

QUISTES ODONTOGENICOS DE DESARROLLO*

Dra. Verónica Keochgerian**

Dr. Julio Carzoglio***

Dra. Myriam Fungi****

Dra. Myriam Pérez Caffarena*****

INTRODUCCION

Las lesiones quísticas de los maxilares que tienen epitelio odontogénico han sido clasificadas por la OMS⁽¹⁰⁾ según el origen de su epitelio, en:

1. Quistes inflamatorios y
2. Quistes de desarrollo

Los primeros se originan en los restos epiteliales de Malassez, en tanto los segundos, del órgano del esmalte o de la lámina dental. Esta división orienta hacia el posible comportamiento de la lesión⁽¹⁴⁾.

El quiste de desarrollo posee epitelio con autonomía de crecimiento^(4, 14), por lo cual en su evolución puede llegar a una transformación neoplásica, como sucede en el quiste dentígero^(8, 6). Del mismo modo puede recidivar repetidamente^(10, 13) y aparecer con un crecimiento multicéntrico que es característico del queratoquiste odontogénico o quiste primordial.

Nuestra intención en el presente trabajo es determinar, en nuestra casuística, el comportamiento y evolución de los quistes de desarrollo.

MATERIAL Y METODOS

Revisamos las láminas histológicas de 723 lesiones quísticas diagnosticadas en la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de Montevideo entre los años 1961-1983.

Todas las piezas quirúrgicas fueron fijadas en formol 10%, incluidas en parafina, cortadas a 7 micras y coloreadas por hematoxilina y eosina.

* Trabajo realizado en la Cátedra de Anatomía Patológica

** Asistente de Cat. Anat. Patológica

*** Asistente de Cat. Anat. Patológica

**** Asistente de Cat. Anat. Patológica

***** Profesor Adjunto Cátedra de Anatomía Patológica

De la ficha clínica se consignó: edad, sexo, localización y recidiva.

Dentro de los caracteres histológicos examinados incluimos: características del epitelio (espesor: menos y más de 6 capas de células), queratinización, características de la capa basal, unión epitelio-conectivo y transformación neoplásica. En el tejido conectivo se estudió el infiltrado inflamatorio, presencia de epitelio odontogénico y quistes satélites.

De las 723 lesiones estudiadas, 577 (59.8%) fueron quistes inflamatorios y 146 (20.2%) quistes de desarrollo. Dentro de los quistes de desarrollo 57 (39.04%) fueron quistes primordiales, 80 (54.79%), quistes dentígeros y 9 (6.17%) quistes glóbulo-maxilares.

RESULTADOS

La edad de los pacientes portadores de quistes primordiales osciló entre 8 y 81 años, con una media de 44.68 años. Treinta y siete eran de sexo masculino y 17 del femenino, no estando consignado el sexo en 3 casos. La relación hombre-mujer (índice de masculinidad) fue de 2,18. Diecisiete quistes primordiales estaban localizados en el maxilar superior (29.8%), dos tercios de los cuales estuvieron situados en la zona anterior. Treinta y siete casos se localizaron en la mandíbula (65%) ocupando el 90.6% de ellos el sector posterior. En un caso no se consignó la localización. La demora en la consulta (tiempo comprendido entre el primer síntoma y la fecha de la consulta) estuvo consignada en 11 casos, variando entre 2 y 120 meses (promedio 4.09 meses).

La edad de los pacientes portadores de quistes dentígeros osciló entre 8 y 70 años, con una media de 20-24 años. Cuarenta y ocho fueron pacientes el sexo masculino y 32 del femenino. La relación hombre-mujer de 1.5. Venticinco casos estuvieron localizados en el maxilar superior (31.25%), de los cuales 9 eran anteriores y 15 posteriores, no habiéndose consignado la topografía en 1 caso. Cuarenta y seis casos se localizaron en el maxilar inferior, encontrando 9 casos en el sector anterior y 31 en el posterior. No fue consignada la localización en 6 casos. La demora en la consulta fue consignada en 12 casos y varió entre 2 y 36 meses (promedio 13.83 meses).

Dispusimos de datos de sólo 7 pacientes portadores de quistes glóbulo-maxilares. La edad promedio fue de 42.85 años y el rango de 13 a 78 años. Hubo 2 hombres y 5 mujeres: relación hombre-mujer de 0.4. La demora fue consignada en dos casos: 5 y 6 meses respectivamente.

Desde el punto de vista de los hallazgos histológicos los quistes primordiales estuvieron tapizados por epitelio de menos de 6 capas en 53 casos (93%) y sólo el 7% (4 casos) presentaron epitelio con más de 6 capas de células. Existió queratinización en 54 casos libres de inflamación del estroma, correspondiendo a ortoqueratina en 4 casos.

El epitelio quístico fue menor de 6 capas en 55 casos de quistes dentígeros (68.7%) y mayor de 6 capas en 25 casos (31.25%). Sólo tres casos mostraron queratinización, que en dos correspondió a paraqueratina.

En 6 de los 9 quistes globulomaxilares estudiados, el epitelio fue de tipo transicional (67%).

La unión epitelio-conectiva fue laxa en 53 casos de 58 quistes primordiales examinados (93%) y fue recta en 55 de 80 quistes dentígeros (68.75%).

Encontramos epitelio odontogénico en 11 casos de 57 quistes primordiales (19.29%) y en ninguno de los dentígeros.

La infiltración inflamatoria crónica fue encontrada en 13 casos de quistes primordiales (22.8%) y en el 100% de los dentígeros.

En 7 de 57 quistes primordiales existieron quistes satélites (12.3%) encontrándose aspecto multilocular en 5 casos (8.8%).

En la evolución 10 quistes primordiales recidivaron (17.5%) dos de los cuales recidivaron 2 veces. El tiempo de aparición de las recidivas fueron consignadas en 7 casos, variando entre 6 y 25 años, con un promedio de 9.83 años. En 12 de 80 quistes dentígeros hubo transformación neoplásica (15%): en 10 casos el tumor en cuestión fue un ameloblastoma y 2 casos tumor odontogénico adenomatoide.

DISCUSION

Las lesiones quísticas de los maxilares son lesiones de manejo frecuente en el diagnóstico histopatológico especializado. Para Borghelli⁽²⁾ de cada 100 biopsias examinadas, 10 correspondieron a lesiones quísticas.

La frecuencia de lesiones quísticas de desarrollo en nuestra muestra (20.2%) coincide con las cifras de Borghelli⁽²⁾ 22.4% y Ries Centeno⁽¹¹⁾ 19%.

La frecuencia relativa de los quistes dentígeros en nuestra casuística fue de 11.06% (14.5% para Cabrini⁽⁴⁾) y también similar para Ries Centeno⁽¹¹⁾, aunque ligeramente mayor (14%).

Para los quistes primordiales la frecuencia relativa fue de 7.88%, claramente superior a la referida en la bibliografía consultada^(9, 11).

Los glóbulo-maxilares son menos frecuentes (1.24%).

En cuanto a edad en el momento del diagnóstico, en los quistes primordiales casi todos los autores coinciden en situarlos en la 2a. y 3a. décadas^(1, 13, 14), o en la 4a. década^(3, 4). En nuestra casuística la edad media cayó en la 5a. década de la vida (44.68 años).

En cambio encontramos una edad de incidencia menor en los quistes dentígeros (20.24 años) frente a otras cifras^(2, 4) de 35.4 años.

La relación masculino-femenino fue francamente mayor en nuestros casos de quistes primordiales que en la bibliografía consultada^(2, 14), en tanto que en los quistes dentígeros la relación masculino-femenina fue sustancialmente similar a la publicada en otras series⁽²⁾.

En cuanto a la localización de los quistes primordiales llama la atención la frecuente localización en maxilar superior encontrada en nuestra casuística (17/57), hecho que contrasta con la frecuencia del 80% referida internacionalmente^(9, 4).

La topografía en el maxilar inferior de los quistes dentígeros aparece menos representada en nuestra muestra, que en casuísticas de otros medios^(4, 15). En cambio nuestra cifra se acerca a la de Ries Centeno⁽¹¹⁾ de 59%. Estas cifras que no son totalmente coincidentes, pudieran estar sesgadas por el alto número de pacientes pediátricos con quistes dentígeros en la zona lateral y canino superior vistos en nuestro servicio.

La topografía posterior de los quistes dentígeros y primordiales fue asimilar a la referida en medios internacionales^(1, 3, 4, 14).

Dentro de los hallazgos histopatológicos, nuestro hallazgo de queratina en los quistes primordiales fue evaluado como positivo en el 94.8% de casos, cifras algo menores a las de Browne⁽³⁾ de 99.2% y Soskolne⁽¹³⁾ 100%. Toller que considera a los quistes primordiales como queratoquistes odontogénicos encuentra que el 100% de ellos tiene alguna formación de queratina⁽⁷⁾. Los casos en los que o hallamos queratina presentaban gran inflamación.

En nuestra casuística encontramos epitelio odontogénico en el 24.4% de los quistes primordiales, cifras mayores a las reportadas por Browne⁽³⁾ de 18.7%.

En cuanto a la frecuencia de quistes satélites en los quistes primordiales encontramos una cifra menor a la referida por Browne⁽³⁾ siendo aproximadamente la mitad.

La multilocularidad estuvo presente en el 11% de los casos examinados, mientras que otros autores lo consignan con mayor frecuencia⁽¹³⁾.

En cuanto al índice de recidiva (20%) en nuestra casuística es coincidente con

las cifras referidas por Browne⁽³⁾, en tanto que para otros autores ⁽⁹⁾ ella asciende a 33.8%.

Encontramos transformación neoplásica en el 15% de los quistes dentígeros, sin ningún caso de tumor maligno, a diferencia de lo publicado por Gardner⁽⁶⁾.

El efecto irritativo que morfológicamente se manifiesta por infiltrado inflamatorio en los quistes dentígeros, aumentaría el efecto neoplásico⁽⁶⁾. Teóricamente para Gardner la posibilidad de transformación maligna de los quistes odontogénicos es pequeña si no hay infiltrado inflamatorio. Los quistes Glóbulo Maxilares están incluidos dentro de los odontogénicos, debido a que por las últimas investigaciones es poco probable la existencia de epitelio fisurario en la zona de aparición clínica de esta lesión⁽¹⁸⁾.

RESUMEN

Se revisaron 723 quistes de los maxilares procedentes de la Facultad de Odontología de Montevideo.

El 20% correspondió a quistes de desarrollo, destacándose dentro de ellos los quistes dentígeros con una frecuencia de 54.79%.

La frecuencia relativa de los quistes primordiales de 7.88% fue claramente superior a la referida internacionalmente. Asimismo la edad de aparición en la 5a. década de la vida supera a los datos procedentes de otros centros. El índice de masculinidad fue mayor en los quistes primordiales.

La localización en el maxilar superior es mayor que la encontrada en la bibliografía, hecho que igualmente se vio reflejado en la localización de los quistes dentígeros. De los hallazgos histopatológicos hemos encontrado queratina en el 94.8% de los quistes primordiales, cifras algo menores a las referidas internacionalmente.

Se encontraron quistes satélites en 12.3% de los quistes primordiales y existió multilocularidad en un 8.8%.

La transformación neoplásica se conignó en 15% de los 80 quistes dentígeros, todos los cuales mostraron infiltrado inflamatorio en el tejido conectivo subyacente.

BIBLIOGRAFIA

1. BHASKAR, S.N. Patología Bucal. Ed. El Ate-neo, Buenos Aires, 1971.
2. BORGHELLI, R.F. Temas de Patología Bucal y Clínica. Ed. Mundi, Buenos Aires, 1979.
3. BROWNE, R.H. The odontogenic keratocyst. Br. Dent. J. 131 (6): 249-259, 1971.
4. CABRINI, R.L., BARROS, R.E. & ALBANO, H. Cysts of the jaws: A statistical analysis. J. Oral Surg. 28: 485, 1970.
5. FLIKLING, B.W. Cysts of the jaws. Proc. Royal Soc. Med. 58: 847-854, 1965.
6. GARDNER, A. The odontogenic cyst as a potential carcinoma: a clinic-pathologic appraisal. JADA 78: 746-755, 1969.
7. HARRIS, M. & TOLLER, P. The pathogene-sis of dental cysts. Br. Med. Bull. 31 (2): 159-163, 1975.
8. LUCAS, R.B. Neoplasia in odontogenic cysts. Oral Surg. 7 (11): 1227-1255, 1954.
9. MAGNUSSON, B.C. Odontogenic Keratocyst: a clinical and histological study with special reference to enzyme histochemistry. J. Oral Path. 7 (1): 8-18, 1978.
10. PINDBORG, J.J., KRAMER, J.R. & TORLO-NI, H. Histological typing of odontogenic tumours, jaws cysts and allied lesions. In-ternational histological classification of tu-mours, N° 5, W.H.Q. Geneva, 1971.
11. RIES CENTENO, C. Consideraciones sobre 1.000 casos de quistes de los maxilares. Rev. Odont. 36 (12) 542-547, 1948.
12. SHAFFER, N.G., HINES, M.K. & LEWY, B.M. Tratado de patología bucal. 3a. ed. Ed. Interamericana, Buenos Aires, 1977.
13. SOSKOLNE, W.A., SHEAR, M. Observations on the pathogenesis of primordial cysts. Br. Dent. J. 123 (7): 312-326, 1967.
14. SPONGE, J.D. Patología Bucal. Ed. Mundi, Buenos Aires, 1977.
15. STANLEY, H.R. & DIEHL, D.L. Ameloblas-toma potential of follicular cysts. Oral Surg. 20 (2): 260-268, 1965.
16. WRIGHT, J. The odontogenic keratocyst: or-thokeratinized variant. Oral. Surg. 51 (6): 609-617, 1981.
17. WYSOCKI, G., BRANNON, R. GÁRDNER, D. & SAPP, Ph., Histogenesis of the la-teral periodontal cyst and the gingival cyst of the adult. Oral Surg. 50 (4): 327-334, 1980.
18. WYSOCKI, G., The differential diagnosis of globulo maxillary radiolucencias. Oral. Surg. 51 (3): 281-286. 1981.

Fig. 1 - Querato Quiste Odontogénico. Vista topográfica. Se observa membrana quística delgada, la separación del epitelio del conectivo, y la ausencia de inflamación.

Fig. 2 - Querato quiste Odontogénico 400X. Fina capa de paraqueratina desprendiéndose hacia la luz del quiste.

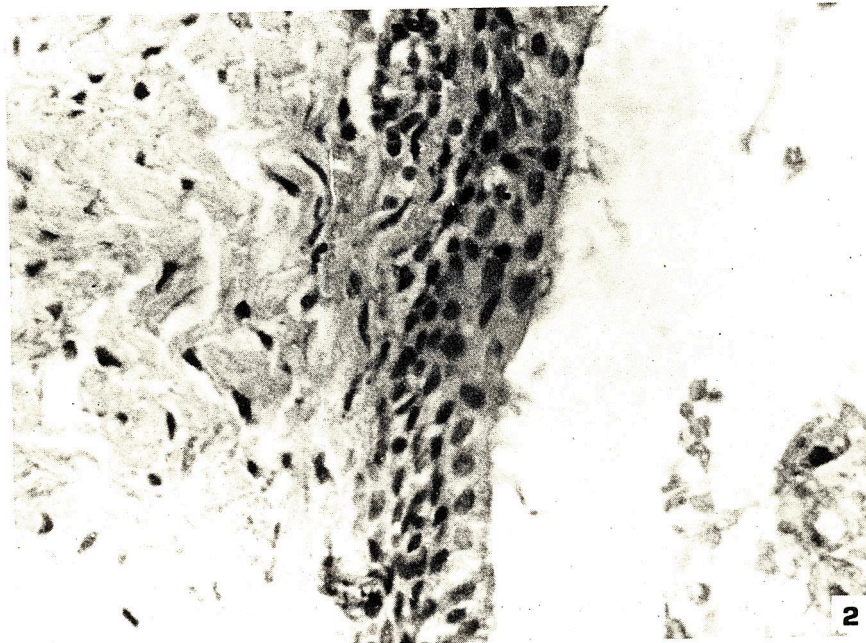
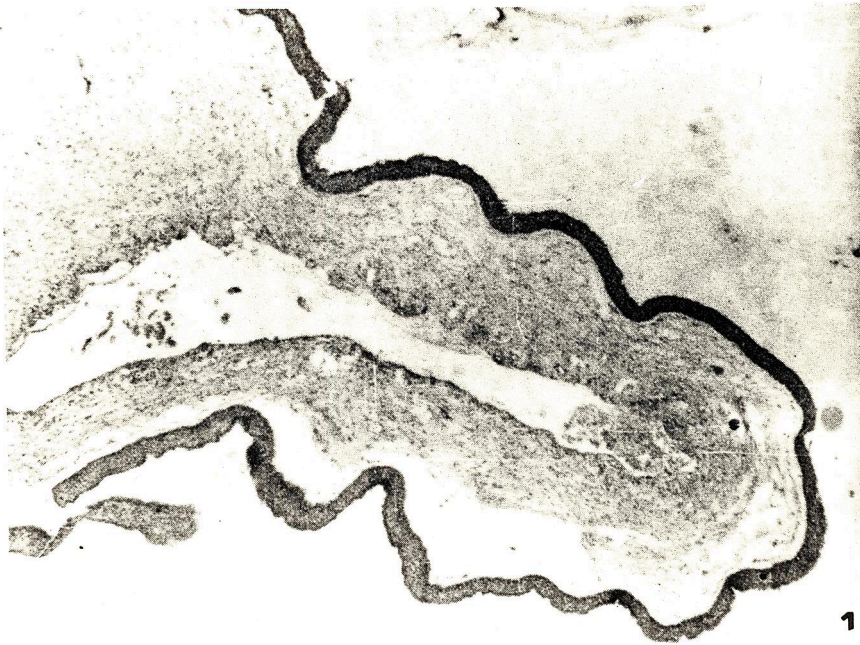


Fig. 3 - Vista topográfica QOO multilocular.

Fig. 4 - Intensa inflamación en el tejido conectivo que modifica las características del epitelio en un QOO.

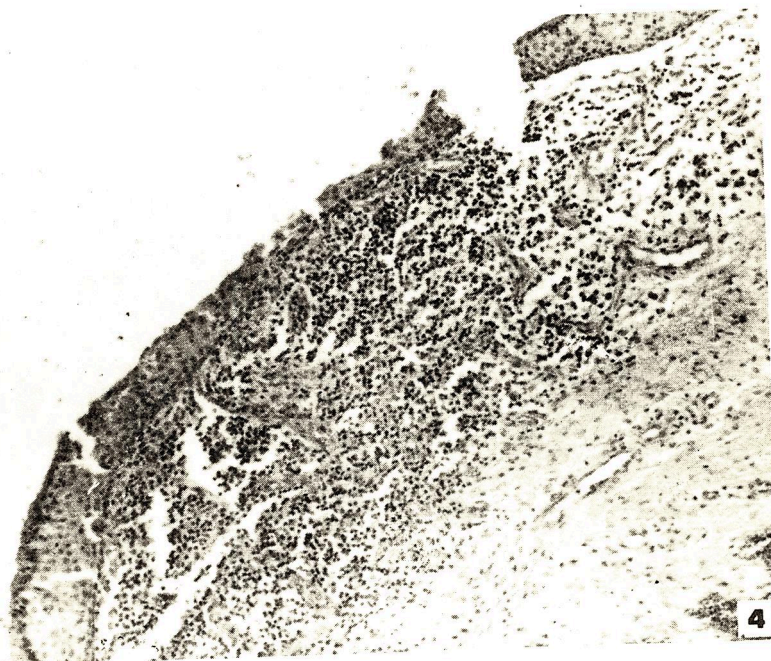
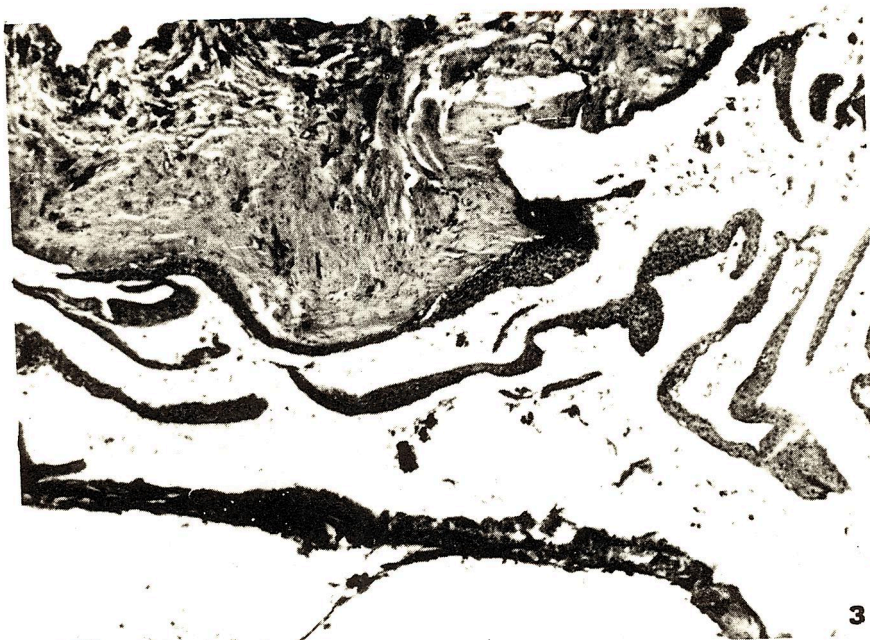
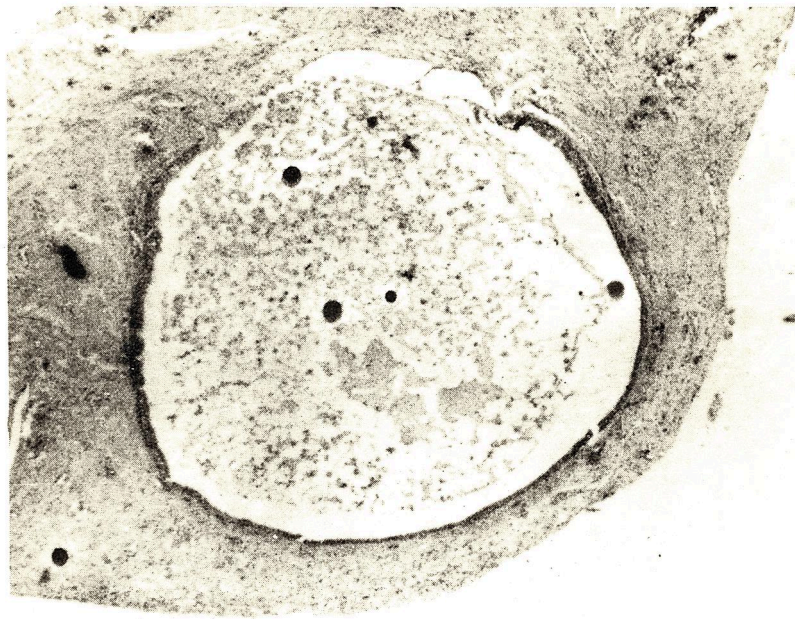
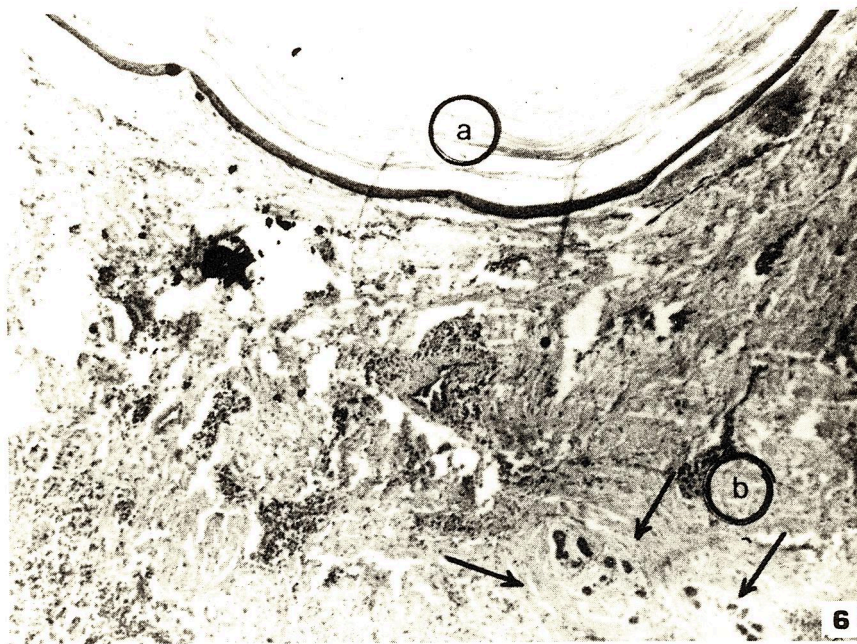


Fig. 5 - Quiste satélite en la pared de un QOO que luego recidivó.

Fig. 6 - a) QOO 400X detalle de un quiste satélite con iguales características de epitelio y contenido de queratina, b) Epitelio odontogénico en la pared del quiste (flecha).



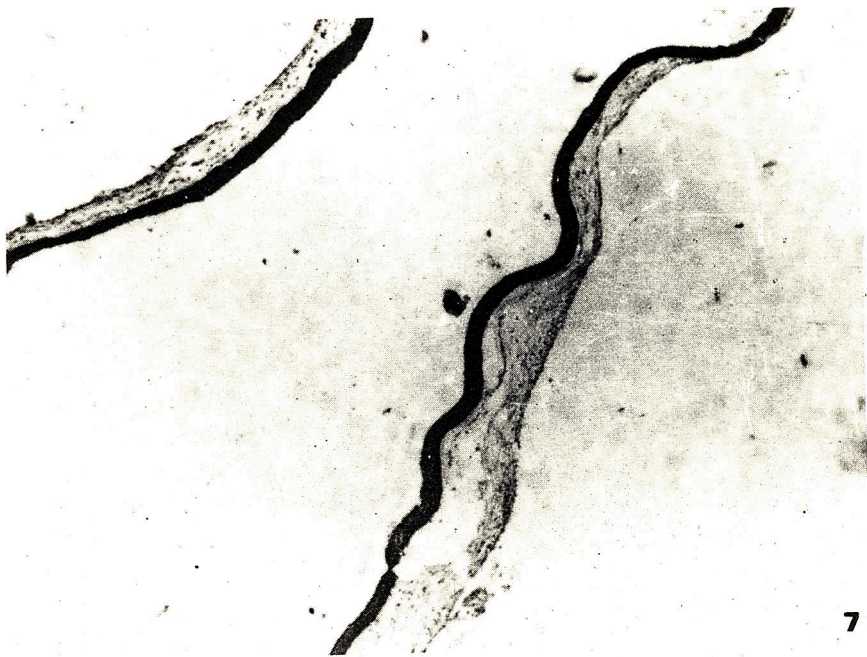
5



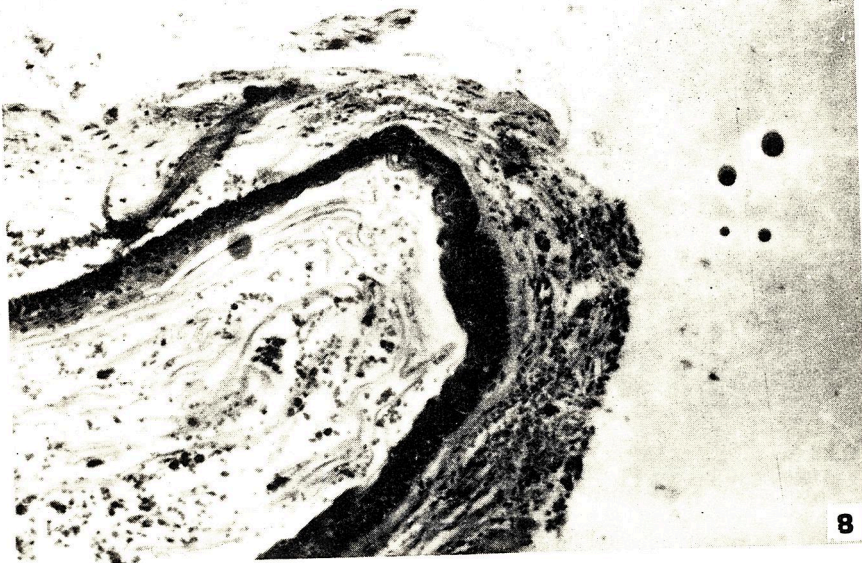
6

Fig. 7 - Topográfico de un QO recidivante. Similar histología al primario.

Fig. 8 - 100X QQO recidivado. Algo de inflamación en la cápsula. Epitelio algo más grueso.



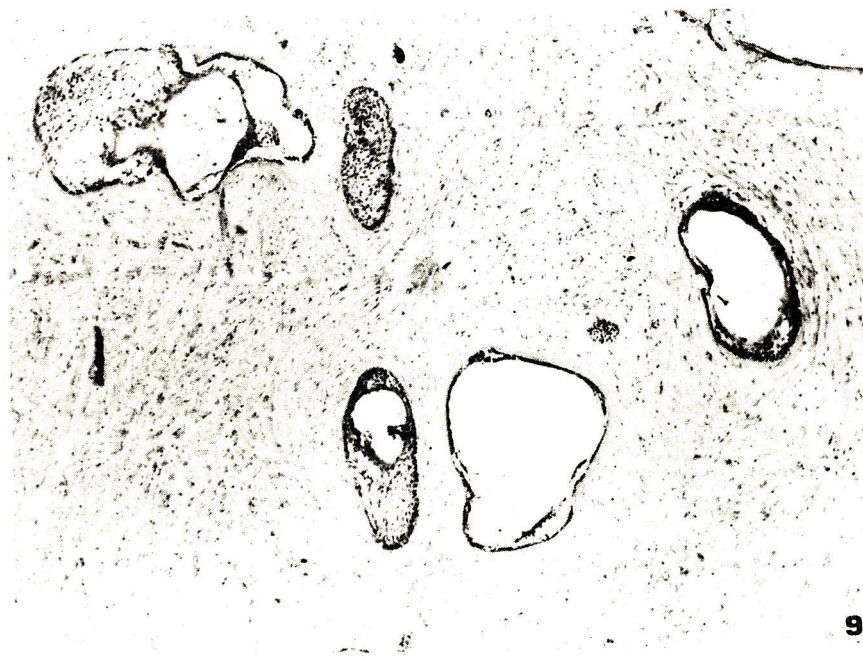
7



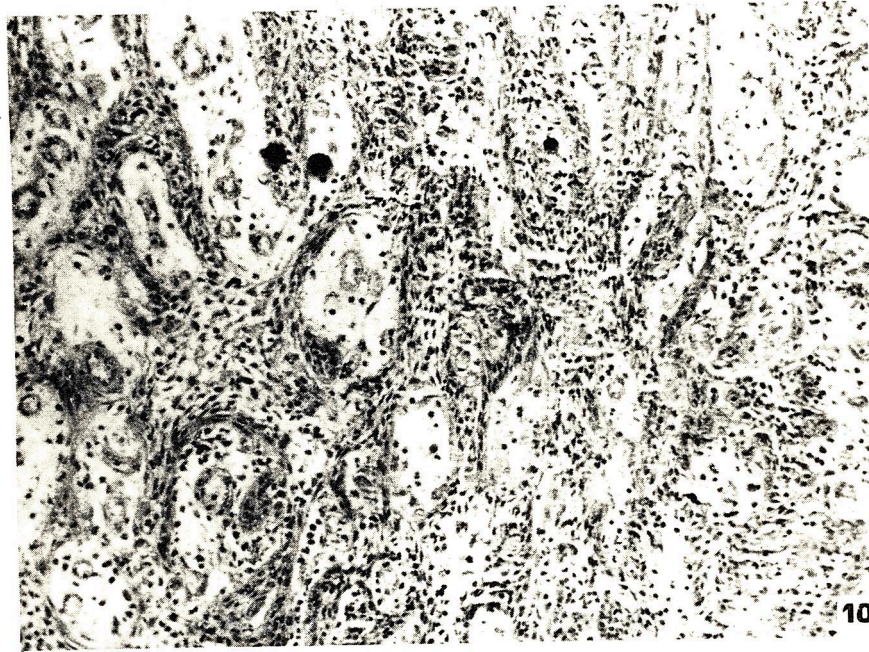
8

Fig. 9 - Pared de un quiste dentigero con folículos ameloblásticos proliferando.

Fig. 10 - 100X Ameloblastoma tipo plexiforme originado en la pared de un quiste dentigero.



9



10

Fig. 11 - 40X Tumor Odontogénico Adenomatoide originándose en la pared de un quiste dentífero.

