

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA EN EL DIAGNOSTICO DEL QUERATOQUISTE ODONTOGENICO

[*COMPUTERIZED AXIAL TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF ODONTOGENIC QUERATOCIST*]

Gilberto Centeno San Román¹, Ana Julia Iglesias Lino²

¹Cirujano Dentista . Docente Asociado de Escuela de Odontología de la FACM UNJBG

²Cirujano Dentista . Centro de Diagnostico por Imágenes Arequipa.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una paciente de sexo femenino de 48 años de edad, que refiere haber sido operada hace 18 años en el maxilar inferior sin referir la causa, la cual presenta un ligero aumento de volumen en la zona vestibular del maxilar inferior izquierda con una evolución de hace dos meses aproximadamente sin presencia de dolor ni molestia. Se observa la lesión en la radiografía panorámica previa y se complementa el estudio mediante la tomografía volumétrica que nos permire evidenciar la magnitud de la lesión.

Palabras Clave: Queratoquiste Odontogenico, Tumor odontogenico Queratoquistico, tomografía axial computarizada

ABSTRACT

A female aged 48, who refers have been operated 18 years ago in the lower jaw without mentioning the cause, which presents a slight increase of volume in the labial area of the left mandible with a development of two months ago approximately, without pain or discomfort. Seen the panoramic x-ray prior injury and complements the study by the volumetric axial tomography that let us demonstrate the extent of injury.

Key words: *Odontogenic Queratocyst, Queratocyst odontogenic tumor, axial tomography*

INTRODUCCIÓN

El tumor odontogénico queratoquistico, queratoquiste odontogénico o simplemente queratoquiste, se denomina así ya que se origina de la lamina dental pre funcional superflua, localizada principalmente en la región del tercer molar y también del epitelio mucoso superficial, tiene gran interés su tendencia a la recidiva después de la intervención quirúrgica inicial y la presencia de un revestimiento queratinizante. (1)

Frecuentemente esta lesión está asociada a dientes impactados. Se acepta que el queratoquiste se origina en restos de la lámina dental localizados en la mandíbula o en el maxilar superior, sin embargo hay evidencia que sugiere que también puede derivar de una extensión del componente de células basales del epitelio bucal que lo cubre. También podrían derivar del órgano dentario por degeneración del retículo estrellado, antes de que se inicie la aposición del esmalte.(2). Los mecanismos relacionados con el crecimiento quístico son los siguientes:

- 1.Crecimiento por multiplicación de células basales. Se desconoce el estímulo que provoca el crecimiento de las células. (3)
- 2.Distensión por fluidos: Ósmosis.(4)
- 3.Factores reabsorventes de hueso: actividad enzimática.(4)

Aunque se han publicado múltiples queratoquistes o odontogénicos solo algunos acompañan al síndrome nevo basocelular, ocasionalmente el quiste expande las laminas corticales y las perfora, a la palpación, muestra una fluctuación más firme que el quiste óseo habitual, dado que la luz del queratoquiste odontogenico esta ocupada por queratina cuya consistencia es algo pastosa. (5)

La lesión aparece más frecuentemente distribuida en los dos picos de edades, la segunda y la tercera década de

vida así como la quinta década de vida con predominio en el sexo masculino.

Es mucho mas frecuente en la mandíbula que en el maxilar. Aproximadamente el 50% de los casos aparecen en la región del ángulo mandibular y se extienden hacia la región de la rama ascendente y el cuerpo de la mandíbula, radiográficamente el queratoquiste odontogénico puede presentar un patrón unilocular o multilocular con bordes lisos o festoneados. (6).

Las intervenciones quirúrgicas óseas producen un defecto de tipo transitorio o permanente, la mayoría de estos defectos presentan bordes bien definidos, cuando su forma es ovoidea presentan ovoidea o redondeada presentas un aspecto quístico, normalmente cuando se sospecha que una radiotransparencia corresponde a un defecto quirúrgico cuando se obtiene información de alguna intervención previa. El odontólogo deberá determinar si corresponde a un defecto quirúrgico, a una recidiva del trastorno inicial o a una nueva lesión. (7).

El queratoquiste odontogénico se distingue del resto de quistes por su elevado número de recidivas, Forssell y Kahnberg observaron un índice de recidivas del 43% siendo estas más escasas tras el periodo post operatorio de tres años. (8)

DESCRIPCIÓN DE CASO

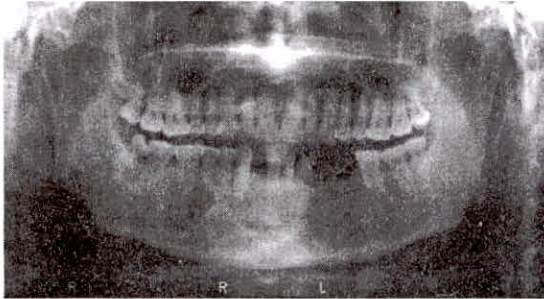
Motivo de Consulta

El paciente refiere haber sido operado hace 18 años del maxilar inferior derecho, no refiere de manera clara la causa de la intervención pasada, hace dos meses empezó a sentir un ligero crecimiento en la zona vestibular del maxilar inferior izquierdo sin presencia de dolor ni molestias.

Caso Clínico Radiográfico

Paciente de Sexo Masculino de 48 años de edad, asintomático, referido a la consulta para evaluación con radiografía panorámica, donde se observa una lesión mandibular, motivo por el cual se complementa el estudio con tomografía axial volumétrica.

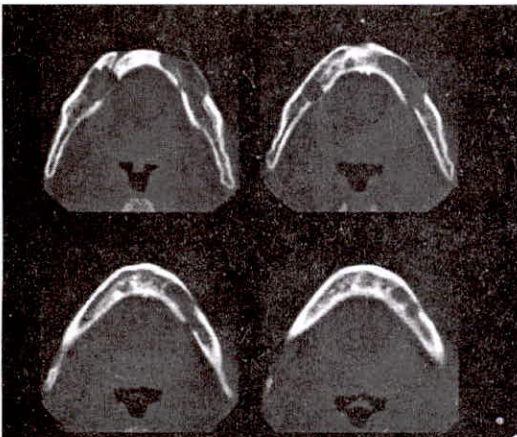
Radiografía Panorámica



Se observan zonas radiolúcidas en el sector derecho e izquierdo con bordes bien definidos y parcialmente corticalizados y reabsorción periapical de las piezas 3.6, 4.5 y 4.4, el diagnóstico radiológico es compatible con una lesión tumoral benigna compatible con el queratoquiste odontogénico.

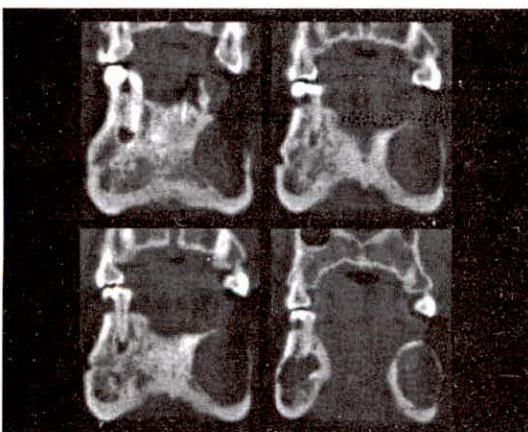
En la zona sinfisaria se observa una imagen radiolúcida sinfisaria redondeada de límites bien definidos

Cortes Axiales

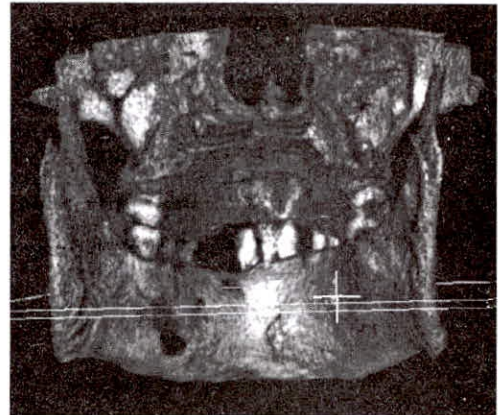
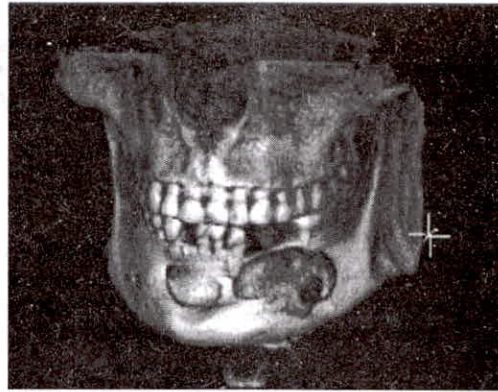


Se observa la magnitud de la lesión en el lado dercho e izquierdo y el compromiso de las corticales.

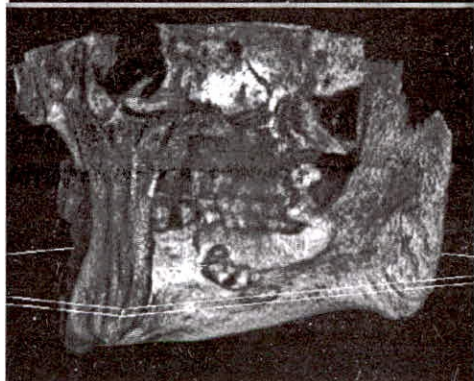
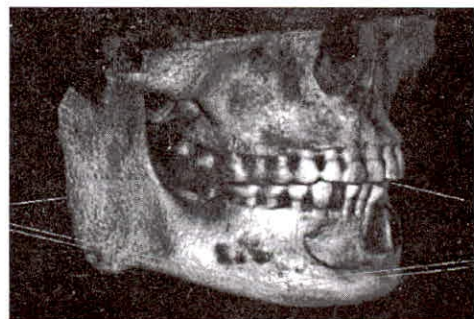
Cortes Coronales



Reconstruccion Tomografica 3d



En la reconstrucción se puede observar que la lesión de la zona sinfisaria es un defecto quirúrgico, sin embargo se puede observar la magnitud de la lesión en la hemimandibula izquierda con la respectiva perforación de la tabla ósea lingual.



En la hemimandibula derecha se puede observar que no compromete la tabla osea vestibular pero si la lingual.

CONCLUSIONES

Observando radiológicamente la naturaleza de la lesión y la anamnesis previa se llega a la conclusión de que la lesión es un queratoquiste odontogénico, debido a que ya fue intervenida previamente de dicho problema, el cual coincide con la descripción radiológica, sin embargo es importante resaltar que el análisis definitivo es el anatómico patológico.

El diagnóstico radiológico incrementa su eficacia con la ayuda de la Tomografía Axial computarizada ya que nos permite observar la dimensión real de la lesión, la cual alguna vez es minimizada en el examen radiológico.

La Tomografía axial Cone Beam que permite reconstrucción de imágenes en 3D otorga al clínico una idea real de la magnitud de la patología quirúrgica.

Este sistema es útil no solamente para un mejor diagnóstico, puede utilizarse con éxito para la colocación de implantes dentales en especial por la ventaja de las medidas reales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burket, Lester W. Medicina bucal de Burket. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 1989. Pp. 115.
2. Neville, Brad ; Douglas, Odontogenic Keratocyst of the Midline Maxillary Region. J Oral Maxillofac Surg 1997(55) Pp. 340-44.
3. Nishi, Sander Gkb ; S Weinberg: Extensive Odontogenic Keratocyst of the maxilla: cases review of the literature and report of six. Can J Plast Surg; 1997 . 5 (3): Pp. 161-65.
4. Arenas, C: (1982) Nuevos conceptos en quistes de los tejidos duros y blandos de la cavidad oral. Tesis de Título, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.
5. Wood, Norma K.; Goaz Paul W. Diagnóstico diferencial de lesiones orales y maxilofaciales. Editorial Harcourt Brace. Quinta Edición. 1998. Pp. 319.
6. Raspall. Guillermo. Tumores de cara, boca, cabeza y cuello . Editorial Masson. Segunda Edición Barcelona - 1999 Pp..289.
7. Wood, Norma K.; Goaz Paul W. Diagnóstico diferencial de lesiones orales y maxilofaciales. Editorial Harcourt Brace. Quinta Edición. 1998. Pp. 318.
6. Forsell A, Forsell K, Kahnberg KE. References of keratocyst, a long term follow up study. Int. J Oral Maxillo facial Surgery 17. 1998 Pp 25-28.

CORRESPONDENCIA:

C.D. GILBERTO CENTENO SAN ROMAN
gilbertocsr@hotmail.com