

Quistes odontogénicos. Estudio de 103 casos

RESUMEN

Introducción: describir las características de los quistes odontogénicos en población mexicana.

Métodos: estudio retrospectivo de 103 quistes odontogénicos en 86 pacientes; los expedientes fueron obtenidos del archivo de los Departamentos de Patología de los Hospitales Generales de Zona 2 y 50 del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí.

Resultados: se observó una frecuencia de 8.13 % respecto a todos los estudios orofaciales realizados. Los quistes dentígeros (56 %) y los queratoquistes (33 %) fueron los más frecuentes; 61 % de los quistes se manifestó en la segunda y tercera década de la vida. De 71 quistes, 42 % se presentó en la región posterior mandibular, 29 % en la anterior maxilar y 21 % en la posterior maxilar, una recidiva en 6.7 % y el caso de un queratoquiste maxilar asociado a carcinoma epidermoide. El estudio incluyó tres mujeres con síndrome del carcinoma del nevo basocelular, las cuales tuvieron queratoquistes múltiples.

Conclusiones: los quistes dentígeros y los queratoquistes son los quistes odontogénicos más frecuentes. Se manifestaron principalmente en la segunda y tercera década de la vida.

SUMMARY

Objective: to describe characteristics of odontogenic cysts in a Mexican population.

Methods: a retrospective study of 103 odontogenic cysts in 86 patients was done. The data were obtained from files of the Pathology Department of a General Hospital.

Results: we observed a frequency of the 8.13 % of odontogenic cysts (103) in 1266 pathological studies. The dentigerous cyst 56 % and odontogenic keratocyst 33 % were the most common odontogenic cysts. Sixty one percent of the cysts appeared in the second and third decades of life. In 71 cysts, 42 % appeared in the posterior region jaw, 29 % in the anterior region of the maxilla and 21 % in the posterior region of the maxilla. A 6.7 % developed a recurrence after treatment and a case of keratocyst of posterior region of the maxilla was associated with epidermoid carcinoma. The study included three women with the syndrome of carcinoma of the basal cell nevus, who presented multiple keratocysts.

Conclusions: the dentigerous cysts and odontogenic keratocysts were the most frequent odontogenic cysts. They appeared mainly in the second and third decades of life.

Hospital General
de Zona 50,
Instituto Mexicano
del Seguro Social,
San Luis Potosí, México

Comunicación con:
Gustavo Sergio
Moctezuma-Bravo.
Tel: (488) 833 0177.
Correo electrónico:
gu_tato@yahoo.com

Recibido: 27 de agosto de 2007

Aceptado: 2 de abril de 2008

Introducción

Los quistes odontogénicos tienen revestimiento epitelial y derivan del epitelio reducido del esmalte, de los restos de Serres o de Malassez.¹

En 1992, la Organización Mundial de la Salud reclasificó los quistes odontogénicos radicular, paradental y residual como quistes inflamatorios, y los quistes primordial, dentígero, queratoquiste, periodontal lateral, odontógeno glandular, de erupción,

gingival del recién nacido y gingival del adulto, como quistes de desarrollo.²

Los datos clínicos y radiográficos junto con el estudio histopatológico permiten establecer el diagnóstico definitivo.³

Una de las características importantes de los quistes odontogénicos es la recurrencia o recidiva, cuya variación es importante y puede llegar a 62 % en los queratoquistes.^{4,5} Otra característica importante pero poco común es la transformación o dege-

Palabras claves

quistes odontogénicos
carcinoma de células
escamosas
síndrome del nevo
basocelular

Key words

odontogenic cysts
carcinoma, squamous
cell
basal cell nervous
syndrome

Moctezuma-Bravo GS et al.
Quistes odontogénicos

neración carcinomatosa, debido al potencial crecimiento tumoral de los quistes de desarrollo. Eversole⁶ confirmó 73 quistes odontogénicos asociados a carcinomas y Muller⁷ registró dos nuevos casos y efectuó la revisión de 81.

La información sobre quistes odontogénicos es escasa en México⁸⁻¹¹ y el objetivo de este estudio fue dar a conocer la frecuencia de éstos, diagnosticados a través del estudio histológico en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí, mediante un estudio retrospectivo de 18 años (1989-2006).

rugía maxilofacial y patología de los Hospitales Generales de Zona 2 y 50 en San Luis Potosí.

La fuente de información fueron los libros y hojas de registro de patología, obteniendo los datos relativos a edad, sexo, diagnóstico, ubicación del quiste, número de laminilla del estudio histopatológico y la laminilla de cada caso para su revisión por el médico patólogo.

Los datos fueron analizados mediante frecuencias absolutas y relativas.

Resultados

Los estudios histopatológicos en 18 años analizados en el Hospital General de Zona 2 y cuatro años en el Hospital General de Zona 50, fueron en total 34 118 casos. Los generados por el Servicio de Cirugía Maxilofacial fueron 1266 y de entre éstos se diagnosticaron 103 quistes odontogénicos, que correspondieron a 0.3 % del total de la muestra y a 8.13 % de los estudios orofaciales. El estudio incluyó tres mujeres de una misma familia con síndrome de carcinoma del nevo basocelular.

Los quistes odontogénicos diagnosticados fueron 58 dentígeros, 34 queratoquistes, cinco quistes radicales, dos paradentales y uno periodontal lateral. De los 103 quistes, 59 en mujeres y 44 en hombres.

La distribución de los quistes por edad y sexo se aprecia en la figura 1; 65 % de los pacientes se ubicó entre los siete y 30 años de edad.

La figura 2 muestra la localización de 71 quistes odontogénicos; 36 en el maxilar y 35 en la mandíbula y 30 de éstos en la región posterior mandibular.

En 67 casos se obtuvo la información del diente asociado al quiste: con un tercer molar en 27; con un canino en 12 e igual número con incisivos; con primer y segundo molar en siete; con premolares en seis; y con dientes supernumerarios en tres. Se presentaron siete recurrencias.

Un hombre de 59 años presentó un queratoquiste localizado en la región posterior del maxilar derecho, tratado quirúrgicamente en 1999, seis años después se diagnosticó carcinoma epidermoide en la misma región del maxilar superior derecho.

Métodos

Se incluyó todo estudio histopatológico con registro de quiste odontogénico en los servicios de ci-

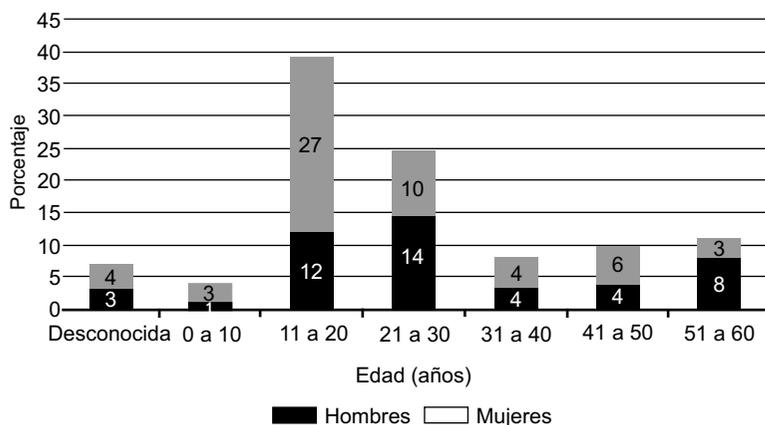


Figura 1. Distribución por edad y sexo

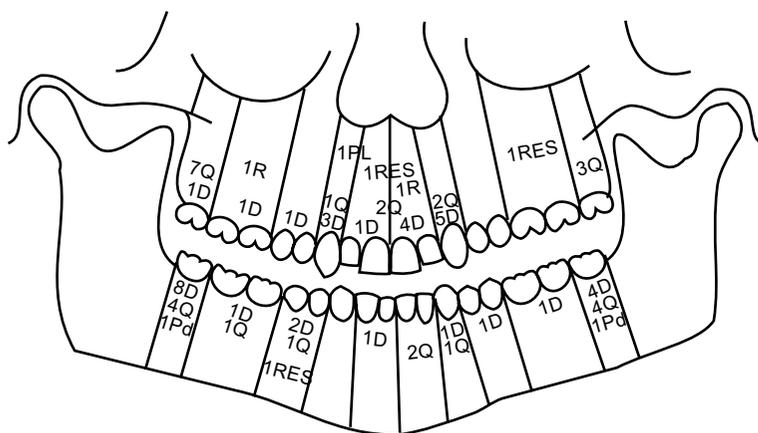


Figura 2. Las letra (D = dentígero, Q = queratoquiste, R = radical, Res = residual, Pd = paradental, PL = periodontal lateral) indican el tipo de quiste y su ubicación. No se pudo determinar la ubicación de 23 quistes dentígeros, seis queratoquistes y tres quistes radicales

Discusión

Los únicos estudios sobre quistes odontogénicos en México son del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado,⁸ la Universidad

de Bajío,⁹ las Clínicas Periféricas de la Universidad Nacional Autónoma de México¹⁰ y la Universidad Autónoma de México-Xochimilco,¹¹ en los que se indican frecuencias que van de 3.2 a 11.3 %.

En este estudio, la frecuencia de quistes odontogénicos fue de 8.13 %, cifra entre las dos más grandes informadas en México: 7.8 % por Ledesma¹⁰ y 8.4 % por Mosqueda.¹¹

Para 2005, el Instituto Mexicano del Seguro Social contaba con 73 cirujanos maxilofaciales distribuidos entre 229 hospitales generales y 38 unidades médicas de alta especialidad. En San Luis Potosí, la especialidad de Cirugía Bucodentomaxilar o Maxilofacial otorga atención desde hace más de 25 años, inicialmente en el Hospital General de Zona 2 y a partir de 2003 en el Hospital General de Zona 50, atendiendo a una población usuaria de 632 027 derechohabientes (Coordinación Delegacional de Información en Salud, Jefatura de Prestaciones Médicas, Delegación Estatal en San Luis Potosí, Instituto Mexicano del Seguro Social, marzo 2006).

La falta de registro de la edad en siete pacientes, de la localización del quiste en 32 y no disponer de la "laminilla" del estudio histopatológico en 12, refleja las limitaciones de los estudios retrospectivos. En nuestro caso, por la falta de consignación de los datos en la ficha de patología al solicitar el estudio, por la falta del expediente clínico debido al proceso normado de depuración del mismo basado en la norma oficial mexicana que obliga la conservación del expediente clínico solo por cinco años;^{12,13} respecto a las laminillas, probablemente también por la archivación errónea de los estudios histopatológicos.

El primer elemento del método epidemiológico es conocer lo que hacemos para identificar la enfermedad y determinar su frecuencia.¹⁴

Al inicio del estudio, 23 quistes estaban diagnosticados como quistes odontogénicos. La revisión de laminillas permitió clasificar 22 en quistes dentígeros y uno como queratoquiste. Tres queratoquiste fueron reclasificados como quistes dentígeros. Se eliminaron dos casos por no corresponder a quistes odontogénicos.

Dos informes internacionales^{15,16} con más de 6500 casos, al igual que el de Ledesma¹⁰ con 304 casos y Mosqueda¹¹ con 865 casos, refieren frecuencias de quistes odontogénicos muy semejantes. Su distribución por orden descendente de frecuencia fue como sigue: radicales, dentígeros, queratoquistes, quistes residuales, paradentales, periodontales laterales y quistes odontogénicos glandulares.

El tipo de quistes y su frecuencia varió: dentígeros 56 % y queratoquistes 33 %; muy poco frecuen-

tes fueron los radicales, residuales, paradentales y periodontales laterales (4.8, 2.9, 1.9 y 0.97 %, respectivamente). No se identificaron quistes primordiales, de erupción, gingival del recién nacido, gingival del adulto y quiste odontogénico glandular.

En la distribución por edad se observó un pico de frecuencia en el grupo de 11 a 30 años, que agrupó 61 % de la muestra.

Los 34 queratoquiste diagnosticados representaron 33 % del total de los quistes odontogénicos, cifra elevada al compararla con 5, 11, 18 y 21 % informados.^{15,16,10,11} Es necesario señalar que dicha cifra está influida por los queratoquistes múltiples, que presentaron tres pacientes con síndrome de carcinoma del nevo basocelular (cuya característica es la presentación de múltiples queratoquiste), reseñadas previamente:¹⁷ una con siete queratoquistes y tres recidivas, otra con seis queratoquistes y una recidiva, y otra con tres queratoquiste. Estas tres pacientes contribuyeron con 47 % de todos los queratoquiste diagnosticados. Además, la primera paciente también presentó tres quistes dentígeros.

Considerando lo anterior, que 19 quistes se presentaron en tres mujeres y que un paciente masculino fue tratado tanto de su quiste original como de su recidiva, el número de pacientes femeninos y masculinos fue igual, de 43 casos.

La recurrencia o recidiva fue de 6.7 %, baja al compararla con 11.5 % indicado por Schmith y 62 % por Pindborg.^{4,5}

En la literatura es muy raro el informe de un quiste odontogénico asociado a carcinoma, como lo refieren Eversole y Muller.^{6,7} En este estudio existe evidencia de un caso con esta asociación: un paciente con queratoquiste maxilar derecho enucleado quirúrgicamente en 1999, seis años después presentó carcinoma epidermoide en el mismo maxilar derecho, tratado mediante maxilectomía total en 2005. Se revisaron las laminillas correspondientes pero no se pudo corroborar el primer criterio de Gardner:¹⁸ observar la transición del epitelio quístico en carcinoma para confirmar la derivación o transformación del quiste odontogénico en carcinoma. Sin embargo, ello no eliminó la posible asociación del queratoquiste a carcinoma epidermoide.

Conclusiones

Ante las limitantes del estudio retrospectivo aquí reflejadas, es conveniente efectuar un análisis prospectivo donde se consignen todos los datos para así determinar la incidencia o prevalencia de los quistes odontogénicos, ya que sorprende que de la bibliografía

Moctezuma-Bravo GS et al.
Quistes odontógenos

consultada, solo una especifica la incidencia del quiste periapical o radicular con 28 casos y del quiste dentífero con 23 casos en un lapso de dos años.⁹

Referencias

1. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Quistes de las regiones orales. En: Patología oral y maxilofacial contemporánea. Madrid: Elsevier; 2003. p. 38-60
2. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. Histological typing of odontogenic tumors. International histological classification of tumours. Berlin: Springer-Verlag; 1992.
3. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Quistes y tumores de origen odontógeno. En: Tratado de patología bucal. Segunda edición. México: Interamericana; 1986. p. 262-278.
4. Schmidt BL, Pogrel MA. The use of enucleation and liquid nitrogen cryotherapy in the management of odontogenic keratocysts. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59(7):720-725.
5. Pindborg JJ, Hansen J. Studies on odontogenic cysts epithelium. *Acta Pathol Radiol* 1963;58:283-294.
6. Eversole LR, Sabes WR, Robin S. Aggressive growth and neoplastic potential of odontogenic cysts: with special referent to central epidermoid and mucoepidermoid carcinomas. *Cancer* 1975; 35(1):270-282.
7. Muller S, Waldron CA. Primary intraosseous squamous carcinoma; report of two cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1991;20(6):362-365.
8. Molina-Moguel JL, Páez-Valencia C, Galindo MM, Rivera GF. Tumores y neoplasias. Estadística realizada en el Centro Médico 20 de Noviembre. *Pract Odont* 1984;5:22-28.
9. Ovalle-Castro JW, González-Reyes JC. Incidencia y prevalencia de tumores en cavidad oral en la zona del Bajío (90-92). *Rev ADM* 1994;51(3):133-138.
10. Ledesma-Montes C, Hernández-Guerrero JC, Garcés-Ortiz M. Clinic-pathologic study of odontogenic cyst in Mexican sample population. *Arch Med Res* 2000;31(4):373-379.
11. Mosqueda-Taylor A, Irigoyen-Camacho ME, Díaz-Franco MA, Torres-Tejero MA. Odontogenic cysts. Analysis of 856 cases. *Med Oral* 2002;7(2): 89-96.
12. Manual de procedimientos de las Áreas de Informática Médica y Archivo Clínico (ARIMAC). En: IX Procedimientos de Archivo Clínico en Unidades Hospitalarias de Segundo y Tercer Nivel de Atención, 1.3 Catálogo cronológico de depuración de expedientes. México: IMSS; 2000. p. 100-103.
13. Secretaría Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico. México: Secretaría Salud; 1998. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>
14. Obrador GT. Conceptos básicos de epidemiología clínica. En: López-Jiménez F, editor. Manual de medicina basada en la evidencia. México: El Manual Moderno/JGH Editores; 2001. p. 23.
15. Daley TD, Wysocki GP, Pringle GA. Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a Canadian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;77(3):276-280.
16. Jones AV, Craig GT, Franklin CD. Range and demographics of odontogenic cysts diagnosed in a UK population over a 30-year period. *J Oral Pathol Med* 2006;35(8):500-507.
17. Moctezuma-Bravo GS. Queratoquistes múltiples, reporte de un caso familiar. *Rev ADM* 2007;LXIV (1):34-39.
18. Gardner AF. A survey of odontogenic cysts and their relationship to squamous cell carcinoma. *Dent J* 1975;41(3):161-167.