

ARTIGO DE REVISÃO

ANNUNCIAÇÃO, Andressa Vitória Tavares Pereira da ^[1]

ANNUNCIAÇÃO, Andressa Vitória Tavares Pereira da. Tumor odontogénico queratístico: Del diagnóstico al tratamiento. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Año 05, Ed. 09, Vol. 02, págs. 85-90. Septiembre de 2020. ISSN: 2448-0959, Enlace de acceso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/odontologia-es/tumor>

Contents

- RESUMEN
- 1. INTRODUCCIÓN
- 2. REVISIÓN DE LA LITERATURA
- 2.1 SIGNOS Y SÍNTOMAS
- 2.2 TRATAMIENTO
- 3. Discusión
- 4. CONCLUSIÓN
- 5. REFERENCIAS

RESUMEN

Los tumores odontogénicos son neoplasias que se desarrollan en la región de los huesos gnéticos, procedentes de tejidos odontogénicos por la proliferación de tejido epitelial, mesenquimal o ambos. Entre ellos, podemos mencionar el queratocído odontogénico que tiene sus propias características y totalmente diferenciado de cualquier otra patología oral presentando un reto de diagnóstico al profesional. El objetivo de este trabajo es llevar a cabo una revisión bibliográfica sobre el queratoquisto dental y abordar las características clínicas y radiográficas asociadas a esta patología, así como su enfoque terapéutico.

Palabras clave: tumor, odontogénico, patología, neoplasias.

1. INTRODUCCIÓN

Los primeros casos clínicos presentados en los pacientes fueron descritos como colesteatoma (presentación del crecimiento progresivo del epitelio escamoso queratinizado). En 1992 fue llamado quiste primordial o queratocído odontogénico. La última clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de tumores odontogénicos, llamada queratoncisto odontogénico como tumor odontogénico queratocístico, con criterios en presencia de alteraciones genéticas y moleculares, que también estarían presentes en algunas neoplasias.

A pesar de que todavía tiene una etiología desconocida, existe un acuerdo general de que el queratocído odontogénico surge de los restos celulares de la lámina dental, en el período de desarrollo de la odontogénesis, descartando la hipótesis de que su formación es a través del epitelio oral. Esta patología presenta un mecanismo de crecimiento y comportamiento biológico diferente de las patologías que son más comunes a encontrar en la rutina clínica diaria debido a su comportamiento agresivo y la alta tasa de casos recurrentes. Es importante mencionar que hay una alta probabilidad de causar morbilidad cuando no se diagnostica a tiempo. Tiene una naturaleza benigna de evolución lenta y comportamiento clínico agresivo y asintomático con predilección por la región posterior y rama ascendente de la mandíbula, siendo en la mayoría de los casos asociado con un diente incluido. Hay informes de casos de que la lesión se presentó en el maxilar, pero no es algo común. Los signos radiográficos son sólo característicos de la lesión, pero se debe hacer un examen histopatológico para concluir el diagnóstico y descartar cualquier posibilidad de diagnóstico diferencial con otras patologías.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

El CO es una forma distinta de patología odontogénica del desarrollo que requiere consideraciones especiales debido a su comportamiento clínico, aspectos histopatológicos específicos y su alta tasa de recurrencia. Se presenta en pacientes de amplio rango de edad y tiene una predilección por los machos, así como la región de los molares inferiores (especialmente en regiones de terceros molares) y en la rama mandible.

2.1 SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los signos y síntomas generalmente están ausentes, y su descubrimiento sólo se realiza a través de exámenes radiográficos de rutina. En casos de lesiones más extensas, tumefacción, drenaje o dolor asociado y local, se identifican un mayor volumen de tejidos blandos y tejido óseo, parestesia y movilidad de los dientes implicados por la lesión, caracterizando la lesión con crecimiento lento y desplazamiento de las estructuras dentales aumentando la pérdida de soporte óseo.

Amorim *et al.* (2003) presentó una evaluación epidemiológica de 26 casos de quistes diagnosticados como queratocído odontogénico e identificó principalmente la presencia de lesiones en pacientes varones, con edades variables a partir de cuarenta años y blancas, ubicadas principalmente en la región posterior de la mandíbula. A partir del momento de la evolución de las lesiones, fue posible observar un desarrollo lento, sin predominio de patrón radiográfico específico. En los diagnósticos analizados, no se identificó en la mayoría de los casos algo consistente con el diagnóstico histopatológico, sino más bien ameloblastoma, siendo la principal lesión citada en las hipótesis diagnósticas. (VAROLI *et al.*, 2010)

Es extremadamente importante que el profesional evalúe al paciente con respecto a la posibilidad del Síndrome de Gorlin-Goltz, ya que se asocia con la aparición de múltiples queratocitos, alteraciones plantares y palmas y carcinomas de nevoides de células basales.

Radiográficamente, dicha patología se ve como una lesión circular u ovoide de forma radiolúcica - unilocular o multilocular - y márgenes radiopacos regulares, con límites precisos (bien definidos y corticalizados). Rara vez hay ocurrencia de resorción de raíz y se asocia con un diente incluido en 25 a 40% de los casos presentados.

2.2 TRATAMIENTO

El tratamiento del CO es de gran desafío para los cirujanos, teniendo en cuenta el alto grado de tasa de recurrencia. La edad del paciente y el tamaño de la lesión se tienen en cuenta para la mejor selección de la elección del tratamiento con el fin de permitir la salud del paciente con lesión. La marsupialización se puede utilizar como una forma de tratamiento de

primera instancia, con el objetivo de proteger estructuras importantes y nobles. En una segunda vista, se debe extirpar toda la lesión. La inyección de la solución de Carnoy en la región lumen del quiste también se ha utilizado para separar el quiste de la pared ósea, facilitando la eliminación de lesiones y con tasas de recurrencia más bajas. También se hace junto con la enucleación y el curetaje (GUERRA *et al.*, 2013). Algunos factores que pueden estar asociados con esta recurrencia son: la presencia de quistes satelitales que se pierden durante la extracción quirúrgica y/o cápsula delgada y friable, obstaculizando la enucleación sin fragmentación de la lesión. El CO tiene un mal pronóstico, independientemente del método de tratamiento que se utilizará en su eliminación, debido a su alta tasa de recurrencia.

3. Discusión

Para confirmar el diagnóstico de CO, es necesario realizar el examen histopatológico (por lo tanto, se realiza el examen de biopsia), ya que se puede confundir con otras patologías como: ameloblastoma, tumor odontogénico adenomatoide, dentitociclo, quiste odontogénico calcificador y fibroma ameloblélico. Su histopatología presenta una capa celular basal bien definida y empalizada e hipercromática, cápsula delgada y friable, paraqueratína corrugada, pared fibrosa delgada y sin infiltración inflamatoria, así como ausencia de crestas interpapilares. La capa de epitelio escamoso estratificado se unifica con cinco a siete capas de células y, en la recurrencia de la lesión, se pueden ver satélites en la cápsula fibrosa.

Chi *et al.* (2005) informaron de dos casos que presentaron la aparición de lesiones de tejidos blandos del queratocíd de la fosa noquerosa intraosseosa, identificados como queratocídisto odontogénico periférico. Sin embargo, hay una diferenciación en la parte de los diagnósticos con respecto a la clasificación de esta ocurrencia en la mucosa gingival, en la que algunos lo consideran como una variante histológica del quiste gingival, mientras que otros creen que es la forma periférica del queratocís odontogénico. (VAROL *et al.*, 2010)

Forssell *et al.* (1988) analizó el período postoperatorio de 75 pacientes con CO durante cinco años, con un total del 43% de los casos con mal pronóstico debido a que fueron recaídos. Recurrencias encontradas en pacientes con Síndrome de Gorlin, que ahora es necesario para el mayor tiempo posible de seguimiento.

A través de su estudio sobre la genética del tumor odontogénico queratocístico, Heikinheimo *et al.* 20 (2007) encontró que la presencia excesiva de genes puede contribuir a la continua del tumor odontogénico queratocístico. (VAROLI *et al.*, 2010)

Los casos con infección secundaria, perforación cortical y aspecto multilocular mostraron una mayor probabilidad de recurrencia.

4. CONCLUSIÓN

Actualmente, debido a su agresividad, potencial de crecimiento, naturaleza neoplásica y alta tasa de recurrencia, queratocístico u odontogénico se denomina tumor odontogénico. (VAROLI *et al.*, 2010)

En vista de todos los contenidos antes mencionados, es de suma importancia conocer las patologías orales asociadas a los orígenes dentales por parte del dentista con el objetivo de desarrollar un diagnóstico correcto y precoz para la mejor elección del tratamiento, con el objetivo del bienestar del paciente y promover la salud del paciente. La queratitis odontogénica requiere procedimientos terapéuticos adecuados para un tratamiento exitoso. Es indispensable derivar al paciente al examen histopatológico, ya que es necesario excluir hipótesis de diagnóstico diferencial asociados a otras enfermedades e incluso la posibilidad de asociación con el Síndrome de Gorlin-Goltz.

5. REFERENCIAS

AMORIM, RFB, *et al.* Ceratocisto odontogênico: estudo epidemiológico de 26 casos. Rev Odontol Ciênc. 2003;18(39): 23-30;

CHI, AC, OWINGS, JR, MULLER, S. Peripheral odontogenic keratocyst: report of two cases and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2005;99(1):71-8;

FORSSEL, K., *et al.* Recurrence of keratocysts. A long-term follow-up study. Int J Oral Maxillofac Surg, v.17, n.1, p.25-28, 1988;

FORSSEL, K. The primordial cyst. A clinical radiografic study. Proc Finn Dent Soc, v.76, n.3, p.129-174, 1980;

GUERRA, L., *et al.* Tratamento conservador de múltiplos tumores odontogênicos ceratocísticos em paciente não sindrômico. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.* [online]. 2013, vol.13, n.2, pp. 43-50. ISSN 1808-5210.

GREGORY, C. Cirurgia buco-dento-alveolar. São Paulo: Sarvier, 1996;

MARCUCCI M. Tratamento cirúrgico e terapêutico complementar dos queratocistos odontogênicos: revisão de literatura [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia USP; 2002;

NEVILLE BW, *et. al.* Patologia oral maxilofacial. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 2004. p. 570-573;

PEIXOTO, R. F. *et al.* Tumor odontogênico ceratocístico: revisão dos achados atuais. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.*, Recife, v.9,n.3,p.21-28 jul.-Set 09;

SHEAR M. Cistos da região bucomaxilofacial – diagnóstico e tratamento. 3. ed. São Paulo: Ed. Santos; 1999;

VAROLI F.P. *et al.* Tumor odontogênico queratocístico: características intrínsecas e elucidação da nova nomenclatura do queratocisto odontogênico. *J Health Sci Inst.* 2010;28(1):80-3.

^[1] Licenciado en Odontología por la Universidad de Iguazú – Campus Nova Iguazú – RJ. Post se graduó de la universidad unibf en disfunción temporomandibular y dolores orofaciales y radiología dental e imágenes.

Enviado: Agosto, 2020.

Aprobado: Septiembre de 2020.