

TUMOR ODONTOGÉNICO ESCAMOSO ASOCIADO A LA PARED DE UN QUERATO QUISTE ODONTOGÉNICO

Dra. Verónica Beovide*

Dr. Felipe Kornecki**

Palabras Clave: Tumor Odontogénico Escamoso Queratoquiste Odontogénico

INTRODUCCION

El Tumor Odontogénico Escamoso (TOE) es un tumor epitelial, benigno raro, que fue descrito por primera vez en el año 1975 por Pullon y col. ⁽¹⁴⁾; estos autores realizaron un estudio retrospectivo describiendo seis casos. Doyle y col. ⁽⁴⁾ en 1977 agregan tres casos más a la casuística. Wright ⁽¹⁹⁾ en 1979 describe cinco casos de TOE que proliferan en la pared de quistes odontogénicos. Hodgkinson ⁽⁹⁾ en 1978 establece la posibilidad del desarrollo de un TOE en un querato quiste. Fay y col. ⁽⁵⁾ en 1981 describieron nuevos casos de TOE emergiendo de paredes quísticas.

En la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de Montevideo, tenemos dos casos de TOE desarrollándose sobre paredes quísticas; uno de ellos de un quiste apical y el caso que es motivo de esta publicación; sobre un queratoquiste.

CASO CLINICO

Paciente del sexo femenino de 58 años; raza blanca; que concurre a Clínica Quirúrgica de la Facultad de Odontología: con-

sulta a los efectos de realizarse la avulsión de unos restos radiculares a nivel de hemimaxilar superior izquierdo; en la zona correspondiente a canino y primer premolar. Luego de la evaluación clínico-radiográfica correspondiente se realiza la extracción de los restos radiculares. El procedimiento se complica por existir una lesión adherida a los restos. Se labra un colgajo: disecándose así una membrana; con lo cual se enuclea la totalidad de la lesión.

HALLAZGOS PATOLOGICOS

Macroscópicamente se trata de una pieza de 15 X 8 X 3 mm. Al corte presenta una cavidad de paredes gruesas; con contenido sólido; amarillento.

Microscópicamente se observa una formación quística multilocular (fig. 1); cuyo revestimiento epitelial presenta escasas hileras de células sin brotes interpapilares y en zonas con desprendimiento del conjuntivo. Se destaca en la superficie la presencia de paraqueratina y cuerpos de Rushton. La cápsula conjuntiva es densa con escaso infiltrado inflamatorio crónico y algunos cuerpos de Russell.

* Asistente Cátedra Anatomía Patológica General y Buco-Maxilar.

** Asistente Cátedra Anatomía General Asistente Cátedra Quirúrgica III

Recibido para publicar: Noviembre 1993

Llama la atención la presencia de múltiples islotes de epitelio del tipo pavimentoso en el cual se observan puentes intercelulares y queratinización individual (fig. 2).

El contenido de las cavidades es de cristales de colesterol; material eosinófilo amorfo y cuerpos de Rushton.

De acuerdo a los caracteres previamente descritos diagnosticamos queratoquiste odontogénico con el desarrollo de un Tumor Odontogénico Escamoso en su cápsula.

DISCUSION

El TOE es un tumor benigno intraóseo; que se caracteriza por presentar una mucosa de aspecto normal; sin sintomatología asociada. Muchas veces su diagnóstico se realiza por un hallazgo radiográfico de rutina. Se describe como un área radiolúcida unilocular ^(4; 5; 8; 14; 19); que en algunas ocasiones puede presentarse en forma multilocular ⁽¹⁵⁾.

En nuestro caso la imagen radiográfica presenta áreas osteolíticas en relación a las piezas 2.3 y 2.4.

El TOE se puede asociar al ápice de un diente vital o gangrenoso; desarrollándose como un tumor sólido o emergiendo en la pared de un quiste odontogénico. El caso que presentamos corresponde a un queratoquiste odontogénico en cuya cápsula se desarrolla este tumor benigno en forma intraluminal.

La mayoría de los autores

sugieren que el origen del TOE está relacionado a los restos epiteliales de Malassez en el ligamento periodontal; lo que nos explicaría el desarrollo de este tumor en la cápsula de un quiste odontogénico.

Otro de los orígenes establecidos es a partir de la mucosa bucal; es un tema controvertido ya que no es fácil visualizar la conexión entre la lesión y la mucosa superficial ⁽¹⁴⁾.

Clínicamente el TOE tiene una presentación en cuanto a localización, edad, sexo y raza similar al caso que presentamos.

El aspecto histológico corresponde a islotes de epitelio escamoso estratificado de forma ovalada con queratinización individual; no observándose formación de perlas córneas.

Las células epiteliales que componen las formaciones sólidas son uniformes sin pleomorfismo nuclear; ni hiperromatismo ni mitosis. Los puentes intercelulares son evidentes. Se describen con frecuencia áreas centrales de degeneración quística ⁽⁶⁾. El estroma en que proliferan los elementos epiteliales corresponde a un conjuntivo fibroso maduro.

La microscopía electrónica describe los elementos de unión de las células epiteliales; desmosomas; y la presencia de gránulos citoplasmáticos de glucógeno ^(5; 14).

Diferentes estudios inmunohistoquímicos demuestran la presencia de proteínas citoqueratinicas en las células epiteliales ⁽¹⁷⁾.

El TOE no es un tumor agresivo y la recidiva luego de un tratamiento quirúrgico correcto es rara.

Hopper describe un caso de TOE con un comportamiento altamente agresivo que comprometía el seno maxilar del lado afectado; incluso el hueso palatino y los tejidos blandos del velo del paladar ⁽¹⁰⁾.

Pullon y Doyle en sus publicaciones hacen referencia a una mayor agresividad en aquellos casos ubicados en el maxilar superior. Presumen este comportamiento dada la diferente estructura ósea de los maxilares ^(5; 14).

Los casos de TOE desarrollándose en paredes quísticas no presentan mayor agresividad que la del propio quiste en el que asientan ⁽¹⁹⁾.

El tratamiento del tumor es quirúrgico y coinciden los diferentes autores en una cirugía conservadora; como ser la enucleación y curetaje. Cuando el tumor se desarrolla sobre membranas quísticas se realizará la cistectomía ^(5; 8; 14). Fue el tratamiento realizado en nuestro caso.

Cuando el tumor se comporta agresivamente; como lo establece Hopper en su publicación se realiza la hemimaxilectomía con resección "in toto" de la lesión.

Con adecuado tratamiento la recurrencia es rara; pero se recomienda el seguimiento del paciente.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Existen dos formas anatomoclínicas de TOE; una como tumor sólido originado a partir de los restos epiteliales de Malassez ubicados en el ligamento periodontal; y otra forma relacionado a membranas quísticas.

Los casos de TOE desarrollados en membranas quísticas no revelan una agresividad mayor que la del propio quiste; y tampoco una tendencia a desarrollarse como tumores sólidos; aunque las proliferaciones epiteliales son morfológicamente iguales al TOE.

Dadas las características de su comportamiento biológico; el tratamiento preferido es el de una conducta conservadora con el posterior seguimiento del paciente; en los casos así tratados la recidiva es rara.

BIBLIOGRAFIA

- 1- BRANNON, R. B.; LIEVTENANT COLONEL; U.S.A.F. (DC): The odontogenic keratocyst. A clinicopathologic study of 312 cases. Part I Clinical features; Oral Surgery; 42:54-72.1976.
- 2- BRANNON, R. B.; LIEVTENANT COLONEL; U.S.A.F. (DC): The odontogenic keratocyst. A clinicopathologic study of 312 cases. Part II Histologic features; Oral Surgery; 43:233-235.1977.
- 3- CATALDO, E.; LESS, W. C.; GIUNTA, J. L.: Squamous odontogenic tumor.
- 4- DI PÍRAMO, S.: Anatomía Patológica General y Bucomaxilar; Librería Médica Editorial; 370p 1988.
- 5- DOYLE, J. L.; GRODJESK, J. E.; DOLINSKY, H. B.: Squamous odontogenic tumor; report of three cases. J. Oral Surgery; 35:994-6.1977.
- 6- FAY, J. L.; BANNER, J.: et al; Squamous odontogenic tumor arising in odontogenic cyst. J. Oral Med.; 36:35-8.1981.
- 7- GOLDBLATT, LL.; BRANNON, R. B.: et al; Squamous odontogenic tumor. Report of five cases and review of the Literature. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.; 54:187-96.1982.
- 8- HIETANEN, J.; LUKINMAA, P. L.: et al; Periopheral Squamous odontogenic tumor. Br. J. Oral Maxillofac. Surg.; 23:362-5.1985.
- 9- HODGKINSON, D. J.; WOODS, J. E.: et al; Keratocysts of the jaw; Cancer; 41:803-13.1978.
- 10- HOPPER, T. L.; SADEGHI, E. M.; PRICCO, D. F.: Squamous odontogenic tumor. Report of a cases with multiples lesions. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.; 54:404-10,1980.
- 11- KELTH, D. A.: Macroscopic satellite cysts formation in the odontogenic keratocyst. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.; 35:21-27.1973.
- 12- LEVENTON, G. S.; HAPPONEN, R. P.; NEWLAND, J. R.: Squamous odontogenic tumor. Report of two cases and review of the Literature. Amj. Surg. Pathol.; 5:671-7.1981.
- 13- NORRIS, L. H.; BAGHAEIRAD, M.: et al; Bilateral maxillary squamous odontogenic tumors and the malignant transformations of a mandibular radiolucent lesion. J. Oral Maxillofac. Surg.; 42:827-34.1984.
- 14- PULLON, P. A.; SHAFER, W. G.; ELZAY, R. P.; KERR, D. A.; CORIO, R. M.: Squamous odontogenic tumor. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.; 40:616-30, 1975.
- 15- REICHAERT, P. A.: Squamous odontogenic tumor: cases report Oral Pathol. & Medicine. 19-5, 1990.
- 16- SHAFER W. G., HINE, M. K., LEVY, B. M.: A textbook of oral Pathology, W. B. Saunders 4a. Ed. Philadelphia 1983.
- 17- TATEMOTO, Y.; OKADA, Y.; MORI, M.: Squamous odontogenic tumor: Immunohistochemical identification of keratins. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.; 67:63-7, 1989.
- 18- VAN DER WAAL, I.: et al ..Possible squamous odontogenic tumor report of cases. J. Oral Surg.; 38:460-2, 1980.
- 19- WRIGHT, J. M. JR.: Squamous odontogenic tumor like proliferations in odontogenic cysts. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.; 4:354-8, 1979.



FIGURA 1. Vista panorámica de la formación multiquística, en la cavidad central se aprecia un crecimiento intramural.

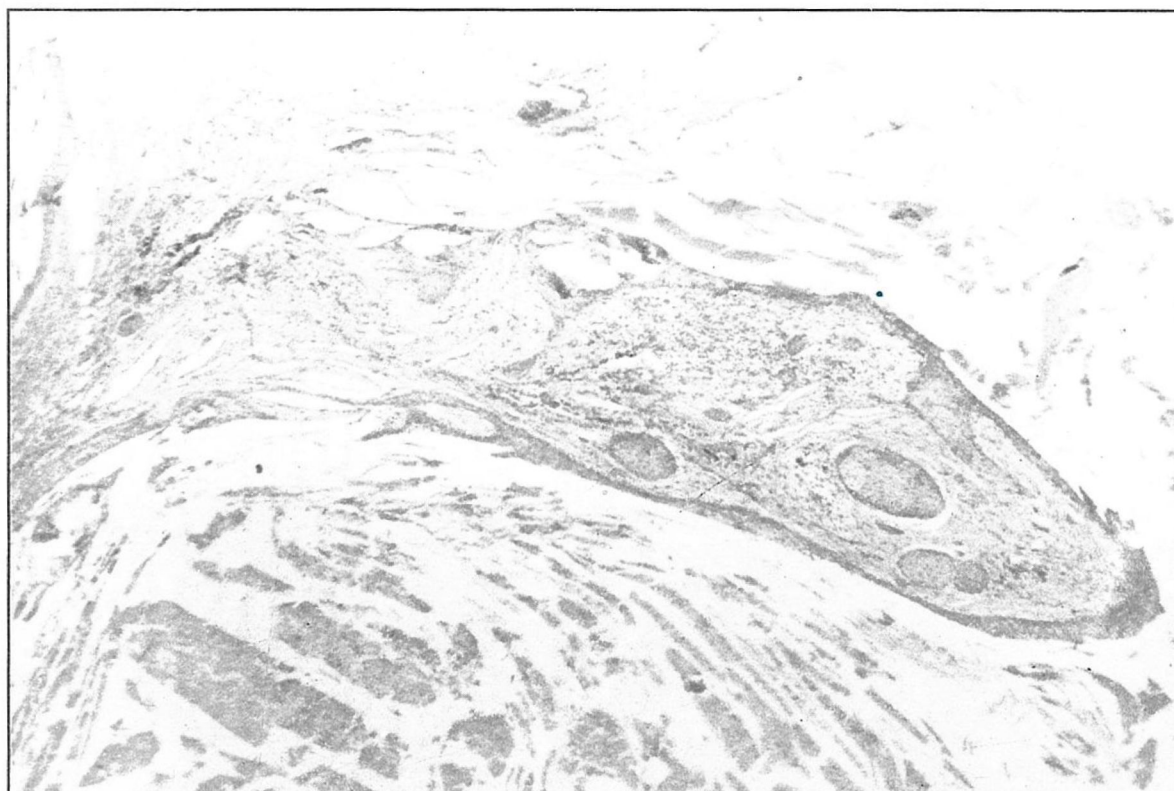
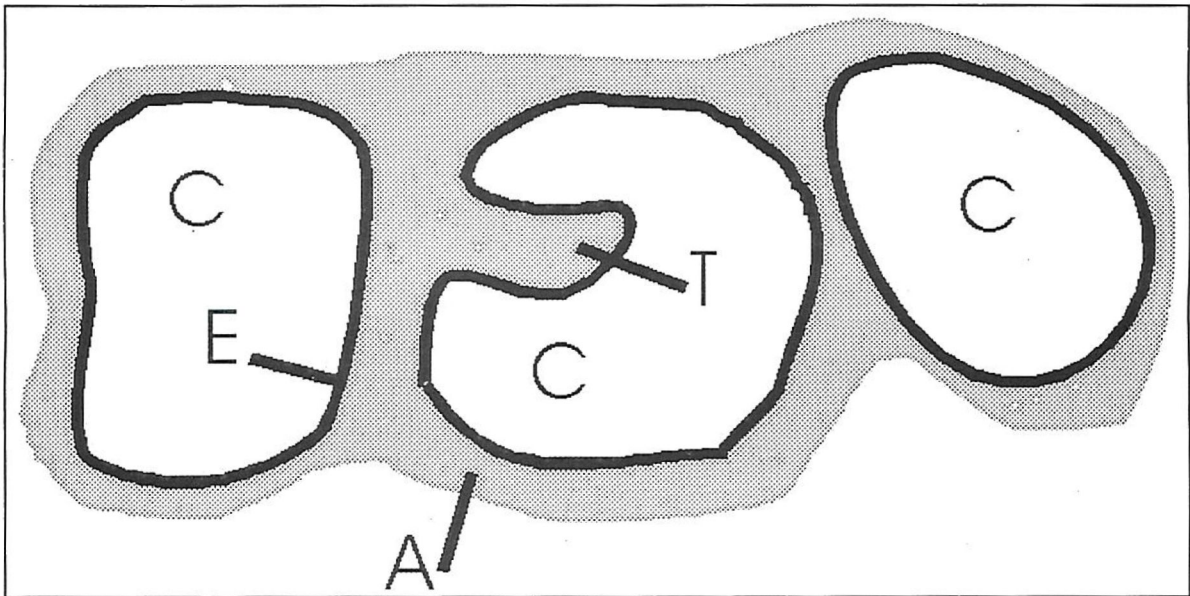


FIGURA 2. Mayor aumento de la cavidad central en la que apreciamos la proliferación intraluminal con islotes de epitelio tipo pavimento en le que se destacan los puentes intracelulares.



ESQUEMA 1. Descripción de la lesión:

C- Cavidades quísticas

E- Recubrimiento epitelial de las cavidades quísticas

A- Tejido conjuntivo

T- Crecimiento tumoral al interior de la cavidad quística central



FOTO 3. Radiografía periapical de la zona motivo de consulta, observamos restos radiculares y zona radiolúcida correspondiente al queratoquiste.



FOTO 4. Radiografía panorámica, descartando otras zonas radiolúcidas.

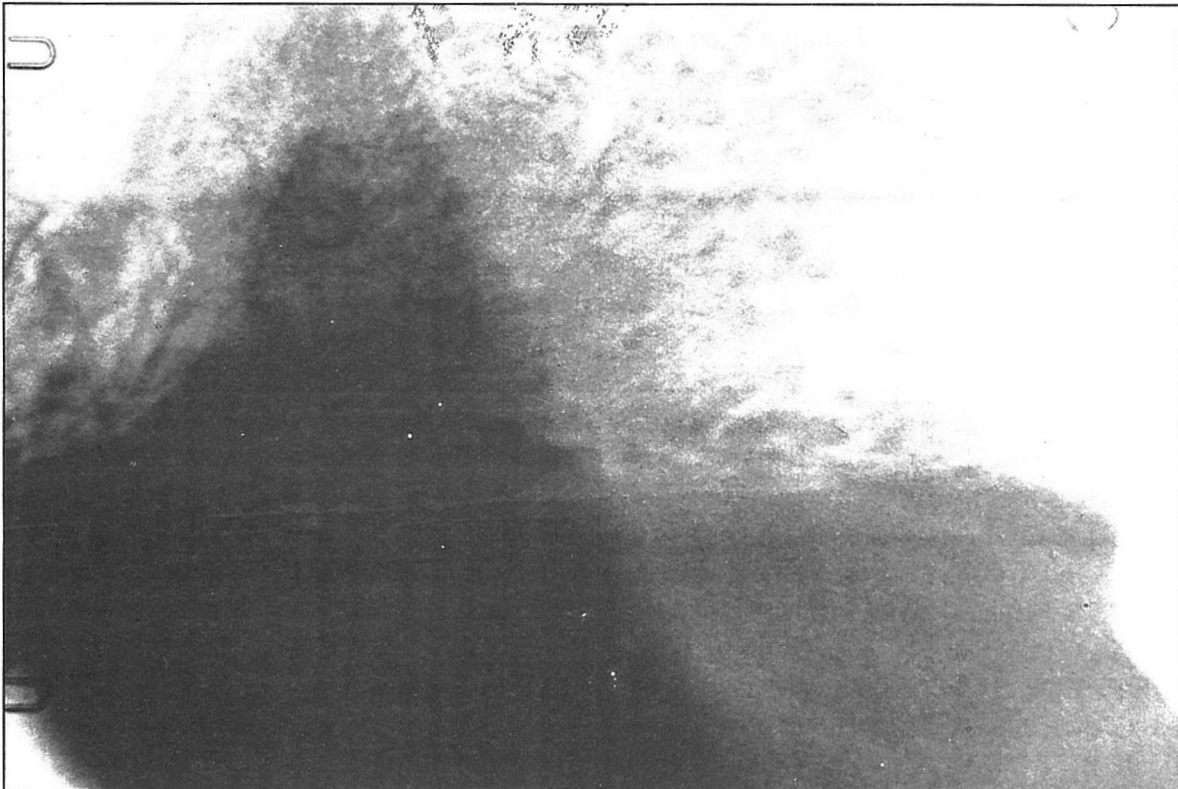


FOTO 5. Control periapical de la zona.