistes múltiples y Síndromes. Se sugiere un origen hematológico por su asociación a inflamación.

8.4.- QUISTES SATELITES.

Los quistes satélites tienen una frecuencia del 7 - 33% siendo más comunes en los Queratoquistes asociados a Síndrome.

Su ubicación más frecuente es en Queratoquistes localizados en la región de la rama y tercer molar mandibular, zona anterior de la maxila y región del tercer molar superior.

Probablemente su origen es a partir de restos epiteliales odontogénicos que sufren cambios quísticos.

Hay tres tipos que corresponden a distintas fases en su ciclo de vida:

- Fase Proliferativa : El quiste se rodea por epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado. Su lúmen contiene células epiteliales en degeneración y queratina descamada.
- Fase de Maduración: El epitelio es similar al de la cavidad quística pero su estructura es más aplanada y de menor espesor, su superficie es paraqueratinizada y el lúmen contiene fibras de paraqueratina.
- Fase Degenerativa: El revestimiento epitelial está desprendido dejando queratina libre lo que origina una reacción a cuerpo extraño.

Forssell determinó que estos quistes corresponden a cortes tangenciales del mismo quiste, lo que explica la variabilidad de su frecuencia en diferentes estudios.

8.5.- ISLOTES EPITELIALES.

Estos islotes presentan una frecuencia del 30%. Corresponden a restos de epitelio odontogénico presente en el tejido conectivo de la cápsula. Los Queratoquistes con restos epiteliales muestran predilección por el área del tercer molar, rama y zona de caninos superiores. En algunos casos presentan proliferaciones y queratinización de su zona central. Los restos epiteliales son frecuentes en Queratoquistes asociados con dientes impactados.

8.6.- LUMEN.

En un 35.6% de los casos el lúmen está vacío y sólo presenta trazas de queratina. En un 30.8% está repleto de queratina y ocasionalmente puede presentar sangre, bacterias o células inflamatorias. Además, se describen en el líquido altas concentraciones de lactoferrina con respecto a otros quistes.

8.7.- RELACION CON PIEZAS DENTARIAS.

El Queratoquiste puede presentarse en relación a un diente no erupcionado. En estos casos el revestimiento epitelial rodea totalmente la corona y está firmemente adherido a su cuello. En esta zona se presenta como un típico epitelio reducido del órgano del esmalte. El resto del revestimiento muestra el aspecto característico del epitelio de un Queratoquiste. Uniendo ambos epitelios existe un segmento de epitelio escamoso estratificado no queratinizado.

Se ha postulado que se origina por la erupción de una pieza dentaria en una cavidad quística preexistente.

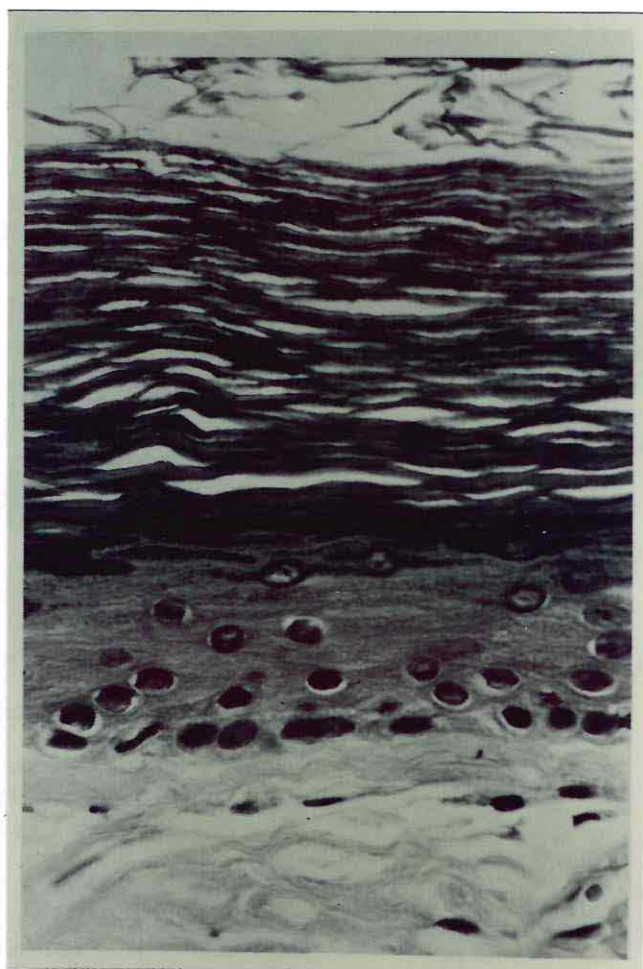


Foto Nº 4
Microfotografía que muestra la membrana epitelial con una hiperortoqueratosis.

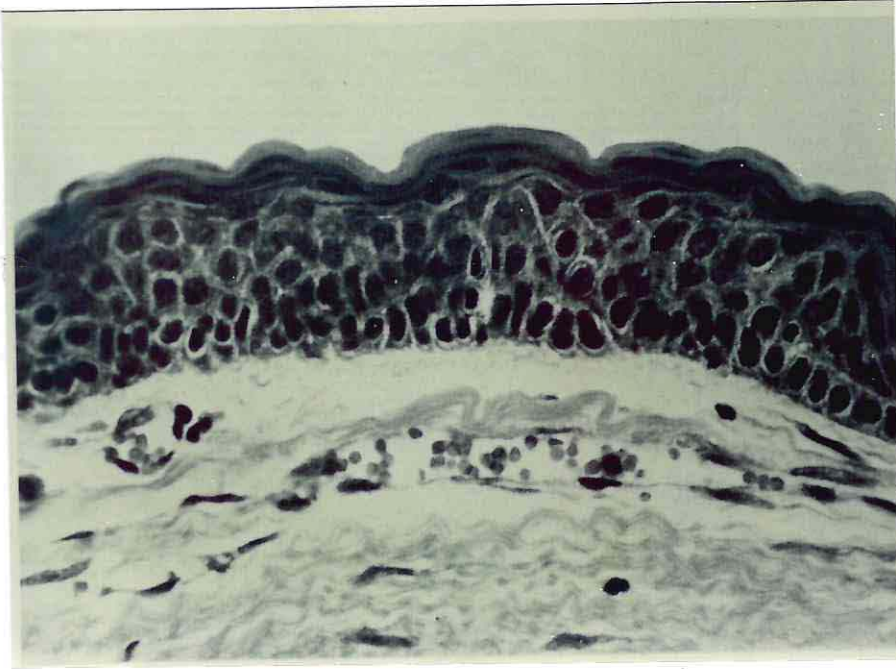


Foto Nº 5. Microfotografía de la membrana epitelial de un Queratoquiste, que muestra una capa corrugada de paraqueratina, una delgada capa de células espinosas y una capa de células basales cuboidales.



Foto Nº 6. Microfotografía de la membrana epitelial de una lesión quística que muestra una marcada diferencia de la capa basal con las células columnares.

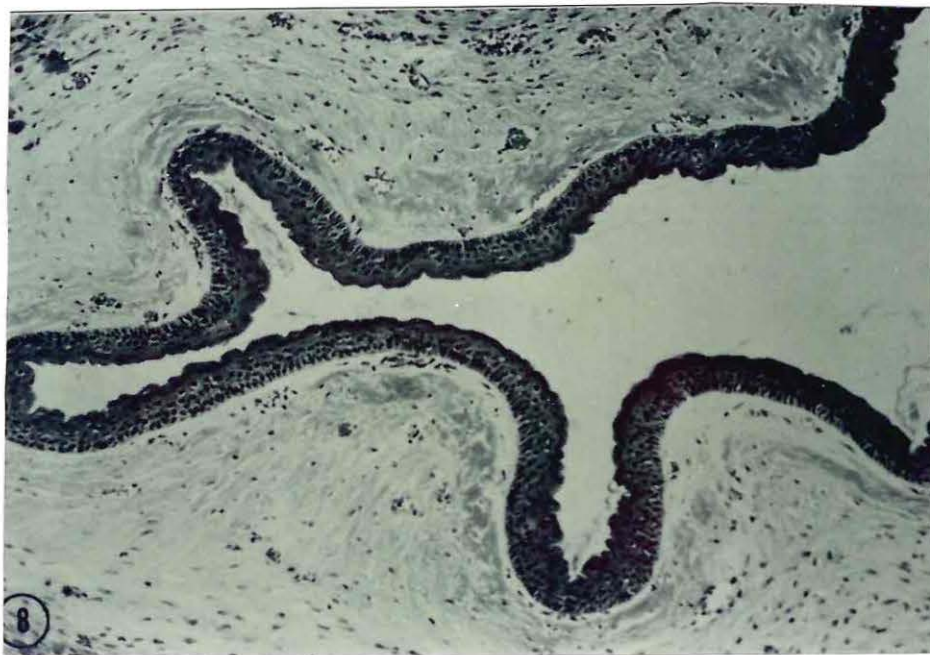


Foto N° 7. Microfotografía de un Queratoquiste típico. La cápsula no presenta aparentemente inflamación y se puede ver el epitelio con una capa corrugada de paraqueratina.



Foto N° 8. La microfotografía nos muestra un Queratoquiste Odontogénico con numerosos quistes satélites en el tejido conectivo.

9.- FACTORES ASOCIADOS CON LA RECIDIVA DE LOS QUERATOQUISTES.

En estudio publicado por Forssell el año 1988, se menciona que el 43% de los Queratoquistes recurre; de los cuales el 3% aparece después del primer año y el 37% al tercer año. Además, concluyó que:

- La recurrencia es mayor en pacientes con Síndrome Nevo- Basocelular que en pacientes sin él.
- Los Queratoquistes enucleados en relación a un diente recurren significativamente menos que los enucleados en varios dientes.
- Los casos de recurrencia de Queratoquistes con una infección observable clínicamente con fístula o perforación de la pared ósea es mayor, y
- También es mayor cuando la imagen radiográfica es multilocular.

Otros autores han mencionado como posibles causas de recurrencia de la lesión las siguientes:

- Mal manejo quirúrgico por remoción incompleta.
- Proliferación del epitelio quístico, producto de su elevado índice mitótico.
- Actividad colagenolítica y fibrinolítica en la pared quística.
- Patrón de queratinización.
- Remanencia de fragmentos de restos epiteliales finos después de la cirugía.
- Delgada pared quística que puede ser fácilmente perforada e incompletamente removida.
- Gran tamaño que dificulta su remoción total.
- Factores hereditarios.
- Infiltración de tejidos blandos, adherencia a periostio, mucosa y músculos adyacentes después que el quiste perfora el hueso.

10.- TRATAMIENTO

El tratamiento de los Queratoquistes y en general de cualquier lesión debe ser antecedido por un correcto diagnóstico preoperatorio.

En forma general se pueden delinear una serie de referencias en lo que respecta al diagnóstico preoperatorio de los Queratoquistes de los maxilares:

- a) La ubicación en el área del tercer molar o en regiones posteriores tiene un alto porcentaje y es poco frecuente encontrar otras lesiones en la rama que no sean Queratoquistes, Quistes Dentígeros o Ameloblastomas.
- b) Radiográficamente la apariencia multilocular es más frecuente que en otras lesiones y puede visualizarse una tendencia festoneada de los márgenes.
- c) Citología Exfoliativa y la determinación de proteínas por aspiración del contenido quístico es importante según lo demostraron Krammer y Toller (1973). Son indicativas de Queratoquistes una concentración de proteínas solubles menor a 4.8 gramos por 100 ml. y la presencia de escamas de queratina.
- d) Biopsia excisional de la lesión durante el acto quirúrgico.

El tratamiento de primera elección de los Queratoquistes Odontogénicos es el quirúrgico. Este va a depender de factores como:

- Edad del paciente
- Localización y tamaño de la lesión
- Ocurrencia primaria o recurrencia
- Presencia de perforación de la cortical
- Presencia de estructuras anatómicas significantes

Se postulan tipos básicos de tratamientos:

1.- Enucleación, curetaje, osteotomía perisférica y cauterización química en casos de ocurrencia primaria, seguido de cierre primario o secundario. Esto se hace con solución de Carnoy que consiste en:

- Alcohol absoluto 6 ml.
- Cloroformo 3 ml.
- Acido acético glacial 1 ml.
- Cloruro férrico 1 gr.

La acción de la solución fijadora según Voorsmit es sobre los remanentes epiteliales del quiste mayor, islotes epiteliales y microquistes dejados en la cavidad. La solución penetra en el hueso a una profundidad de 2 mm. después de 5 minutos de aplicación. (Voorsmit y Cols, 1981).

La enucleación tiene el inconveniente de no poder ser efectuada en procesos de gran extensión por dejar un hueso remanente muy debilitado y con gran predisposición a fracturarse.

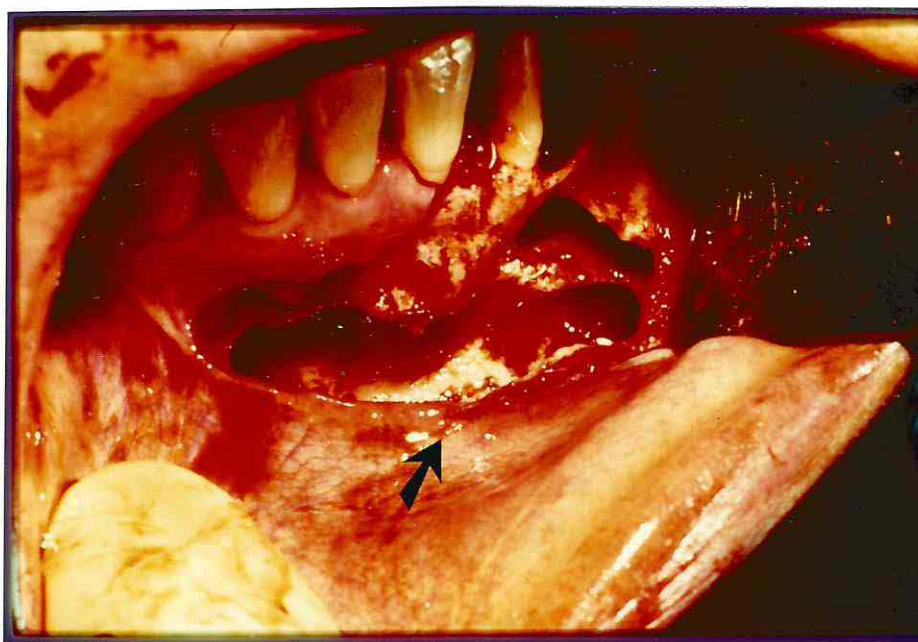


Foto Nº 9. Se puede observar el lecho quirúrgico después de la enucleación del Queratoquiste Odontogénico y curetaje de la cavidad quística.



Foto Nº 10. En esta imagen se muestra la cauterización química de la cavidad quística con solución de Carnoy, posterior a la enucleación de la lesión.

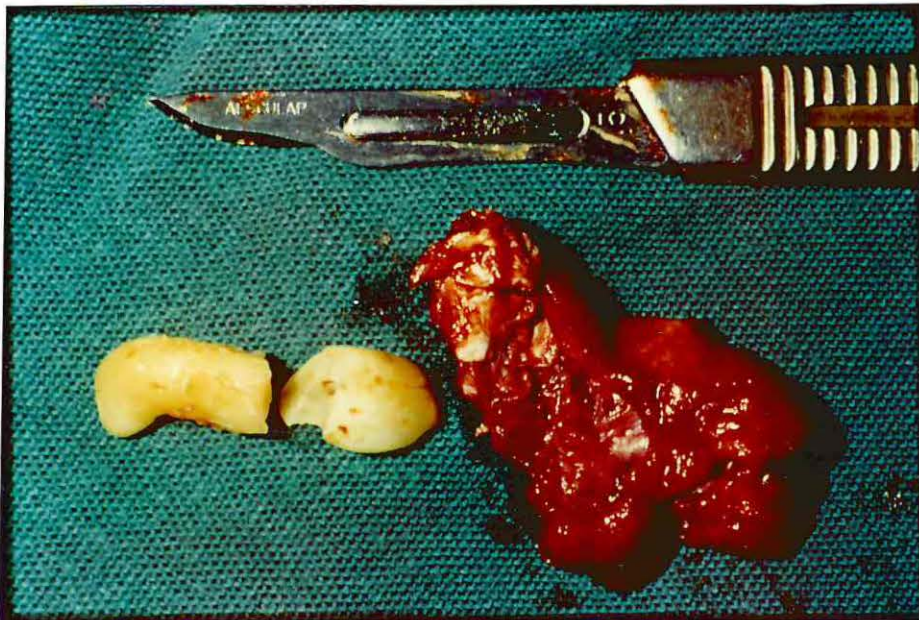


Foto Nº 11. Aspecto macroscópico de una lesión quística recientemente enucleada junto a los fragmentos obtenidos por la odontosección del diente asociado.

- 2.- Marsupialización: Sombatpium y Toller propusieron una solución quirúrgica conservadora, especialmente en quistes asociados a dientes permanentes impactados y no erupcionados, y una posterior enucleación. Consiste básicamente en fenestración de la membrana externa del quiste aliviando así la presión intraquistica. Con esta descompresión temprana, el tamaño de la lesión decrece lentamente favoreciendo la regeneración ósea en la zona del diente impactado, el cual eventualmente erupcionará en la arcada dentaria. Posteriormente es necesario enuclear los remanentes de membrana quística y sugerir el examen histopatológico de rutina para descartar una posible transformación neoplásica. Esta aproximación es un tratamiento apropiado en pacientes jóvenes aquellos que son importantes para un patrón de crecimiento normal de los maxilares.

La desventaja de esta técnica es que los tejidos patológicos rezagados tienen el potencial de desarrollar quistes satélites en la pared fibrosa de la cavidad quística primaria (Patridge 1987).

- 3.- Resección del tejido óseo afectado: Es utilizado en caso de Queratoquistes múltiples, aunque no previene recidiva. El tejido blando suprayacente debe ser también removido.

En algunos casos la resección puede ser acompañada de injertos de tejidos óseos para recuperar el tejido perdido. Se han reportado casos en que se ha producido recurrencia en quistes tratados con resección más injerto óseo inmediato o tardío: Schofield (1971); Edwards y Mc Millan (1972); Persson (1973); Attenborough (1974); De Guald y Goldberg (1991). Sin embargo, la alternativa de tratamiento de las cavidades quísticas a través de injertos óseos no es recomendada en el Queratoquiste por ser una lesión de alta recidiva y que requiere un monitoreo y control a largo plazo.

A su vez Voorsmit y Stoelinga propusieron:

- 1.- Enucleación para Queratoquistes uniloculares con remoción del tejido suprayacente y cauterización de la cavidad con solución de Carnoy.
- 2.- Aproximación de Cadwell-Luc para Queratoquistes del seno maxilar con cauterización selectiva evitando estructuras vitales.
- 3.- Enucleación y cauterización para quistes multiloculares.
- 4.- Enucleación y remoción de la mucosa suprayacente y cauterización para queratoquistes de la región ascendente de la rama.

Es necesario un seguimiento de los pacientes en forma anual realizando un examen clínico y radiográfico durante los primeros 5 años, dado que es el tiempo en que se produce el mayor índice de recidiva.

11.- SÍNDROME DE GORLIN GOLTZ O NEVOS BASOCELULARES

11.1.- HISTORIA.

El Síndrome de los Nevos Basocelulares fue descrito por primera vez por Harish en 1894, aunque se sabe que existía ya desde hace mucho tiempo.

Más tarde diversos autores describen este Síndrome destacando en 1951 Binkley y Johnson y principalmente en 1960 Gorlin y Goltz. Este analizó 150 casos de la literatura y describió las características ya conocidas.

11.2.- GENERALIDADES.

El Síndrome es una condición hereditaria transmitida en forma autosómica dominante, con alta penetrancia y expresividad variable.

Para el mejor entendimiento de la patogénesis se ha mencionado la ubicación de los genes que causan el Síndrome. El gen es localizado en el cromosoma 9q 22.3-q 31. La posición más probable es entre la marca de DNA D 9 s 12 y D 9 s 55. La localización del gen para el Síndrome Gorlin Goltz propone la posibilidad que la marca del DNA pueda usarse en la estimación relativa e identificación presintomática de pacientes para su estudio. (Farndon y Cols, 1992).

Es conveniente considerar que existen varias entidades patológicas en que encontraremos múltiples Queratoquistes Odontogénicos a parte del Síndrome Gorlin Goltz.

- Síndrome Hunter y mucopolisacáridos.
- Síndrome Maroteaux - Lamy.
- Síndrome Ehlers - Danlos tipo II.
- Síndrome de Noonan.

Los Queratoquistes Odontogénicos son una de las características más frecuentes de encontrar (90% y más). Estos varían en tamaño y pueden presentarse en ambos maxilares, afectando más a la mandíbula en zona molar y rama. Pueden ser uni o bilaterales y uni o multiloculares.

Los Queratoquistes tienden siempre a reaparecer sobretodo cerca de los 30 años. La recurrencia se presenta entre el 20 - 60% de los casos.

Las lesiones del Síndrome poseen con mayor frecuencia paraqueratina (82%), el número de quistes satélites es mayor y hay abundante cantidad de remanentes epiteliales en el tejido conjuntivo. Estos motivos podrían explicar el porque del mayor potencial de crecimiento y recidiva.

El Síndrome afecta por igual cantidad a hombres y mujeres, aunque parece existir una leve predilección por el sexo femenino.

11.3.- ANOMALIAS CUTANEAS.

Carcinomas Basocelulares: Es una lesión altamente frecuente (99 - 100% de los casos). Aparecen a temprana edad y se manifiestan en la pubertad o en la segunda mitad de la segunda y tercera década en áreas no expuestas a la luz solar.

Pueden ser múltiples en número observándose a veces cientos en un mismo individuo. Existen diversas formas de expresión en un mismo paciente: superficiales, multicéntricas, pigmentadas, sólidas, quísticas, adenoides y en enrejado; tamaño promedio de 1 a 3 mm. de diámetro e indoloras a la presión.

Los tumores tienen predilección por la región facial y cuello, luego le siguen dorso, tórax, abdomen y extremidades superiores. El grado de crecimiento de las lesiones no se detiene con la edad.

Tumores y Quistes benignos de la piel: Un ejemplo de ellos son los Epiteliales, Lipomas y Fibromas. Se han descrito casos de Neurofibromas en pacientes con Síndrome Nevo Basocelular que sugieren una relación con la enfermedad de Von Recklinghausen.

Disqueratosis: En las palmas de las manos y en las plantas de los pies. Son pequeñas áreas de 1 o 2 mm. de diámetro y 3 mm. de profundidad. El tejido conectivo subyacente presenta alteraciones como capilares superficiales dilatados, fibrosis, desaparición de las fibras elásticas y alteraciones degenerativas.

Foto Nº 12. Manifestaciones cutáneas de un paciente con Síndrome Gorlin - Goltz.



11.4.- ANOMALIAS NEUROLOGICAS.

Se describen manifestaciones como retardo mental leve, cambios electroencefalográficos, calcificación de la duramadre, especialmente la calcificación de la hoz del cerebro (35% de los pacientes), también se ha observado la calcificación de la silla turca que podría representar una calcificación de la tienda del cerebelo y los ligamentos petroclinoideos, agenesia del cuerpo calloso, hidrocefalia congénita, meduloblastomas, meningiomas y anosmia.

11.5.- ANOMALIAS MUSCULOESQUELETICAS.

Los defectos óseos son generalmente asintomáticos y de alta frecuencia (65 - 70% de los casos).

Entre los más comunes están:

- Costilla bífida o ensanchada que puede afectar a una o más costillas, ser uni o bilateral.
- Otras afecciones costales como sinostosis, agenesia parcial, pseudoartrosis y costillas cervicales rudimentarias.

En las vértebras cervicales puede haber una espina bífida oculta. Displasia escapular, tórax excavado, tórax en quilla, xifoescoliosis. Abombamiento de los huesos frontal y parietal, aumento de la circunferencia craneal. Ligero prognatismo mandibular, Queratoquistes, paladar ojival y fisura labial y palatina. Anomalías de menor frecuencia son Polidactilia, Aracnodactilia, Hallux Valgus, Sindactilia bilateral del segundo y tercer dedo.

11.6.- ANOMALIAS OCULARES.

Podemos mencionar:

Ceguera debido a la opacidad de la córnea, catarata, glaucoma, colomba de la coronoides y nervio óptico, estrabismo, nistagmo congénito y distopía cantal.

Hipertelorismo que presenta un puente nasal ancho y arcos superciliares bien marcados.

11.7.- ANOMALIAS SEXUALES Y ENDOCRINAS.

En el hombre el hipogonadismo se caracteriza por la ausencia o no descenso de testículos, genitales infantiles, patrón de vello púbico femenino, ginecomastia y/o vello facial escaso. En mujeres se presentan fibromas, quistes ováricos y se ha reportado calcificación ovárica o uterina.

Los pacientes con Síndrome tienen una insensibilidad de los túbulos renales a la inyección de la parathormona, sin embargo, sus glándulas hipotiroideas y la secreción de la hormona es normal.

11.8.- ANOMALIAS DENTO-MAXILARES.

Podemos señalar manifestaciones tales como:

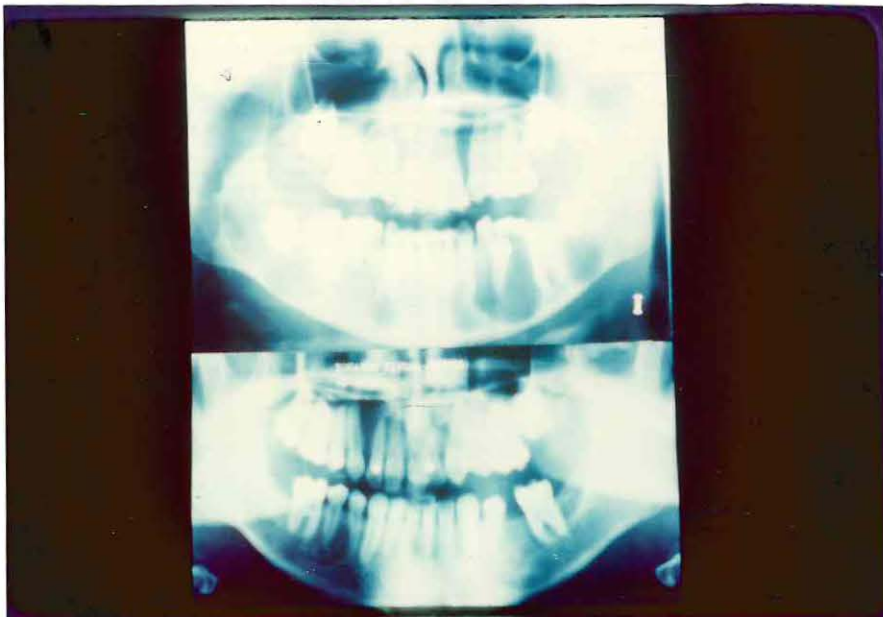
- Ausencia de los incisivos laterales superiores o caries múltiples.
- Desplazamiento, retención y malposición de los dientes producto del quiste.
- Persistencia anormal de dientes temporales.
- Cinco por ciento de los casos presentan fisura de labio, fisura de paladar o ambas.
- La manifestación más común es la presencia de Queratoquistes.
- Tienen alta incidencia y aparecen tempranamente, entre la primera y segunda década de vida.
- La sintomatología e histología de los Queratoquistes asociados a Síndromes no difiere de los Queratoquistes no asociados o lesiones solitarias.
- Radiográficamente se ven múltiples áreas radiolúcidas multiloculares bilaterales.
- En 1988 Domínguez y Kezsler describieron diferencias histológicas entre Queratoquistes aislados y Síndrome; la frecuencia de paraqueratinización es mucho mayor. El epitelio de las lesiones solitarias presentaron un mayor grosor y un mayor número de células.

La recurrencia de los Queratoquistes asociados a Síndrome pareciera ser más alta que en pacientes no afectados.

Foto No. 13. Imagen radiográfica de un paciente con Síndrome Gorlin - Goltz que muestra múltiples queratoquistes mandibulares:

a) Año 1986 Ortopantomografía previa al tratamiento.

b) Año 1989, imagen post - operatoria del mismo paciente.



11.9.- TRATAMIENTO.

El tratamiento de estos pacientes debe ser realizado por un equipo profesional multidisciplinario.

La terapia de las lesiones cutáneas puede realizarse a través de curetaje y electrodisecación, radiación con rayos X y excisión quirúrgica, sin embargo, Woolgar aconseja evitar la radiación por la presencia de sensibilidad que muestran algunos pacientes.

También se describe el tratamiento tópico de las lesiones con 5-fluorouracilo pero con porcentajes altos de recidiva.

Mohs demostró que la mejor técnica para el tratamiento de los carcinomas es la cirugía microscópicamente controlada.

El tratamiento de los Queratoquistes es el mismo utilizado en las lesiones no asociadas a Síndrome: remoción quirúrgica completa, tomando en cuenta su mayor tendencia a recidivar.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Realizar un análisis de los pacientes diagnosticados con Queratoquistes Odontogénicos o Síndrome Gorlin Goltz y tratados quirúrgicamente por docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso en un período de 6 años a la fecha.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Conocer las características de las personas descritas en este estudio.
- 2.- Describir los principales signos de los Queratoquistes en estudio.
- 3.- Conocer los principales síntomas de los pacientes examinados.
- 4.- Conocer los motivos de la primera consulta de los pacientes en estudio.
- 5.- Analizar la evolución clínica de los pacientes que presentan esta lesión.
- 6.- Conocer las diferentes técnicas utilizadas en el tratamiento de los pacientes en estudio.
- 7.- Analizar el comportamiento clínico de esta lesión en pacientes que presenten Síndrome de Gorlin Goltz.

MATERIALES Y METODOS

UNIVERSO

El universo seleccionado para este estudio comprende 15 pacientes con Queratoquistes Odontogénicos o Síndrome Gorlin Goltz tratados por profesionales especialistas en Cirugía Maxilofacial que pertenecen a la Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso, desde el año 1987 - 1993.

MUESTRA.

La muestra corresponde a 12 pacientes seleccionados de fichas clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso y de las Clínicas privadas de docentes de dicha Facultad.

CRITERIOS DE SELECCION DE LA MUESTRA.

- 1.- Existencia de historia clínica
- 2.- Presencia de radiografía preoperatoria
- 3.- Existencia de protocolo quirúrgico
- 4.- Posibilidad de examen clínico - radiográfico post - operatorio

INSTRUMENTO DE MEDICION.

Para realizar este estudio se confeccionó una ficha clínica, que consta de 3 items, los cuales son:

I.- IDENTIFICACION

- 1.- Iniciales del nombre
- 2.- Edad
- 3.- Sexo
- 4.- Referencia
- 5.- Fecha

II.- ANTECEDENTES MORBIDOS.

III.- HISTORIA CLINICA.

- 1.- Motivo consulta
- 2.- Examen clínico
- 3.- Exámenes complementarios
- 4.- Diagnóstico
- 5.- Tratamiento
- 6.- Evolución Clínica

PROTOCOLO DE LLENADO DEL
INSTRUMENTO DE MEDICION

I.- IDENTIFICACION:

- 1.- Iniciales del nombre: Se debe transcribir la primera letra del nombre, apellido paterno y apellido materno de la ficha revisada.
- 2.- Edad: Se refiere a la edad del paciente cuando fue atendido por primera vez.
- 3.- Sexo: del paciente en estudio
- 4.- Referencia: Se debe anotar el centro clínico donde recibió atención.
- 5.- Fecha: Mes y año en que el paciente realizó su primera consulta.

II.- ANTECEDENTES MORBIDOS: Corresponde a la historia clínica pasada en cuenta a alteraciones bucales, maxilofaciales o sistémicas (relacionadas con el Síndrome Gorlin Goltz). En el caso de Síndrome este items se subdivide en antecedentes personales y familiares.

III.- HISTORIA CLINICA.

- 1.- Motivo consulta: Causa por la que el paciente acude a solicitar atención Odontológica.
- 2.- Examen clínico: Es el examen inicial efectuado en el momento de su primera consulta.
- 3.- Exámenes complementarios: Son los exámenes ejecutados en forma inicial. Se debe anotar los resultados de la(s) radiografía y del estudio histopatológico (biopsia). Se debe referir el lugar donde se enviarón las biopsias: CREPO.
- 4.- Diagnóstico: Es el diagnóstico final obtenido después del examen clínico y análisis de los exámenes complementarios iniciales.
- 5.- Tratamiento Quirúrgico: Saber cual técnica quirúrgica de las descritas se utilizó y si hubo variaciones, especificarlas.
- 6.- Evolución clínica: Aquí se describe el post - operatorio después del primer tratamiento. Se anotan controles, nuevos exámenes clínicos, complementarios y tratamientos.

RESULTADOS

La muestra total examinada correspondió a 12 pacientes, niños y adultos, los que representan cada uno a un paciente, pero no necesariamente un tratamiento quirúrgico debido a que en un mismo paciente se puede realizar por recidiva más de un tratamiento quirúrgico o también por presentar varias lesiones quísticas.

EDAD

El promedio etario de la muestra fue de 26 años, con un rango que fluctuó entre los 7 y 58 años.

El pick de incidencia se encontró en la segunda década de vida.

En relación al sexo, el grupo de varones presentó un promedio de 21 años y las mujeres uno de 33.4 años.

SEXO.

Se encontraron en el estudio 7 varones que corresponden al 58.6% y 5 mujeres, 41.4%.

La relación hombre - mujer encontrada en la muestra fue de 1.4:1.

LOCALIZACION.

En el análisis se encontraron las lesiones quísticas con mayor frecuencia en mandíbula. Diez de los pacientes presentan una o más lesiones a nivel mandibular y tres presentan lesiones a nivel maxilar. De éstas, 18 Queratoquistes corresponden a mandíbula (85.7%) y 3 a maxilar superior (14.3%).

Los sitios más comunes en la mandíbula fueron la zona del cuerpo derecho e izquierdo con 8 casos que corresponden a 44.4% de las lesiones mandibulares y a 38.1% del total de lesiones quísticas; rama derecha e izquierda con 4 casos que corresponden a 19% de los quistes mandibulares y a un 22.2% del total; las otras ubicaciones correspondieron a la zona anterior con 3 casos que significan un 16.6% de los quistes mandibulares y un 14.2% del total; zona de ángulo y rama, 2 casos que determinaron un 11.1% de los Queratoquistes mandibulares y un 9.5% del total de lesiones y ángulo solamente 1 caso que significa un 5.5% de lesiones mandibulares y un 4.8% del total.

En el maxilar el sitio más común fue la zona canina 2 casos que corresponde a un 66.6% de las lesiones maxilares y a un 9.5% del total de las lesiones; y un caso para la región molar que significa un 33.4% de los quistes maxilares y un 4.8% de los quistes en total.

APARIENCIA RADIOGRAFICAS:

La imagen radiográfica más frecuente es la de una lesión unilocular presentándose en los casos que corresponde a un 85.7%; también se mostró una imagen bilocular en una lesión que determina un 4.8% y dos lesiones multiloculares que significa un 9.5%.

TAMAÑO:

El análisis de las lesiones, tanto las asociadas a Síndrome de Gorlin - Goltz como las no asociadas, muestra que el área más frecuentemente afectada corresponde al tramo de 201 - 400 mm² perteneciendo a este 8 lesiones que corresponden a un 38% del total, seguidos en igual cantidad por aquellos cuya área estaba entre 1 - 200 mm² y 601 o más mm² representados por 5 quistes cada uno correspondiendo a un 23,8%; finalmente las lesiones cuya área es de aproximadamente 401 - 600 mm² fue representado sólo por 3 lesiones lo que significó un 14.3% del total de las lesiones quísticas.

MOTIVO DE CONSULTA:

De los 12 pacientes tratados, los motivos más frecuentes correspondieron a un aumento de volumen en la zona de la lesión y a dolor; presentando algunos más de un signo o síntoma que motivó la asistencia al centro clínico de referencia; para el análisis se consideró el motivo principal que los llevó a consultar.

Los pacientes que consultaron por aumento de volumen fueron 6 que corresponden a un 50% de los casos. Dolor de la zona se presentó en 3 casos que correspondió a 25% de los pacientes. Los otros 3 llegaron a los centros de estudio por derivación, por presentar un poliquistes mandibulares, otro absceso facial crónico y el otro para ser evaluado por tener historia familiar(+) en relación al Síndrome de Gorlin - Goltz correspondiendo a un 25% de los pacientes.

SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS.

De los 12 pacientes en estudio, se consideraron 6 signos, de los cuales, pueden presentarse varios en un mismo paciente. Se obtienen así 27 oportunidades de presentar diversos signos.

El que se presenta con mayor frecuencia es el de aumento de volumen presentándose en los 12 pacientes y representado 44.4% del total de signos presentados por el total de pacientes. A su vez 5 de éstos manifestó la presencia de una fístula representando un 18.5%. Expansión de las corticales se mostró en 5 casos siendo éste un 14.9%.

La lesión quística además produjo desplazamiento dentario en 3 casos es decir un 11,1%, rizálisis de dientes adyacentes al queratoquiste en 2 casos, correspondiendo a 7.4% y trismus e impotencia funcional en 1 caso, es decir, 3.7%.

En relación a los síntomas, el dolor de la zona comprometida por la lesión afectó a los pacientes que correspondió a un 50% de los pacientes en estudio; uno de ellos además presentó dolor y parestesia del labio inferior, representado a un 8.3%. Los 5 pacientes restantes no presentan ningún tipo de síntomas asociado a los signos de esta patología, es decir, los pacientes asintomáticos fueron un 4.1%.

TRATAMIENTO.

Se practicó como técnica más frecuente el achicamiento de las lesiones como tratamiento temporal o parcial en espera de un tratamiento definitivo, especialmente en casos de Síndrome Gorlin - Goltz y en lesiones bastante extensas, efectuándose en 7 casos que corresponden a un 33.3%. En pacientes con lesiones únicas, con excepción de una, se practicó enucleación y curetaje que se realizó en 6 casos, lo que significa un 28.6%. En un paciente con el Síndrome Nevo basocelular se realizó enucleación y cauterización química con solución de Carnoy como tratamiento de 4 quistes que corresponden a un 19.1%.

En 2 casos se efectuó el achicamiento de la lesión y posteriormente la enucleación y curetaje representando un 9.5%. Además, se practicaron variantes de tratamiento en 2 casos, que se describieron uno como achicamiento, marsupialización y después de 3 años en que la lesión se remitía, se efectuó la enucleación; la otra variación es la adición al achicamiento primario y enucleación posterior de la lesión, de injerto de hueso KILL, correspondiendo éste a 9.5% del total de tratamientos realizados en las 21 lesiones quísticas.

RECURRENCIA:

En esta serie de 12 pacientes, se presentaron 9 pacientes con quistes únicos y 3 pacientes con múltiples quistes asociados a Síndrome de Gorlin - Goltz.

En relación al total de lesiones se ha determinado una clara recurrencia en 1 caso de quiste único que corresponde a un 9.8% y asociado a Síndrome un caso que muestra un 4.8% también.

Con respecto a tratamiento la lesión única representa un 16.7% de los Queratoquistes tratados con enucleación y curetaje. Y la lesión asociada a Síndrome representa un 25% de los quistes tratados con enucleación más solución de Carnoy.

TABLA N° III

S E X O

		VARONES	% P.	% T.	MUJERES	% P.	% T.	TOTAL
E	0 - 15	4	80	33.3	1	20	8.3	5
D	16 - 30	2	66.6	16.6	1	33.3	8.3	3
A	31 - 45	0	0	0	2	100	16.7	2
D	46 - 60	1	50	8.3	1	50	8.3	2
		7		58.3	5		41.6	12

TABLA N° IV

MAXILAR	3	14.3
MANDIBULA	18	85.7
TOTAL	21	100

TABLA N° V

LOCALIZACION ESPECIFICA

	ZONA ANT.	ZONA MAX.	
MAXILA	2	1	3
	66.7	33.3	100%

TABLA Nº VI
LOCALIZACION ESPECIFICA

	CUERPO DER. E IZQ.	RAMAS	ZONA ANT.	ANGULO Y RAMAS	ANGULO	TOTAL
CASOS MANDIBULA	8	4	3	2	1	18
	44.4	22.2	16.7	11.1	5.6	100%

TABLA Nº VII
MOTIVO DE CONSULTA

	Nº PAC.	%
AUMENTO DE VOLUMEN	6	50%
DOLOR	3	25%
DERIVADO	3	25%
TOTAL	12	100%

TABLA Nº VIII
TAMANO

En mm ²	Nº LESIONES	TOTAL
1 - 200	5	23.8
201 - 400	8	38.1
401 - 600	3	14.3
601 o +	5	23.8
	21	100

TABLA N° IX
IMAGEN RADIOGRAFICA

	N° LESIONES	%
UNILOCULAR	10	83,3
MULTILOCULAR	2	16,7

TABLA N° X
SIGNOS Y SINTOMAS

	VOLUMEN	FISTULA	EXPANSION CORTICALES	DESPLAZAMIENTO DENTARIO	RIZALISIS	TRISMUS	DOLOR
1	*	*					*
2	*	*	*				-
3	*						-
4	*						*
5	*	*				*	*
6	*		*	*			-
7	*				*		-
8	*						*
9	*						*
10	*	*					-
11	*	*	*	*			*
12	*		*	*	*		*

TABLA Nº XI

TRATAMIENTO:

	Nº LESIONES	%
- ACHICAMIENTO	7	33.3
- ENUCLEACION + CURETAJE	6	28.6
- ENUCLEACION + ACHICAMIENTO	4	19.1
- ENUCLEACION + CAUTERIZACION QU.	2	9.5
- OTROS	2	9.5
TOTAL	21	100

DISCUSION.

La selección de este tema se basó en que ésta es una patología que dentro de las lesiones quísticas tiene un porcentaje considerable de incidencia y es importante que el odontólogo general tenga nociones acerca de los aspectos semiológicos, etiología, características clínico - radiográficas y tratamiento para obtener así un diagnóstico precoz y derivación oportuna al cirujano maxilofacial.

Comenzamos así a recolectar el máximo de información posible y establecimos el inicio de este estudio con el fin de mostrar la suística de casos clínicos encontrados en la Escuela de Odontología y Clínicas Privadas, de docentes de la Facultad.

Se encontró que la mayoría de los pacientes de este estudio fueron hombres. La relación hombres - mujeres fue de 1.4:1 aproximadamente, razón que no difiere considerablemente de otros estudios como Brannon (1.35:1) y Browne (1.46:1).

El promedio de edad de la muestra fue de 26 años mostrándose un pick de incidencia en la 2ª década de vida.

El rango de edad de los pacientes con Queratoquistes es de 7 - 58 años con un pick de incidencia en la 2ª década de vida. El promedio de edad de la muestra es de 26 años en general; 21 años en los varones y 33.4 años en las mujeres. En una comparación con los estudios de Payne encontramos que determinó también un pick de incidencia en la 2ª década de vida, a diferencia de otros autores como Browne y Brannon que encuentran un pick de incidencia en la 2ª y 3ª década o Kakarantza que muestra un pick de incidencia en la 5ª y 6ª década.

En nuestro estudio pudimos observar que las lesiones quísticas afectan con mayor frecuencia a la mandíbula, encontrándose 18 de las 21 lesiones que fueron el total estudiado (85.7%).

Dentro de las áreas anatómicas afectadas encontramos en mandíbula, cuerpo bilateral (44.4%), rama bilateral (19%), zona anterior (16.6%), zona de ángulo y rama (11.1%) y ángulo (5.5%). En maxila encontramos lesiones en zona ant. (66.6%) y zona molar (33.3%).

Esto comparado con otros estudios muestra similitud con los resultados obtenidos con Browne (83.2% en mandíbula), pero bastante discrepancia con los datos obtenidos por otros autores como Brannon (65.4% mandibulares). Hansen (77%), Forssell (71%) y Kakarantza (65.55%).

El motivo de consulta que los llevó a acudir al Centro Clínico de referencia donde fueron tratados fue en general múltiple pero se seleccionó la causa más importante para realizar el análisis. Así 6 pacientes consultaron por aumento de volumen (80%) 3 por dolor y 3 fueron derivados.

La apariencia radiográfica que presentaron los pacientes con Queratoquistes Odontogénicos del estudio es con mayor frecuencia unilocular (85.7%) que corresponde a 18 casos, pero también se observó 2 lesiones multiloculares (9.5%) y una lesión biloculada (4.8%).

Estos datos al compararlos con los resultados de otros autores muestran gran diferencia en cuanto a porcentaje obtenido pero similitud en la determinación de la frecuencia; se observan imágenes uniloculares con mayor frecuencia, seguidas por multiloculares y finalmente lesiones biloculares. Los porcentajes que presentan mayor similitud fueron las obtenidas por Patridge (82% uniloculares).

Con respecto a tamaño de la lesión, analizamos el área (largo x ancho) afectada determinando que 8 casos se encontraban en un rango de 201 - 400 mm² alterados, 5 casos se ubicaron en un tramo de 1 - 200 mm², y finalmente 2 lesiones mostraron un área de 401 - 600 mm².

En los síntomas determinamos que 6 pacientes describieron dolor (50%), uno acusó dolor y parestesia del labio inferior (8.3%) y cinco no presentaron síntomas asociados a la patología en estudio.

Con respecto a los signos observados con mayor frecuencia vimos que el total de los pacientes en estudio presentó aumento de volumen (12 casos clínicos), 5 mostró presencia de fístula, 4 casos describieron expansión de los corticales, 3 mostraron desplazamiento dentario asociado a la lesión quística, 2 presentaron rizálisis de los dientes adyacentes al Queratoquiste y un caso mostró trismus e impotencia funcional asociado a la patología en estudio.

La recurrencia de las lesiones quísticas fue de un caso en Queratoquistes Odontogénicos Únicos con imagen radiográfica multilocular, lo que representa un 4.8% del total. En quistes asociados a Síndrome de Gorlin - Goltz, se observa también un caso de recidiva, es decir, un 4.8% del total.

El caso de recidiva de lesión única fue tratada por enucleación y curetaje de la cavidad quística lo que corresponde a un 16,7% de las lesiones tratadas de esta forma. El quiste relacionado con Síndrome Nevobasocelular fue tratado con enucleación y cauterización química con solución de Carnoy; ésta en relación al total de lesiones tratadas de igual forma corresponde al 25%.

Algunas series clínicas que muestran porcentajes de recurrencia son Pindborg y Hansen muestra en 62.5%, Toller un 58%, Vedtofe y Praetorius 51%, Forssell un 29%, Browne 24,7%, Brannon 12%, Stoelíngá 10%, Mc Ivor 5%, Bruschi un 3%; estas no están relacionados con los datos obtenidos en nuestro estudio debido principalmente a que no se estableció recidiva en aquellos casos tratados con técnicas quirúrgicas temporales ya que es obvia la persistencia de la lesión, y además, por el poco tiempo de control de ellas.

Como resultado del tratamiento pudimos encontrar diferentes técnicas quirúrgicas aplicadas. Así, se realizó achicamiento en 7 casos (33.3%), enucleación en 6 casos (28.6%), enucleación más Carnoy en 4 casos (19.1%) y achicamiento más enucleación en 2 casos (9.5%) y 2 variantes de la técnica que implican marsupialización e injerto con Kill.

CONCLUSIONES

De este Seminario podemos concluir:

- 1.- La mayor cantidad de lesiones ocurren en varones, mostrándose una relación de 1.4:1 con respecto a mujeres.
- 2.- La mayor frecuencia de los Queratoquistes Odontogénicos ocurre en la segunda década de vida.
- 3.- La zona anatómica más afectada por lesiones quísticas es la mandíbula y dentro de ésta el área del cuerpo mandibular.
- 4.- El motivo de consulta o derivación más frecuente por lo que los pacientes acuden al centro de referencia donde fueron tratados es el aumento de volumen.
- 5.- El síntoma descrito con mayor frecuencia es el dolor.
- 6.- El principal signo observado es el aumento de volumen.
- 7.- El tamaño de 201 - 400 mm²
- 8.- La técnica quirúrgica más utilizada dentro de los casos estudiados es el achicamiento, seguido por el tratamiento de enucleación.
- 9.- Se observó la recidiva de dos casos, en Queratoquiste único y otro asociado a Síndrome Gorlin - Goltz.
- 10.- Cabe destacar que en los dos principales centros hospitalarios de la 5ta. Región, Hospital Van Buren de Valparaíso y Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, no se pudo tener registros de casos clínicos debido a que los estudios anatomopatológicos realizados son del tipo médico y no especifican la lesión en el caso que sea Odontología, es decir, definen que es un quiste Odontogénico pero no el tipo de lesión quística.

RESUMEN

- El Queratoquiste Odontogénico es una patología que fue descrita por primera vez en 1956 por Philipsen. Tienen un origen discutido. Es considerado por la mayoría de los autores como un quiste odontogénico del desarrollo, sin embargo, dado su comportamiento agresivo, otros sugieren que sea considerado como una neoplasia benigna.

Este quiste tiene características muy especiales como son su recurrencia y rápido crecimiento.

Su distribución etaria varia entre el año y los ochenta y tres años, siendo la mayor incidencia entre la segunda y tercera década, describiéndose un segundo pick entre la quinta y sexta década (curva bimodal). La distribución por sexo es mayor en los hombres, existiendo una relación promedio de 1.4:1.

La localización preferencial del Queratoquiste Odontogénico es la mandíbula, específicamente la zona del ángulo, rama y tercer molar y en la maxila el área más afectada es la región molar y canina.

- Esta lesión es asintomática y generalmente se detecta a través de un examen radiográfico de rutina. Su presentación clínica puede ser única, múltiple o asociada al Síndrome Nevobasocelular o de Gorlin Goltz.

El tratamiento recomendado es la cirugía y el modo de manejo de la lesión tiene gran importancia en relación a la agresividad de la lesión; debería intentarse preservar el máximo de la integridad anatómica y funcional para el paciente.

Después del tratamiento quirúrgico es importante un seguimiento de los pacientes al menos por un periodo de 5 años, para detectar en forma precoz una posible recidiva de la lesión.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ahlfors, E.; Larsson, A. y Sjogren, S. (1984): The Odontogenic Keratocyst: A benign cystic tumor?, *J. Oral Maxillofac. Surg.* 42: 10 - 19.
- Altini, M.; Cohen, M. (1982): The follicular primordial cyst - Odontogenic Keratocyst. *Int. J. Oral. Surg.* 11: 175 - 182.
- Assael, L.A. (1991): Surgical Treatment of Odontogenic Keratocysts. Gorlin's Syndrome: An update on Diagnosis and Management. En *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*. Livia Berardi, Eds., Philadelphia: The Curtis Center. pg.: 137 - 164.
- Banks, P.A. (1990): Pathologically induced molar extrusion. A report of an unexpected Odontogenic Keratocyst. *Br. J. of Orthodontics*, 17: 119 - 125.
- Brannon, R.B. (1976): The Odontogenic Keratocyst: A clinicopathologic study of 312 cases. Part J. Clinical features. *Oral. Surg.* 42: 54 - 71.
- Brannon, R.B. (1977): The Odontogenic Keratocyst: A clinicopathologic study of 312 cases. Part II Histologic features. *Oral. Surg.* 43: 233 - 255.
- Browne, R.M. (1971): The Odontogenic Keratocyst. Histologic features and their correlation with clinical behaviour. *Br. Dent. J.* 131 (6): 249 - 259.
- Browne, R.M. (1975): The Pathogenesis of Odontogenic cysts: A review. *J. Oral Pathol.* 4(1): 31 - 46.
- Dominguez, F.; Keszler, A. (1988): Comparative study of Keratocysts, associated and non-associated with nevoid basal cell carcinoma syndrome. *J. Oral Pathol* 17: 39.
- Donatsky, O.; Horting - Hausen, E. (1979): Recurrence of the Odontogenic Keratocyst in 13 patients with nevoid basal cell carcinoma syndrome. A 6 year follow-up. *Int J. Oral. Surg.* 9(3): 173 - 179.
- Eversole, L.R.; Saber, W.R. (1975): Aggressive growth and neoplastic potential of Odontogenic cysts. *Cancer* 35: 270 - 282.
- Fardon, P.A.; Del Mastro, R.G.; Evans, D.G.; Kilpatrick, M.W. (1992). Location of gene for Gorlin Syndrome. *Lancet*. Mar 7 339 (8793): 581 - 582.

- Forssell, K.; Forssell, H.; Kahnberg, K. (1988): Recurrence of Keratocysts. A long term follow-up study. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 17: 25 - 28.
- Gorlin, R.J. (1957); Potentialities of oral epithelium manifest by mandibular dentigerous cyst. *Oral. Surg.* 10: 271.
- Hansen, J. (1967): Keratocysts in the jaw transactions from 2nd International Conference on Oral Surgery; Husted, E.; Copenhagen, Ed. Munk Sgard, 128 - 134.
- Harris, M. (1978): Odontogenic Cyst growth and prostaglandin - induced bone resorption. *An R. Coll. Surg. Engl.* 60: 85.
- Hodgkinson, D.J.; Woods, J.E.; Dahlin, D.C.; Tolman, D.E. (1978): Keratocysts of the jaw: Clinicopathologic study of 79 patients. *Cancer* 41: 803.
- Kakarantza - Angelopoulou, E. (1990): Odontogenic Keratocyst: clinicopathologic study of 87 cases. *Int J. Oral Maxillofac. Surg.* 48: 593 - 599.
- Khalique, N.; Ripplin, J.W. (1992): Odontogenic Keratocyst in a infant. *Br. Dental J.* 172: 282 - 283.
- Lovin, J.D.; Talarico, C.L.; Wegert, S.L.; Gaynor, L.F.; Sutley, S.S. (1991): Gorlin's syndrome with associated odontogenic cysts. *Pediatric Radiology.* 21:584 - 587.
- Main, D.M.G. (1985): Epithelial cysts of the jaw: 10 years of the who clasification. *J. Oral. Pathol* 14(1): 43 - 59.
- Oikarinen, V.J. (1990) Keratocyst recurrences at intervals of more than 10 year: cases reports. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* 28: 47 - 49.
- Peled, M.; Kohn, Y.; Laufer, D. (1991) Conservative approach to unerupted teeth within cystic lesions in Gorlin's Syndrome. *An J. Orthod. Dentofac. Orthop.* 99: 294 - 297.
- Phillipsen, H.; Fejerskov, O.; Donatsky, O.; Hjorting - Hansen, E. (1976): Ultrastructure of epithelial lining of Keratocysts in nevoid basal cell carcinoma syndrome. *Int. J. Oral. Surg.* 5: 71.
- Rodu, B.; Tate, A.L.; Martínez, A.G.J. (1987): The implications of inflamation in Odontogenic Keratocysts. *J. Oral. Pathol.* 16: 518 - 521.

- Shear, M. (1985): Cysts of the jaws: recent advances J. Oral. Pathol 14(1): 43 - 47.
- Swanson, A.E. (1986): The recalcitrant Keratocyst. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 15(4): 451 - 456.
- Thomas, M.; Tackett, J.C.; Desai, P. (1992): The Incredible Odontogenic Keratocyst. The New York State Dental Journal. 31 - 33.
- Voorsmit, R.A.; Stoelinga, P.J.; Van Haelst, U.J. (1981): The management of Keratocysts. J. Maxillofac. Surg. 9: 228 - 236.
- Woolgar, J.A.; Rippin, J.W.; Browne, R.M. (1987): A comparative histological study of Odontogenic Keratocysts in basal cell nevus syndrome and control patients. J. of Oral Pathol. 16: 75 - 80.
- Worrall, S.F. (1992): Recurrent Odontogenic Keratocyst within the temporalis muscle. Br. J. Oral Maxillofac. Surg. 30: 59 - 62.

ANEXOS

PACIENTE No. 1

I.- IDENTIFICACION

- 1.- Iniciales del nombre : N. de R.A.
- 2.- Edad : 28 años
- 3.- Sexo : Masculino
- 4.- Referencias: Facultad Odontología, Universidad de Valparaíso.
- 5.- Fecha: 05/1992

II.- ANTECEDENTES MORBIDOS.

No contribuyentes al estudio

III.- HISTORIA CLINICA

1.- Motivo consulta:

Relata dolor prolongado en zona de cuerpo mandíbula izquierda y parestesia mentoniana, con 20 días de evolución.

2.- Examen Clínico:

- Facies febril
- Aumento de volumen difuso en zona mandíbula izquierda que se manifiesta intraoralmente en vestibular de dientes 3.4 - 3.5 y movilidad de los mismos.
- Adenopatía submandibular izquierda
- Parestesia labio inferior

3.- Exámenes complementarios:

3.1.- Ortopantomografía: Lesión radiolúcida, circunscrita, de aproximadamente 15 x 15 mm., ubicada entre dientes 3.4 y 3.5 (desde reborde alveolar hasta zona del conducto dentario) los que aparecen desplazadas.

3.2.- Biopsia escisional: Queratoquiste paraqueratinizado.

4.- Diagnóstico: Queratoquiste paraqueratinizado

5.- Tratamiento:

Endodoncia de dientes 3.4 y 3.5

Antibióterapia

Enucleación y curetaje de la lesión quística. Exodoncia de diente 3.5.

6.- Evolución clínica:

7/1993 Clínicamente no muestra signos ni síntomas de relevancia.

Ortopantomografía: Cicatrización normal de la zona. No presente signos de recidiva.

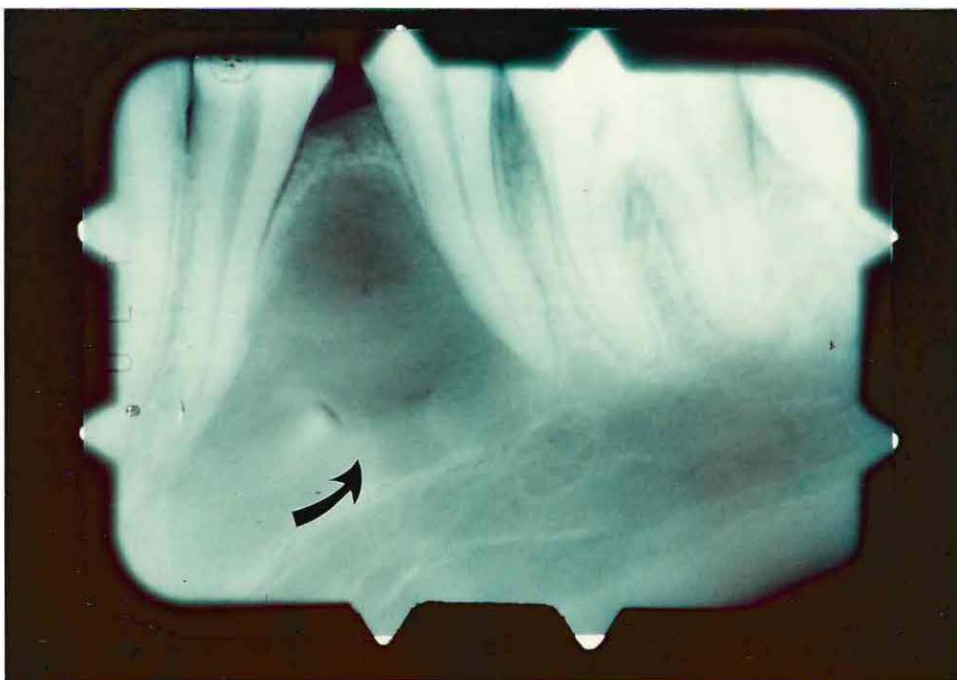


Foto Nº 14. Imagen radiográfica pre - operatoria que muestra lesión radiolúcida, corticalizada y unilocular en relación a diente 3.4 - 3.5.



Foto Nº 15. Fotografía que muestra condición radiográfica post - operatoria un año después del tratamiento.

PACIENTE No. 2

I.- IDENTIFICACION:

- 1.- Iniciales del nombre : S.A.D.
- 2.- Edad: 56 años
- 3.- Sexo: Masculino
- 4.- Referencia: Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso.
- 5.- Fecha: 03/1987

II.- HISTORIA CLINICA:

- 1.- Motivo consulta: Consulta por aumento de volumen de zona de rama mandibular derecha.
- 2.- Examen clínico:
 - Asimetría facial leve por aumento de volumen en zona de la rama mandibular derecha.
 - Fístula a nivel de la zona retromolar con drenaje de líquido seropurulento.
- 3.- Exámenes complementarios:
 - 3.1.- Ortopantomografía: Lesión radiolúcida, multilocular, de aproximadamente 5 x 2 cms., ubicada en zona de rama mandibular derecha, con desplazamiento de la cortical lingual y en estrecha relación con el conducto dentario inferior.
 - 3.2.- Biopsia incisional: Quesotoquiste Odontógeno para queratinizado.
- 4.- Diagnóstico: Queratoquiste Paraqueratinizado.
- 5.- Tratamiento:

Enucleación quística

6.- Evolución clínica:

05/1987 Se controla al paciente presentando una evolución post - operatoria satisfactoria, con buena cicatrización. No existe fístula.

06/1987 Control: Buena cicatrización. Algas maseterinas con dificultad en la apertura leve; signos de parestesia labial.

04/1991 Examen clínico: Paciente consulta por aumento de volumen discreto en zona de cuerpo mandibular derecho, dolor a la palpación y parestesia mentoniana.

Ortopantomografía: Lesión radiolúcida, osteolítica, de bordes no bien definidos, central, a nivel de zona retromolar, separado de otra lesión radiolúcida pequeña, cercana a nivel de rama mandibular derecha, compatible con recidiva de lesión quística.

04/1991 Tratamiento: Drenaje y antibioterapia. Enucleación y curetaje de la lesión. Biopsia incisional que confirma el diagnóstico inicial.

09/1991 Control: En buenas condiciones.
Acusa sensibilidad en zona retromolar derecha.

04/1993 Control: Parestesia mentoniana.
Ortopantomografía: Zona radiolúcida, corticalizada en zona de la rama mandibular derecha a nivel del ángulo que podría ser compatible con recidiva de la lesión.



Foto Nº 16. Imagen radiográfica preoperatoria año 1987. Se observa un área radiolúcida multilocular en zona de rama mandibular derecha.

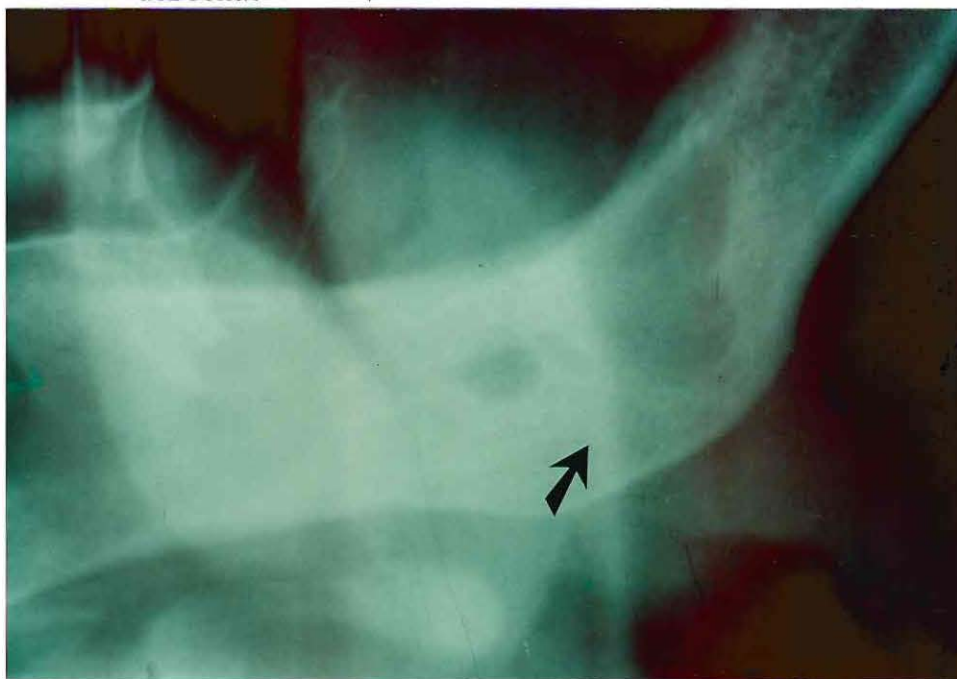


Foto Nº 17. Control radiográfico año 1991 en el cual se detecta una recidiva de la lesión.

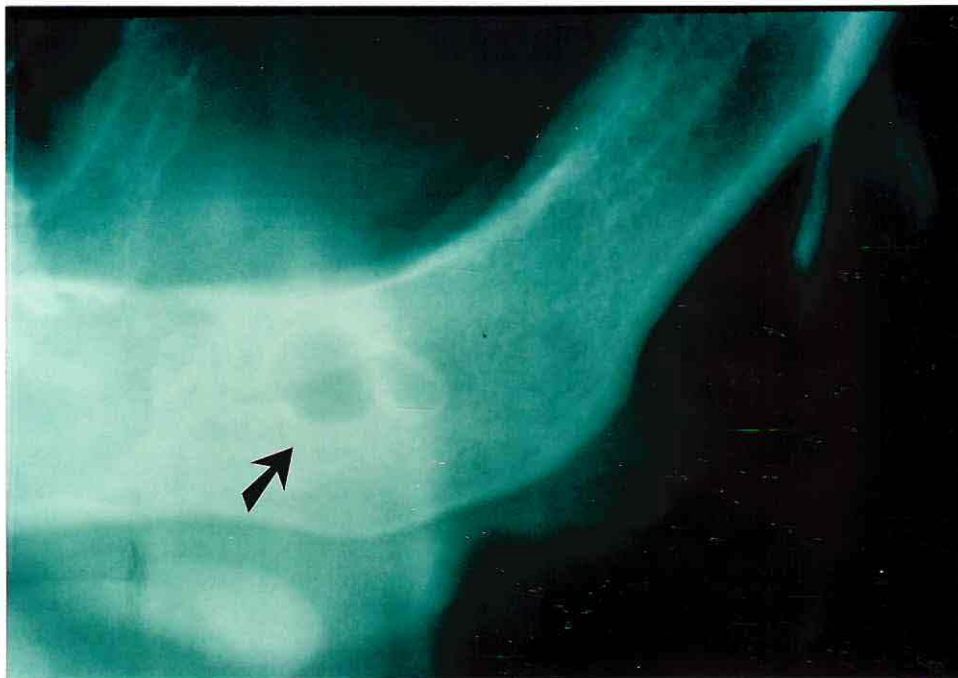


Foto Nº 18. Imagen radiográfica año 1993. Control post - operatorio que muestra un área radiolúcida compatible con recidiva.

PACIENTE Nº 3

I.- IDENTIFICACION:

- 1.- NOMBRE : L. R. G.
2.- EDAD : 7 años
3.- SEXO : Masculino
4.- REFERENCIA: Facultad de Odontología Universidad de Valparaíso.
5.- FECHA : 2/1984

II.- ANTECEDENTES MORBIDOS:

- 1.- PERSONALES : - Enfermedad eruptiva de la piel
- Alteraciones visuales: hipermetropía, estrabismo y tumor en estudio.
- Múltiples nevos en espalda, cara y cuello.
- 2.- FAMILIAR : - Padre y hermano con Síndrome de Gorlin - Goltz.

III.- HISTORIA CLINICA:

- 1.- MOTIVO DE CONSULTA: Aumento de volumen en zona vestibular de dientes 8.3 - 4.1, el cual fue intervenido hace un año por lesión quística.
- 2.- EXAMEN CLINICO : Adenopatía submandibular bilateral. Aumento de volumen en región labial inferior derecha y vestibular a nivel de dientes 8.3 - 4.1.
- 3.- EXAMENES COMPLEMENTARIOS:
- 3.1.- ORTORANTOMOGRAFIA: Lesión radiolúcida, parcialmente corticalizada, de aproximadamente 19 x 19 mm., ubicada en la zona de los dientes 8.3 - 4.1.

4.- DIAGNOSTICO : Lesión quística compatible con Queratoquiste Odontogénico asociado a Síndrome de Gorlin - Goltz.

5.- TRATAMIENTO : Exodoncia diente 8.3
Achicamiento

6.- EVOLUCION CLINICA:

9/87 Control :

Se presenta con un aumento de volumen en la zona del cuerpo mandibular derecho, asintomático, que involucra ambas tablas en la zona de dientes 4.3 - 4.6.

12/87 Tratamiento:

- Achicamiento
- Curetaje de la cavidad quística
- Exodoncia de dientes 8.4 - 8.5
- Biopsia incisional

1/88 Control :

Se mantiene con irrigación la cavidad quística. Resultado de biopsia arroja un Queratoquiste Paraqueratinizado.

4/88 Tratamiento:

- Se realiza exodoncia de dientes 7.3 - 7.4 - 7.5 y aspiración de líquido quístico; se deja gasa balsámica la cual se va cambiando semanalmente.
- Achicamiento quístico.

6/88 Control :

- Se retira goma de drenaje
- Recupera aumento de volumen de zona mandibular derecha.

12/89 Control :

Ortopantomografía: Lesión quística, de aproximadamente 14 x 14 mm., ubicada en zona de dientes 4.5 - 4.6, con desplazamiento de 4.5.

Lesión radiolúcida, unilocular, corticalizada, de aproximadamente 14 x 13 mm., en zona de dientes 31.3 - 1.2.

Tratamiento : - Enucleación
- Antibioterapia

1/90 Control : - Asintomático, en buenas condiciones

7/92 Control :

Ortopantomografía : Zona radiolúcida, corticalizada, de aproximadamente 30 x 25; que abarca desde piso de fosas nasales a techo de bóveda palatina, en la zona de los dientes 1.2 - 1.3 y que provoca desplazamiento de éstos.

Tratamiento: - Enucleación
- Antibiótico

6/93 Control :

Clínico : Aumento de volumen leve de la zona de diente 1.3 y de zona retromolar izquierda, asintomático.

Ortopantomografía: Lesión, radiolúcida, multiloculada, de aproximadamente 34 x 4 mm., ubicada en zona de rama y ángulo mandibular izquierdo asociado al diente 3.8 incluido.

Lesión osteolítica, corticalizada de aproximadamente 14 x 4 mm., en relación a dientes 2.2. - 2.3.

No se observa imagen compatible con recidiva en la zona del diente 4.5 - 4.6.

SECUENCIA DE ORTOPANTOMOGRAFIAS TOMADAS A UN PACIENTE CON SINDROME
GORLIN - GOLTZ



Foto Nº 19. Año 1984, fecha de ingreso del paciente. Se observa área radiolúcida en zona mandibular anterior.

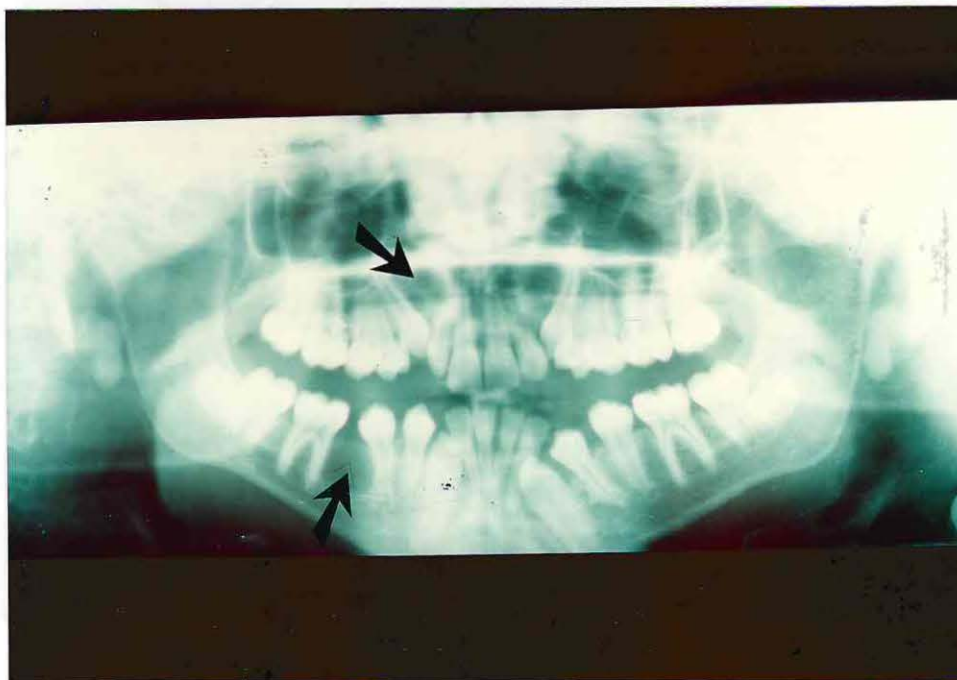


Foto Nº 20. Año 1989.

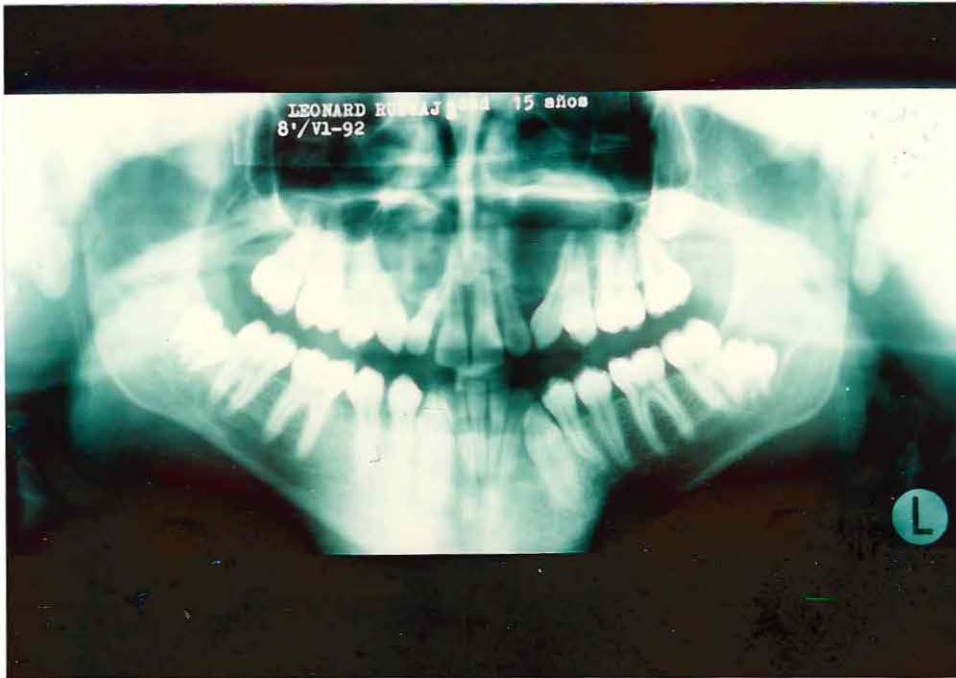


Foto Nº 21. Año 1992.

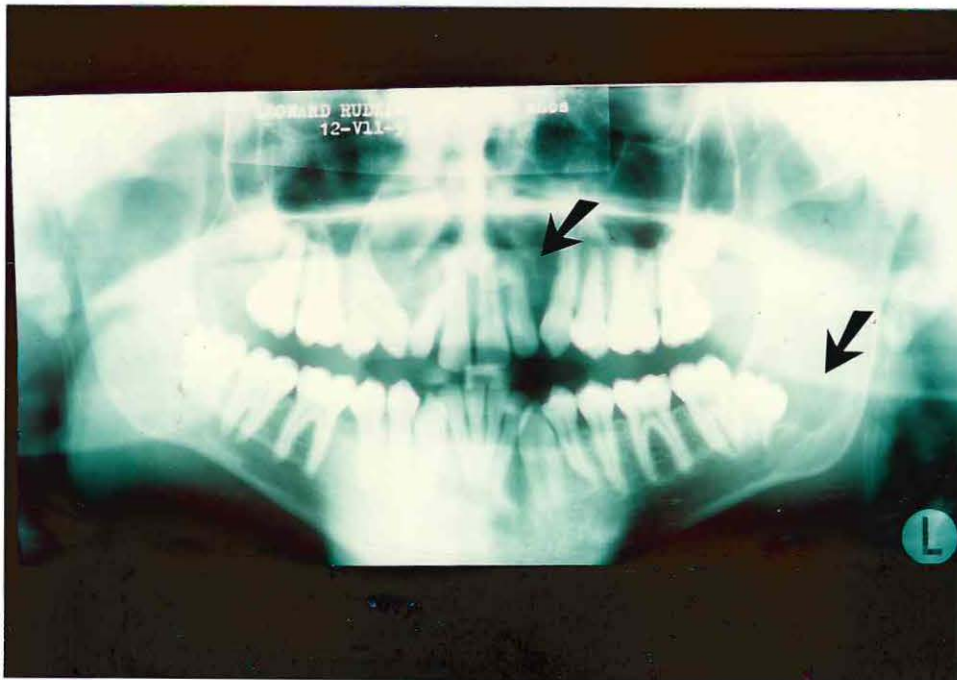


Foto Nº 22. Año 1993, último control.