

<https://doi.org/10.69639/arandu.v12i1.836>

Queratoquiste odontogénico localizado en cuerpo y rama mandibular resuelto bajo tratamiento conservador: informe de caso clínico

Odontogenic keratocyst located in the body and mandibular branch resolved under conservative treatment: a case report

Edison Rafael Navarro-Barreno

ernavarro@uce.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0004-3880-0668>

Universidad Central del Ecuador

Ecuador – Quito

Claudia Elizabeth Cabrera Arévalo

claudia.cabrera@hee.gob.ec

<https://orcid.org/0009-0002-3356-2352>

Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Pichincha

Ecuador - Quito

Artículo recibido: 10 febrero 2025

- Aceptado para publicación: 20 marzo 2025

Conflictos de intereses: Ninguno que declarar

RESUMEN

Introducción: Queratoquiste es una lesión de origen odontogénico que se deriva de la lámina dental, presenta características clínicas e histológicas definidas. Frecuentemente la lesión se localiza en el hueso mandibular. Objetivo: describir un caso clínico de Queratoquiste Odontogénico que fue tratado siguiendo un manejo conservador, mismo que fue resuelto en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Ecuador. Reporte del Caso Clínico: Paciente femenino de 44 años acudió por presentar aumento de volumen a nivel de hemicara lado izquierdo, en tomografía axial computarizada simple se reveló una imagen Hipodensa multilocular a nivel rama mandibular izquierda compatibles con Queratoquiste, se estableció el plan de tratamiento siguiendo un método conservador, en el primer acto quirúrgico se realizó extracción de tercer molar, toma de biopsia con lo que se confirma el diagnóstico de Queratoquiste y colocación de dren para descompresión continua, este primer procedimiento se realizó bajo anestesia local, el segundo acto quirúrgico se realizó bajo anestesia general donde se realizó exposición de lesión, eliminación de tejido quístico visible, regularización de tejido óseo, colocación de solución de Carnoy durante 5 minutos y sinéresis de epitelio bucal. La paciente expresó satisfacción con el tratamiento realizado, funcionalmente y oclusal mente se encuentra satisfecha y recupero su estilo de vida habitual. Conclusión: El manejo realizado mediante un tratamiento conservador con descompresión continua, seguida de una eliminación quística

completa más terapia adyuvante con solución de Carnoy es una gran alternativa para tratar este tipo de lesiones.

Palabras clave: quiste odontogénico, mandíbula, tratamiento conservador, recurrencia local de neoplasia

ABSTRACT

Introduction: Keratocyst is a lesion of odontogenic origin that derives from the primitive dental lamina, presents defined clinical and histological characteristics. The lesion is frequently located in the mandibular bone. **Objective:** describe a clinical case of Keratocyst that was treated following conservative management and resolved at the Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Ecuador. **Clinical Case Report:** A 44 year old female patient presented with an increase in volume at the level of the left face, a simple computerized axial tomography revealed a multilocular hypodense image at the level of the left mandibular branch compatible with keratocyst, the treatment plan was established following a conservative method, in the first surgical procedure a third molar extraction was performed, a biopsy was taken with which a biopsy was performed, This first procedure was performed under local anesthesia, the second surgical procedure was performed under general anesthesia where the lesion was exposed, visible cystic tissue was eliminated, bone tissue was regularized, Carnoy's solution was placed for 5 minutes and syneresis of the buccal epithelium was performed. The patient expressed satisfaction with the treatment performed, she was functionally and occlusally satisfied and recovered her usual lifestyle. **Conclusion:** Conservative treatment with continuous decompression followed by complete cystic removal plus adjuvant therapy with Carnoy's solution is a great alternative to treat this type of lesions.

Keywords: odontogenic cysts, mandibular, conservative treatment, recurrence

Todo el contenido de la Revista Científica Internacional Arandu UTIC publicado en este sitio está disponible bajo licencia Creative Commons Attribution 4.0 International. 

INTRODUCCIÓN

El queratoquiste es una lesión de origen odontogénico que se deriva de la lámina dental en un gran porcentaje, así mismo se desarrolla a partir del epitelio reducido del esmalte del folículo dental (Regezi, & Sciubba, 2000), además posee un componente genético presentando mutaciones en el gen supresor tumoral PTCH1, se menciona que entre el 60-85% de los pacientes con mutaciones en el gen supresor tumoral PTCH1 llegan a desarrollar más de un Queratoquiste a lo largo de su vida (Regezi, & Sciubba, 2000; Alonso, Santos, Zeta, González-Alva & Portilla 2020).

Presenta características clínicas e histológicas bien definidas (Alonso, Santos, Zeta, González-Alva & Portilla 2020). De manera frecuente, la lesión se localiza generalmente en la zona posterior del hueso mandibular y se presenta de forma solitaria o con quistes satélite provocando expansión de corticales óseas, movilidad dentaria, lesión de tejidos blandos (El-Naggar, Chan, Grandis, Takana & Slootweg, 2017), además, el comportamiento local agresivo de la lesión ha sido bien documentada dentro de la literatura (Regezi, & Sciubba, 2000; Alonso, Santos, Zeta, González-Alva & Portilla 2020).

La imagen histológica del Queratoquiste incluye un epitelio escamoso para queratinizado y una capa basal bien definida y habitualmente corrugada (Alonso, Santos, Zeta, González-Alva & Portilla 2020). Las células de la capa basal son características de esta entidad, de forma polarizada y empalizada, estas células se encuentran rodeadas por tejido conjuntivo fibroso denso (Alonso, Santos, Zeta, González-Alva & Portilla 2020). La pared del quiste suele ser de un grosor uniforme y delgado, tiene un espesor de células que ronda entre seis y diez capas; esta pared llega a engrosarse como consecuencia de un proceso inflamatorio crónico (Alonso, Santos, Zeta, González-Alva & Portilla 2020; Ochoa, Reinoso & Molina-Barahona, 2023).

Radiográficamente, la imagen mostrada en una ortopantomografía es de predominancia radiolúcida unilocular o multilocular (Ochoa, Reinoso & Molina-Barahona, 2023), similar a un “panal de abejas”. En un 25-40% de los casos se suelen manifestar relacionados a órganos dentarios no erupcionados (Ochoa, Reinoso & Molina-Barahona, 2023; Pogrel & Jordan, 2004).

Según la literatura, el Queratoquiste tiene una incidencia que oscila entre 3 a 11% del total de los quistes maxilares y su afección es predominante en hombres, con una proporción 2:1 en comparación con las mujeres (El-Naggar, Chan, Grandis, Takana & Slootweg, 2017; Ochoa, Reinoso & Molina-Barahona, 2023). Esta lesión se presenta en un rango de edad entre la segunda y tercera década de vida, con un segundo pico de incidencia entre la quinta y sexta década de vida (Ochoa, Reinoso & Molina-Barahona, 2023). Aunque cualquier hueso, maxilar o mandíbula puede sufrir esta lesión, la mayoría de las veces la mandíbula tiene una predominancia en proporción 2:1 y hasta en un 75% esta lesión se encuentra en la región posterior de la mandíbula (Ochoa, Reinoso & Molina-Barahona, 2023).

La tasa de recurrencia para el Queratoquiste odontogénico varía desde 0% hasta 62%, con una mayor tasa de recurrencia si es tratado con simple enucleación (Alonso, Santos, Zeta, González-Alva & Portilla, 2020), además varios estudios concluyen que la tasa de recurrencia exacta para el Queratoquiste puede establecerse únicamente después de 20 años o más de seguimiento (Alonso, Santos, Zeta, González-Alva & Portilla, 2020; Stoelinga, 2022).

Después de seis décadas de estudio, el tratamiento más apropiado para los Queratoquistes odontogénicos sigue siendo controversial (Alonso, Santos, Zeta, González-Alva & Portilla, 2020), en la literatura se mencionan varias modalidades de tratamiento, las cuales pueden ser clasificadas en: tratamientos no conservadores o también llamados radicales y la otra opción son los tratamientos conservadores, ambos acompañados de métodos adyuvantes (Ochoa, Reinoso & Molina-Barahona, 2023).

Entre los tratamientos no conservadores o radicales encontramos la resección en bloque, que es la forma más agresiva de tratar un queratoquiste; así mismo es la más eficaz para evitar la recidiva en la lesión (Ochoa, Reinoso & Molina-Barahona, 2023). Por su parte, entre los tratamientos conservadores se describe a la marsupialización, descompresión y enucleación acompañados o no de terapia coadyuvante (crioterapia, osteotomía periférica, aplicación de la solución de Carnoy o solución de Carnoy modificada, 5 fluoracilo) (Ochoa, Reinoso & Molina-Barahona, 2023).

Sabemos que no existe un consenso sobre cuál es el mejor método para extirpar estos quistes. Actualmente, basan su elección valorando la eficacia del tratamiento en comparación con su morbilidad y de manera individualizada para cada paciente (Chaisuparat, Yodsanga, Montaner & Jham, 2013; Winters, Garip, Meeus, Coropciuc & Politis, 2023). La resección completa o parcial tiene la menor tasa de recurrencia (menos del 2 %), pero se asocia con una mayor morbilidad (Winters, Garip, Meeus, Coropciuc & Politis, 2023). Dicho esto, los cirujanos a menudo optan por un enfoque menos invasivo, preferiblemente optando por la simple enucleación del quiste con lo que se asocia con una menor morbilidad, pero también con la mayor tasa de recurrencia (hasta un 25 %) (Winters, Garip, Meeus, Coropciuc & Politis, 2023).

El objetivo del presente es describir un caso clínico de Queratoquiste Odontogénico que fue tratado siguiendo un manejo conservador, mismo que fue resuelto en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Ecuador. Se trata de una paciente de 44 años con presencia de queratoquiste asociado a un tercer molar, mismo que fue tratado en forma integral de manera conservadora (Ochoa, Reinoso & Molina-Barahona, 2023), en primera instancia se realiza la enucleación de tercer molar más descompresión quística y más adelante se trató con resección quística completa y uso de solución de Carnoy.

Reporte De Caso

Paciente femenino de 44 años acudió al Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Ecuador. Por presentar aumento de volumen a nivel de hemicara lado izquierdo con 1 año de

evolución aproximadamente. (Figura 1. A y B) Clínicamente, al examen intraoral a nivel de trígono retromolar presentó aumento de volumen de 3 cm centímetros de diámetro aproximadamente de consistencia dura, dolorosa a la palpación sin pérdida de la sensibilidad, tejidos blandos presentaban apariencia normal sin cambios de coloración.

Figura 1

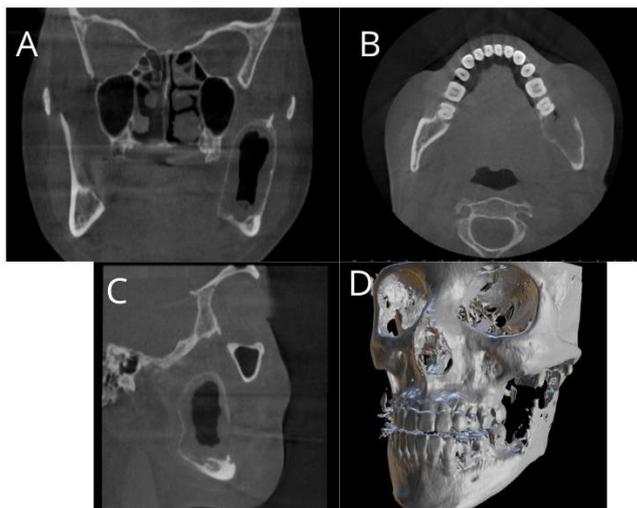
Fotografías Extraorales y Radiografía. A. Frontal B. Lateral Izquierda C. Radiografía Panorámica Inicial



Se realizó una radiografía panorámica en donde se observó tercer molar inferior de lado izquierdo, acompañando un área radiolúcida multilocular con bordes escleróticos en cuadrante III, misma que se extiende desde borde distal de segundo molar hacia el borde posterior de la rama mandibular incluyendo proceso coronoideo. (Figura 1. C) Adicionalmente, se realizó una tomografía axial computarizada simple que reveló una imagen Hipodensa multilocular a nivel rama mandibular izquierda con expansión y adelgazamiento de las corticales óseas vestibular y lingual compatibles con diagnóstico de Queratoquiste a nivel Mandibular. (Figura 2. A-D.)

Figura 2

Tomografía Axial Computarizada Simple. A. Corte Coronal B. Corte Axial C. Corte Sagital D. Reconstrucción 3D



Se estableció el plan de tratamiento siguiendo un método conservador, por lo que en primera instancia se realizó extracción de tercer molar, toma de biopsia y colocación de dren, este primer procedimiento se realizó bajo anestesia local mediante infiltración local de lidocaína con

epinefrina (New Stetic, Colombia) 1: 80.000 (técnica de anestesia troncular mandibular), después se realizó incisión mediante mango de bisturí Nro. 3 y hoja de bisturí Nro. 15 a nivel de fondo de surco vestibular de cuadrante 3 para exposición de tercer molar y lesión quística.

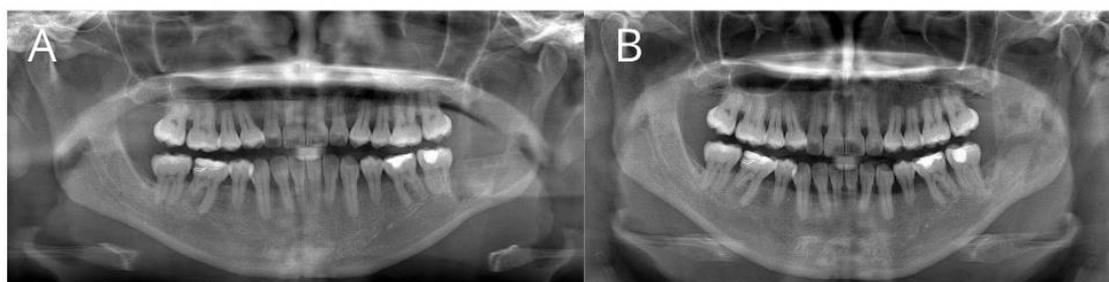
Se realizó enucleación quirúrgica de tercer molar inferior de lado izquierdo mediante odontosección y uso de técnica de elevadores, se tomó una muestra de tejido quístico que fue enviado para análisis histopatológico, después se realizó curetaje y lavado de contenido quístico mediante solución salina al 0.9%, finalmente se colocó dren descompresivo, mismo que se fijó a epitelio bucal mediante hilo de sutura poliglactina 3/0 (Johnson & Johnson Medical Devices & Diagnostics Group – Latin America, L.L.C.).

El resultado de análisis histopatológico se describió una lesión de epitelio escamoso paraqueratinizado de 6 a 10 células de espesor, una capa de paraqueratina ondulada en su superficie luminal y una capa en empalizada de células basales cuboides con lo que se confirma el diagnóstico a favor de Queratoquiste a nivel Mandibular. Por lo que se decide mantener el drenaje continuo con el objetivo de provocar Metaplasia celular y neoformación ósea antes de una segunda intervención.

Se realizaron controles radiográficos y tomográficos a los 3 y 6 meses después del primer procedimiento. (Figura 3. A y B) Donde se evidencia resultados favorables con neoformación ósea en sitio de la lesión, disminución de edema facial a nivel de hemicara lado izquierdo, por lo que se decide realizar un segundo procedimiento quirúrgico.

Figura 3

Exámenes Complementarios. A. Radiografía Panorámica de Control 3 meses B. Radiografía Panorámica de Control 6 meses

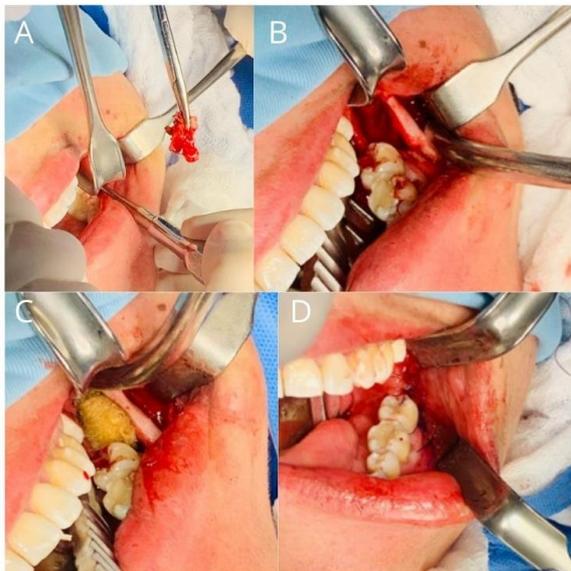


El segundo acto quirúrgico se realizó bajo anestesia general mediante intubación nasotraqueal en quirófano central, adicional se colocó anestesia local mediante infiltración de lidocaína al 2 % combinada con epinefrina diluida en proporción 50/50 (New Stetic, Colombia) para controlar el sangrado (técnica de anestesia infiltrativa local), incisión con electrobisturí a nivel de fondo de surco vestibular de cuadrante 3 para exposición de lesión, eliminación de tejido quístico visible, regularización de tejido ósea con pieza de baja velocidad y uso de fresa de carburo tungsteno número 8, colocación de solución de Carnoy (mezcla de alcohol absoluto, cloroformo, ácido acético y cloruro férrico) durante 5 minutos y finalmente sinéresis de epitelio bucal

mediante hilo de sutura poliglactina 4/0 (Johnson & Johnson Medical Devices & Diagnostics Group – Latin America, L.L.C.). (Figura 4. A-D).

Figura 4

Transquirúrgico. A. Eliminación Tejido Quístico Residual B. Regularización de Tejido Óseo. C. Colocación de Gasa con Solución de Carnoy. D. Sinéresis de Epitelio Bucal



Al día siguiente de la cirugía, la paciente fue dada de alta con analgesia controlada mediante paracetamol de 1 gr cada 8 horas por 5 días, ibuprofeno de 400 mg cada 8 horas por 3 días, Además, se prescribió un antibiótico en base a Amoxicilina con ácido clavulánico (500 mg + 125 mg) cada 8 horas por 7 días. Se indicó reposo relativo por 4 días, dieta blanda por 15 días, hielo local por 48 horas, junto con otras indicaciones generales.

En el postoperatorio a los 10 días después del acto quirúrgico se retiró puntos intraorales con heridas cicatrizando por primera intención sin signos de infección ni dehiscencia y simetría facial. Un mes después de la segunda intervención quirúrgica, se observó una cicatrización adecuada de herida intraoral, tejidos intraorales sanos y estética facial favorable con edema resuelto completamente. Se realizaron además controles radiográficos y tomográficos inmediatos, 9 meses, 12 meses y 24 meses después del primer procedimiento, donde se puede evidenciar radiográfica y tomográfica mente que existe neoformación ósea a nivel de lesión, tal como se evidencia en la (Figura. 5 y 6).

Figura 5

Tomografía Axial Computarizada Control 6 meses después de Segundo Procedimiento Quirúrgico. A. Corte Coronal B. Corte Axial C. Corte Sagital D. Reconstrucción 3D

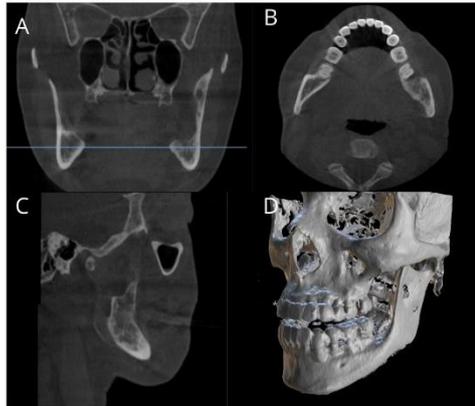
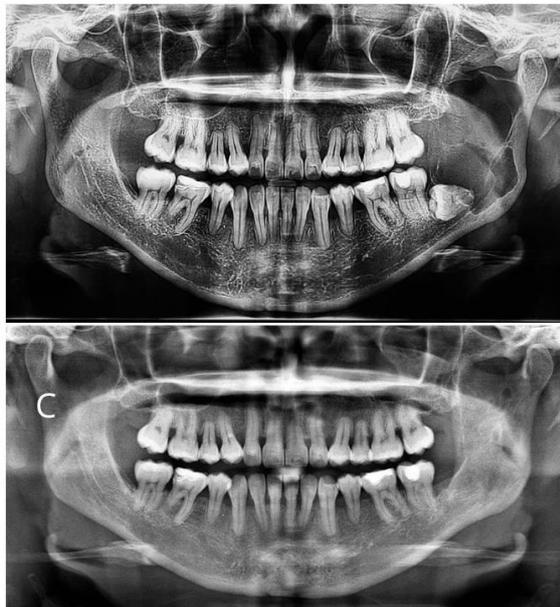


Figura 6

Exámenes Complementarios. A. radiografía panorámica inicial B. radiografía panorámica control 24 meses después de 1er acto quirúrgico



La paciente expresó satisfacción con el tratamiento realizado, comprendiendo que la patología podría haber seguido creciendo y requerir un tratamiento más radical en el futuro. Estéticamente, la paciente se mostró conforme, dado que el edema y asimetría en su rostro desaparecieron completamente. Actualmente no existe la presencia de signos o síntomas relacionados con el quiste mandibular. Funcionalmente y oclusal mente la paciente se encuentra satisfecha ya que la ingesta de alimentos es normal y recupero su estilo de vida habitual. Se aclara que la paciente no ha sido dada de alta por el hospital, sino que se mantiene bajo controles periódicos rutinarios según nos refiere la literatura. ^(2, 6)

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La lesión quística más común a nivel de la mandíbula es el queratoquiste odontogénico y ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un quiste odontogénico

caracterizado por un revestimiento delgado de epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con células basales en empalizada (El-Naggar, Chan, Grandis, Takana & Slootweg, 2017; Winters, Garip, Meeus, Coropciuc & Politis, 2023). El queratoquiste en etapas tempranas el diagnóstico diferencial es con patología periapical, quiste dentífero, quiste residual y ameloblastoma (Regezi, & Sciubba, 2000; Chaisuparat, Yodsanga, Montaner & Jham, 2013); después de su maduración y cuando aumenta de tamaño se debe diferenciar de osteosarcoma, tumor odontogénico adenomatoide o con fibroma ameloblástico. (Regezi, & Sciubba, 2000; Chaisuparat, Yodsanga, Montaner & Jham, 2013)

El siguiente reporte de caso describe el manejo conservador de un Queratoquiste a nivel mandibular sometido en primera instancia a extracción de tercer molar, descompresión y toma de biopsia y en segunda instancia se realiza la eliminación de tejido quístico visible, regularización de tejido óseo y colocación de solución de Carnoy que es lo más indicado actualmente, evitando de esta manera un manejo más agresivo y mayores complicaciones (Winters, Garip, Meeus, Coropciuc & Politis, 2023).

Existe un amplio espectro de modalidades de tratamiento, entre los especialistas clínicos no existe un consenso sobre cuál es el mejor método para tratar estos quistes. Después de una revisión de literatura, se obtuvo datos que indican la efectividad de cada uno de ellos, tal es el caso de autores como: (Selvi, Tekkesin, Cakarer, Isler & Keskin, 2012; MacDonald, Gu, Zhang & Poh, 2013; Gupta, Bansal, Sharma & Sharma, 2016), quienes emplearon la resección en bloque y presentaron un 0% de recidiva en sus estudios. Sin embargo, otros tratamientos menos agresivos, como la enucleación más aplicación de solución de Carnoy, según (Ribeiro, Borba, Alves, De Gouveia, Coracin & Guimarães, 2012), mostraron tan solo un 4,55% de recidiva. Evidenciando que un tratamiento conservador es una opción válida en el tratamiento de esta lesión.

Entre los tratamientos conservadores se describe a la marsupialización, descompresión y enucleación acompañados o no de terapia coadyuvante (crioterapia, osteotomía periférica, aplicación de la solución de Carnoy o solución de Carnoy modificada e incluso actualmente el uso de 5-fluoracilo) (Ochoa, Reinoso & Molina-Barahona, 2023). Estos procedimientos (marsupialización y descompresión) buscan aliviar la presión del líquido quístico, con el propósito de reducir el espacio del quiste y favorecer la aposición ósea en las paredes del quiste (Ochoa, Reinoso & Molina-Barahona, 2023; Pogrel & Jordan, 2004). Para lograr este objetivo es indispensable el uso de un dispositivo cilíndrico o de un drenaje quirúrgico rígido para evitar el cierre mucoso (Ochoa, Reinoso & Molina-Barahona, 2023).

Los tratamientos adyuvantes se pueden utilizar como un complemento para disminuir esta tasa de recurrencia, misma se aplica tanto a tratamientos conservadores y no conservadores, con el propósito de eliminar los posibles restos epiteliales de la pared quística que puedan quedar en el hueso adyacente (Ochoa, Reinoso & Molina-Barahona, 2023). ⁽⁴⁾ Evitando que restos de la

frágil membrana del queratoquiste que quedan alcancen a estimular la reincidencia (Ochoa, Reinoso & Molina-Barahona, 2023; Stoeltinga, 2022).

La Crioterapia como tratamiento adyuvante nos muestra que el mecanismo de acción se basa en provocar la muerte celular mediante la formación extracelular e intracelular de cristales de hielo en combinación con alteraciones osmóticas y electrolíticas (Winters, Garip, Meeus, Coropciuc & Politis, 2023). Con su uso la lesión no muestra signos de sangrado y relativamente tiene una rápida cicatrización, pero tiene como desventaja la formación de necrosis tisular imprecisa y una tasa de recurrencia del 22% (Winters, Garip, Meeus, Coropciuc & Politis, 2023).

Uno de los tratamientos adyuvantes más usados en el pasado es la solución de Carnoy (1 gr de cloruro férrico disuelto en 6 ml de alcohol, 3 ml de cloroformo y 1 ml de ácido acético) (Winters, Garip, Meeus, Coropciuc & Politis, 2023; Selvi, Tekkesin, Cakarer, Isler & Keskin, 2012). Esta solución es un agente cauterizante, que promueve una necrosis química superficial mediante su penetración entre 1 y 1,5 milímetros a través del margen óseo (Ochoa, Reinoso & Molina-Barahona, 2023). La colocación de la solución se debe realizar posterior a la enucleación del queratoquiste, el curetaje y la limpieza del nicho quirúrgico y no debe tener contacto con tejidos circundantes (Ochoa, Reinoso & Molina-Barahona, 2023; Blanas, Freund, Schwartz & Furst, 2000). El tiempo de aplicación de esta solución es durante tres minutos y no debe exceder los cinco minutos, esto para evitar o minimizar los efectos secundarios de neurotoxicidad local, lo cual depende mucho del tiempo de exposición (Ochoa, Reinoso & Molina-Barahona, 2023; Winters, Garip, Meeus, Coropciuc & Politis, 2023; Blanas, Freund, Schwartz & Furst, 2000).

Sin embargo, desde el año 2013 la solución de Carnoy y su uso está prohibido por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (USFDA) tras prohibir el cloroformo, que ha demostrado ser cancerígeno (Winters, Garip, Meeus, Coropciuc & Politis, 2023; USFDA. CFR, 2023). Por lo tanto, se introdujo la solución de Carnoy Modificada con una composición comparable a la solución de Carnoy sin el cloroformo (Winters, Garip, Meeus, Coropciuc & Politis, 2023; Dashow, McHugh & Braun, 2015).

Actualmente el 5-fluorouracilo se introdujo como alternativa, es un quimioterapéutico y su mecanismo de acción se basa en un efecto antimetabolito que altera el ARN celular y provoca apoptosis celular como método de prevenir una eventual recidiva del queratoquiste (Winters, Garip, Meeus, Coropciuc & Politis, 2023; Longley, Harkin & Johnston, 2003). A medida que se comprende mejor la genética implicada en la aparición del queratoquiste odontogénico, se están investigando más hipótesis para atacar genes específicos (Winters, Garip, Meeus, Coropciuc & Politis, 2023). Esta información actualmente solo encontramos estudios in vitro y especulaciones teóricas, pero este tipo de tratamiento presenta oportunidades para el future (Winters, Garip, Meeus, Coropciuc & Politis, 2023; Longley, Harkin & Johnston, 2003). Aunque varios métodos adyuvantes se han presentado para evitar la recurrencia, la crioterapia y la aplicación de 5-fluorouracilo han sido los menos reportados y estudiados, no existiendo muchas coincidencias en

la literatura y siendo estos los tratamientos coadyuvantes que aun deberían ser investigados más profundamente y a la vez compararlos con más estudios para la valoración de la eficacia (Ochoa, Reinoso & Molina-Barahona, 2023).

La recurrencia puede deberse a restos de la frágil membrana del quiste que quedan, así mismo por presencia de micro quistes o los islotes epiteliales, como los que a veces se ven en la pared de tejido conectivo del quiste (Regezi, & Sciubba, 2000; Stoelinga, 2022; Stoelinga, 2022). La literatura menciona que, en los años 1960 y 1970, las tasas de recurrencia reportadas fueron entre el 40% al 60% respectivamente, lo que reflejaba el hecho de que los cirujanos no estaban familiarizados en esa época con la agresividad potencial de esta entidad (Stoelinga, 2022). Así mismo en un estudio llevado a cabo por (Blanas, Freund, Schwartz & Furst, 2000) en el año 2000 indican las tasas de recurrencia reportadas variaron del 17% al 56% cuando sólo se realizó simple enucleación. En este mismo estudio mencionan que si se aplica algún tratamiento complementario como el uso de solución de Carnoy o descompresión antes de la enucleación, las tasas de recurrencia bajaron del 1% al 8,7% (Stoelinga, 2022; Blanas, Freund, Schwartz & Furst, 2000). Mostrando de esta manera que el uso de terapias complementarias durante el tratamiento es útil para disminuir la recurrencia de esta lesión quística.

El uso actual de terapia conservadora en el manejo de Queratoquiste puede ayudar a mejorar el pronóstico de la lesión y causar menor impacto en la calidad de vida del paciente tratado con técnicas conservadoras (Ochoa, Reinoso & Molina-Barahona, 2023). El caso presentado es un claro ejemplo de cómo el uso de técnicas conservadoras descritas en la literatura es beneficioso para el tratamiento de una patología que, pese a ser benigna, requiere un tratamiento radical en ciertas ocasiones.

En forma general, se supone que la mayoría de las recurrencias ocurren en los primeros 5 años, sin embargo, existe una buena cantidad de evidencia científica que indican que las recurrencias tardías pueden ocurrir después de 10 a 25 años (Stoelinga, 2022). Pogrel en su artículo menciona que, entre más tiempo se mantenga el seguimiento, la tasa de recurrencia aumenta, por lo que se concluye que la tasa de recurrencia exacta para el queratoquiste puede establecerse en 20 años de seguimiento (Alonso, Santos, Zeta, González-Alva & Portilla, 2020). Dentro de las limitaciones del caso clínico presentado, se encuentra el corto tiempo del seguimiento hasta la fecha es de 2 años postquirúrgico, ya que se debería realizar un seguimiento más prolongado según nos indica la evidencia actual. Cabe aclarar que la paciente no ha sido dada de alta, sino que se mantiene bajo controles periódicos rutinarios según nos refiere la literatura (Alonso, Santos, Zeta, González-Alva & Portilla, 2020; Stoelinga, 2022)

Las fortalezas de nuestro caso clínico fue contar con diagnóstico confirmatorio histopatológico temprano y los métodos de diagnóstico radiográfico y tomográfico actualizados ya que se logró obtener límites de extensión de la lesión. Con esta información se tomó una correcta decisión terapéutica siguiendo un plan de tratamiento conservador, siendo este el más

adecuado, dándonos buenos resultados a corto y mediano plazo. Los queratoquistes de origen odontogénico continúan siendo un desafío clínico importante y tratar de mantener la calidad de vida del paciente es un pilar fundamental a la hora de tomar decisiones sobre su tratamiento, lo que refuerza el enfoque quirúrgico conservador utilizado en este caso.

CONCLUSIÓN

El manejo del queratoquiste odontogénico, realizado mediante un tratamiento conservador con descompresión seguida de una eliminación quística completa más terapia adyuvante con solución de Carnoy es una gran alternativa, esta técnica no consiste sólo en un cambio físico durante la evolución del queratoquiste, también modifica su comportamiento biológico (Alonso, Santos, Zeta, González-Alva & Portilla, 2020). Es importante considerar que el tratamiento empleado deberá depender de las características de cada paciente y del propio quiste, entre ellos los hallazgos histopatológicos del mismo, su extensión, la localización y las infecciones asociadas a la lesión. El uso de tratamientos conservadores más terapias adyuvantes de forma repetida en una lesión puede hacer menos traumático el manejo de esta patología, al presentar un menor deterioro estético y funcional del macizo facial.

Se recomienda que el personal médico tome en cuenta las publicaciones de series de casos retrospectivos y su propia experiencia para decidir el mejor plan de tratamiento para cada caso (Stoelinga, 2022; Blanas, Freund, Schwartz & Furst, 2000). Con base en la literatura revisada sobre el queratoquiste, se concluye que, por su alta tasa de recurrencia, la simple enucleación representa un riesgo innecesario para el paciente. Es recomendable que se realice una biopsia en todas las lesiones quísticas de la cavidad bucal. En los casos en los que no sea posible realizar una biopsia, y se sospeche de un posible queratoquiste, se recomienda utilizar tratamientos adyuvantes como solución de Carnoy, solución de Carnoy Modificada, 5 Fluoracilo para eliminar restos de epitelio quístico y prevenir futuras recurrencias. En nuestro caso clínico la paciente evolucionó satisfactoriamente, sin complicaciones postoperatorias, lo que subraya la importancia de la planificación quirúrgica cuidadosa y el uso de técnicas actuales para el manejo de esta patología. Este caso demuestra que la intervención quirúrgica oportuna y adecuada siguiendo un método conservador puede lograr una recuperación funcional y estética completa.

REFERENCIAS

- Alonso MA, Santos JE, Zeta CE, González-Alva P, Portilla RJ. Tratamiento con descompresión de un queratoquiste odontogénico. *Rev Odont Mex.* 2020; 24 (2): 124-133.
- Blanas N, Freund B, Schwartz M, Furst J. Systematic review of the treatment and prognosis of the odontogenic keratocyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 2000;90:553–8.
- Chaisuparat R, Yodsanga S, Montaner S, Jham BC. Activation of the Akt/mTOR pathway in dentigerous cysts, odontogenic keratocysts, and ameloblastomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2013; 116 (3): 336-342.
- Dashow JE, McHugh JB, Braun TM, et al. Significantly decreased recurrence rates in keratocystic odontogenic tumor with simple enucleation and curettage using Carnoy's versus modified Carnoy's solution. *J Oral Maxillofac Surg* 2015;73:2132–2135.
- El-Naggar AK, Chan JK, Grandis JR, Takana T, Slootweg PJ. WHO classification of head and neck tumors. 4th ed. Lyon, France: IACR; 2017. 347 p. www.medigrafix.org.mx
- Gupta A, Bansal P, Sharma R, Sharma SD. Treatment of Keratocystic Odontogenic Tumours: A Prospective Study of 30 Cases. *J Maxillofac Oral Surg.* 2016; 15(4): 521-7. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12663-015-0875-1>
- Longley DB, Harkin DP, Johnston PG. 5-fluorouracil: mechanisms of action and clinical strategies. *Nat Rev Cancer* 2003;3:330–338.
- MacDonald D, Gu Y, Zhang L, Poh C. Can clinical and radiological features predict recurrence in solitary keratocystic odontogenic tumors? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2013; 115(2): 263-71. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2012.10.018>
- Ochoa Moreira JA, Reinoso Quezada SJ, Molina-Barahona M. Técnicas para el tratamiento del queratoquiste, revisión de la literatura y presentación de un caso. *Rev Cient Odontol (Lima).* 2023; 11(2): e159
- P. J. W. Stoelinga: The odontogenic keratocyst revisited. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2022; 51: 1420–1423. © 2022. Published by Elsevier Inc. on behalf of International Association of Oral and Maxillofacial Surgeons.
- Pardo S, Retamal F, Romo L, Enucleación secundaria a descompresión o marsupialización para pacientes con queratoquiste. *Rev. Inter. Dent.* 2020; 13(3): 224-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S2452-55882020000300224>.
- Pogrel MA, Jordan RC. Marsupialization as a definitive treatment for the odontogenic keratocyst. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004; 62 (6): 651-655; discussion 5-6.
- R. Winters, M. Garip, J. Meeus, R. Coropciuc, C. Politis, Safety and efficacy of adjunctive therapy in the treatment of odontogenic keratocyst: a systematic review, *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, Volume 61, Issue 5, 2023, Pages 331-336, ISSN 0266-4356, <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2023.04.006>.

- Regezi, J. A., & Sciubba, J. J. (2000). Patología bucal. In Patología bucal (pp. 475-475). Ribeiro Junior O, Borba AM, Alves CA, de Gouveia MM, Coracin FL, Guimarães Júnior J. Keratocystic odontogenic tumors and Carnoy's solution: results and complications assessment. Oral Dis.2012; 18(6): 548-57. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2012.01907.x>
- Selvi F, Tekkesin MS, Cakarer S, Isler SC, Keskin C. Keratocystic Odontogenic Tumors: Predictive Factors of Recurrence by Ki-67 and AgNOR Labelling. Int J Med Sci. 2012; 9(4): 262-8. DOI: 10.7150/ijms.4243
- Singh AK, Khanal N, Chaulagain R, et al. How effective is 5- Fluorouracil as an adjuvant in the management of odontogenic keratocyst? A systematic review and meta-analysis. 2022;60:746–754.
- USFDA. CFR - Code of Federal Regulations Title 21. US Food & Drug Administration, 2023. Available from URL: <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfcfr/CFRSearch.cfm?fr=184.1257%0A>