



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**“TRATAMIENTO CONSERVADOR DE QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO EN PACIENTE ADULTO
MAYOR. REPORTE DE CASO.”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

P.C.D. Diana Erika Durán Sánchez

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. en P. M. B. Víctor Hugo Toral Rizo

REVISORES

M. C. O. Violeta Evelyn Flores Solano

Dr. en C. A. y R. N. Wael Hegazy Hassan Moustafa



TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

ABRIL 2023.



FO

Índice

Marco teórico.....	1
1.1 Definición de adulto mayor o paciente geriátrico	1
1.2 Definición de quiste.....	2
1.2.1 Clasificación de quistes Odontogénicos y no Odontogénicos.....	2
1.2.2 Patogénesis de los Quistes	6
1.3 Quistes del desarrollo.....	8
1.3.1 Queratoquiste Odontogénico	8
1.3.2 Dato histórico.....	11
1.3.3 Reclasificación del QQO	12
1.3.4 Opciones de Tratamiento	12
1.3.5 Características clínicas.....	14
1.3.6 Características radiográficas	15
1.3.7 Características histológicas.....	16
1.4 Diagnósticos diferenciales	17
2. Antecedentes	20
2.1 Definición de marsupialización.....	22
3.Planteamiento del problema.....	26
4. Justificación.....	28

5. Objetivos	31
Objetivo general:.....	31
Objetivos Específicos:.....	31
6. Material y métodos	32
Técnicas y procedimiento.....	32
7. Caso Clínico.....	34
8. Resultados.....	37
9. Discusión.....	44
10. Conclusiones.....	47
11. Implicaciones bioéticas.....	48
12. Anexos.....	52
13. Referencias:	56

MARCO TEÓRICO

1.1 Definición de adulto mayor o paciente geriátrico

La senectud en el ser humano es un proceso progresivo y de adaptación, en la que se puede observar deterioro, relativo de la homeostasis (equilibrio que le permite al organismo mantener un funcionamiento adecuado), esto se debe a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, que se asocian a los cambios referentes a la edad y al desgaste acumulado de los retos que ha enfrentado el organismo en un ambiente determinado a lo largo de la historia de cada individuo. ¹

El estilo de vida ha demostrado tener un impacto significativo en la salud, bienestar y calidad de vida en la vejez, esto incluye: una dieta balanceada, actividad física regular y de acuerdo a la capacidad de cada individuo, así como buen aseo personal, cantidad de horas de sueño suficientes que induzcan la reparación y finalmente actividades que permitan el sano esparcimiento que permitan mantener una alta autoestima. ¹

Cada comunidad en los diferentes países establece libremente cuando arranca o a qué edad se empieza la vida del adulto mayor. En la actualidad, en los países en desarrollo como México el inicio de la vejez los 60 años, mientras que en los países desarrollados esa edad es a los 65 años. La vejez también puede definirse: la construcción social tanto individual como colectiva que determina la manera en que se percibe, reconoce y se actúa en ciertos momentos histórico sociales. ¹

1.2 Definición de quiste

En el proceso de desarrollo dentario se pueden presentar anomalías o inflamaciones, y cuando eso ocurre, puede originarse lesiones quísticas. Existe discusión en cuanto a la definición exacta de “quiste”. La más reconocida por los patólogos orales es “una cavidad patológica delineada por un epitelio y que tiene un material fluido o semifluido”. La importancia de estas lesiones quísticas radica en su alta incidencia en su ubicación anatómica maxilofacial.²

En el caso de los quistes, tanto los de origen odontogénicos, como los no odontogénicos, estos también se encajan en la descripción arriba mencionada, sin embargo, hay entidades como el quiste óseo solitario y el quiste óseo aneurismático, los cuales carecen de revestimiento epitelial y son considerados pseudoquistes.²

1.2.1 Clasificación de quistes Odontogénicos y no Odontogénicos

Se han publicado varias clasificaciones para los quistes en la región anatómica de los maxilares. Entre las clasificaciones más completas se encuentra la escrita por el Doctor Mervyn Shear en su libro de quistes de los maxilares.³ A continuación se describe la clasificación antes mencionada:

Primero se clasifican:

I. Quistes de los maxilares

II. Quistes asociados al seno maxilar

III. Quistes de los tejidos blandos de la boca, cara, cuello y glándulas salivales

A su vez los quistes mandibulares se subdividen en: ³

A. Con revestimiento epitelial

B. Sin revestimiento epitelial

Los quistes con revestimiento epitelial pueden ser: ³

1. Origen de desarrollo

2. Origen inflamatorio

Los quistes denominados como del desarrollo son:

(a) Odontogénico, es decir, derivado de tejido odontogénico

(b) No odontogénico, es decir, quistes que surgen del ectodermo involucrado en el desarrollo de los tejidos faciales. ³

Por lo anterior, la clasificación con entidades es la siguiente:

I. Quistes de los maxilares

A. Quistes revestidos de epitelio

1. Origen del desarrollo

(a) Odontogénico: ³

- i. Quiste gingival del recién nacido
- ii. Queratoquiste odontogénico
- iii. Quiste dentífero
- iv. Quiste de erupción
- v. Quiste gingival del adulto
- vi. Quiste periodontal lateral del desarrollo
- vii. Quiste odontogénico botrioide
- viii. Quiste odontogénico glandular
- ix. Quiste odontogénico calcificante

(b) No odontogénico:³

- i. Quiste del rafe palatino medio del recién nacido
- ii. Quiste del conducto nasopalatino
- iii. Quiste nasolabial

2. Origen inflamatorio:³

- i. Quiste radicular, apical y lateral
- ii. Quiste residual
- iii. Quiste paradental y quiste paradental juvenil
- iv. Quiste colateral inflamatorio

B. Quistes no revestidos de epitelio:

1. Quiste óseo solitario

2. Quiste óseo aneurismático

II. Quistes asociados al seno maxilar:

- 1 Mucocele

- 2 Quiste de retención

- 3 Pseudoquiste

- 4 Quiste maxilar posoperatorio

III. Quistes de la región de tejidos blandos de la cavidad bucal, cuello y cara: ³

1. Quistes dermoides y epidermoides

2. Quiste linfoepitelial (branquial)

3. Quiste del conducto tirogloso

4. Quiste lingual medio anterior (quiste intralingual de origen del intestino anterior)

5. Quistes orales con epitelio gástrico o intestinal (quiste oral del tracto digestivo)

6. Higroma quístico

7. Quiste nasofaríngeo

8. Quiste tímico

9. Quistes de glándula salival: quiste de extravasación mucosa; quiste de retención mucosa; ránula; enfermedad poliquística (disgenética) de la parótida

10. Quistes parasitarios: quiste hidatídico; cisticercosis; triquinosis

El libro más reciente de la Organización Mundial de la Salud de la clasificación de tumores de cabeza y cuello, publicó la siguiente clasificación de quistes: ⁴

1. Quistes odontogénicos de origen inflamatorio
2. Quiste radicular
3. Quistes colaterales inflamatorios
4. Quistes del desarrollo odontogénicos y no odontogénicos
5. Quiste dentífero
6. Queratoquiste odontogénico
7. Quiste periodontal lateral y quiste odontogénico botrioide
8. Quiste gingival
9. Quiste odontogénico glandular
10. Quiste odontogénico calcificante
11. Quiste odontogénico ortoqueratinizado
12. Quiste del conducto nasopalatino

1.2.2 Patogénesis de los Quistes

El concepto de quistes odontogénicos hace referencia a entidades provenientes de la estimulación y proliferación de restos epiteliales que están presentes en los maxilares posteriormente a la odontogénesis.⁵

En la formación de quistes odontogénicos podemos reconocer estos grupos de restos epiteliales:⁵

- Restos de Malassez, localizados en la membrana periodontal derivados de la vaina de Hertwing,
- Del epitelio que cubre la corona de un diente conocido como epitelio reducido del órgano del esmalte, estructura que se forma posterior a la amelogénesis;
- Residuos del epitelio de la lámina dental en los maxilares, posterior a la formación del órgano del esmalte y,
- Finalmente, la degeneración del epitelio superficial a nivel de capa basal.

Se han propuesto formas de crecimiento en las lesiones quísticas, a continuación, se enlistan algunas teorías:⁵

- Multiplicación de células epiteliales que confieren un crecimiento hacia la capsula (Crecimiento mural);
- La lesión quística al producir fluidos genera presión osmótica dentro de la cavidad, lo que ocasiona distensión de las estructuras adyacentes;
- El crecimiento de un quiste se puede ver influenciado por estimulación de enzimas que promueven la reabsorción ósea.

Clínicamente, las manifestaciones de un quiste dependen del tamaño que alcance. Al ser muy pequeños no habrá signos clínicos que indiquen su presencia. Comúnmente estas lesiones son descubiertas en un examen radiológico de rutina. Al tener la presencia de quistes radiculares inflamatorios muy pequeños, y observamos una pieza desvitalizada o resto radicular puede sugerirnos la posibilidad de una lesión apical. Cuando hay un crecimiento considerable se presenta expansión de las corticales, comúnmente la vestibular. ⁵

En un estadio precoz la expansión ósea se presenta dura e indolora, cuando crece más el quiste, la parte central de la convexidad del hueso se adelgaza y puede estar deprimida debido a la presión; así mismo la pared ósea puede fragmentarse, y el sonido que produce ha sido descrito como el de una “cáscara de huevo rompiéndose”, este signo corresponde a la crepitación. ⁵

Cuando la lesión queda bajo la mucosa a la palpación fluctúa, esto se debe a que desaparece la cortical ósea. Al abrirse el quiste a la cavidad oral es frecuente que exista una infección secundaria de los tejidos blandos. Esta serie de eventos es comúnmente observada en el quiste radicular y el dentígero, pero a menudo el queratoquiste no abomba las corticales, pero si se llega a infectar y a fistulizarse. ⁵

1.3 Quistes del desarrollo

1.3.1 Queratoquiste Odontogénico

La definición de queratoquiste odontogénico fue introducido por Phillipsen en 1956. También otros quistes pueden presentar queratinización, como lo son: el radicular, residual, no odontogénicos, dermoides y dentígeros, el queratoquiste (QQO) tiene características que lo hacen ser una entidad patológica diferente y esto se origina a partir de la lámina dentaria. ⁶

De todos los quistes de los odontogénicos en la región maxilofacial, el QQO muestra aproximadamente un 10% del 100% de quistes en esta zona, este quiste afecta entre la 2a y 3a década de la vida, afectan más a hombres en una proporción de 2:1, se ubican más frecuentemente en la zona del tercer molar, en el ángulo y rama de la mandíbula. ⁶

A la exploración clínica se va a presentar como un aumento de volumen que compromete una tabla ósea (lingual en la mandíbula y vestibular en la maxila), pero su hallazgo radiográfico es más común en un examen de rutina. Gracias a la dirección de crecimiento, que es mesiodistalmente y viceversa, el QQO es posible que adquiera un tamaño de varios centímetros, considerándose lesiones grandes en algunos casos. ⁶

La tendencia a recidivar es una de sus principales características del QQO. Esta característica se les atribuye a los quistes satélites en la cápsula, así como a la interfaz entre el epitelio y el tejido conectivo, la cual es plana y por la ausencia de clavav epiteliales, el epitelio quístico se desprende y puede permanecer en la zona afectada causando la recidiva finalmente, a la capacidad proliferativa del epitelio que reviste al QQO. ⁶

Gracias a que las técnicas de cirugía han mejorado ostensiblemente, y en gran parte se debe a la solución de Carnoy, la tendencia a recidivar de estas lesiones ha disminuido su porcentaje, de esta forma, ella única condición en la que se siguen presentado niveles altos de recidiva es cuando se realiza sólo la enucleación de la lesión. ⁶

Radiográficamente el QGO puede aparecer como una zona radiolúcida, redonda u ovoidea, con un borde bien delimitado o festoneando; las lesiones multiloculares también son frecuentes y pueden ser muy extensas. De la misma manera, el QGO puede impedir la erupción de una pieza adyacente y esto nos da la apariencia de un quiste dentígero. ⁶

Criterio para el diagnóstico del Síndrome de Carcinoma Nevoide de Células Basales (SNBC), también llamado Síndrome de Gorlin:

El diagnóstico se basa en la presencia de por lo menos dos criterios principales o uno principal y dos menores:

Se han propuesto los siguientes Criterios: Mayores ⁶

- Dos o más Carcinomas basocelulares (CBC) o un paciente menor de 20 años que presente un CBC
- Múltiples Queratoquistes, confirmados anatomopatológicamente
- Más de tres fositas (pits) palmares o plantares
- A nivel de la hoz del cerebro calcificación de tipo bilaminar
- Costillas bífidas, fusionadas o evidentemente expandidas
- Antecedente familiar de primer grado con SNBC

Criterios menores: ⁶

- Macrocefalia diagnosticada con ajuste de la edad
- Hipertelorismo moderado a severo, facies ancha, prominencia frontal, hendidura labial o palatina, que son consideradas malformaciones congénitas.
- Otras alteraciones esqueléticas: deformación de Sprengel, deformación pectoral, sindáctila
- Anormalidades radiográficas: puente en silla turca, anomalías vertebrales como hemivertebbras, fusión o elongación de los cuerpos vertebrales, defectos en manos y pies, o radiolucides +en las manos o pies.
- Fibroma de ovario
- Meduloblastoma

1.3.2 Dato histórico

El QGO fue clasificado como Tumor queratoquístico odontogénico (TQO) en el año 2005, y en el 2017 esta entidad nuevamente fue catalogada como queratoquiste odontogénico (QGO), ya que se caracteriza por un revestimiento delgado y regular de epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con células basales hipercromáticas en empalizada. ⁷

La razón de llamar tumor al QGO se debe a sus características únicas que comprenden su comportamiento localmente agresivo, a su alta tasa de recurrencia y su tendencia a multiplicarse.⁸

La recurrencia se produce tras usar métodos de tratamiento inadecuados, cuando no se elimina completamente el quiste, o las islas epiteliales que aparecen después de la enucleación, su alto índice mitótico de las células epiteliales, el gran tamaño del quiste y localización de la lesión asociada a difícil acceso quirúrgico.⁹

1.3.3 Reclasificación del QGO

Al creer que el origen de la lesión era el primordio del diente, inicialmente fue denominado erróneamente como “quiste primordial”. En el año 1992, la tipificación histológica de los tumores odontogénicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) enlista el término queratoquiste odontogénico como el válido para denominar este quiste. Para la nueva clasificación del 2005 de la lesión se basaron en su comportamiento clínico, en su alto porcentaje de recurrencia, en su asociación con el Síndrome del Carcinoma Nevoide de Células Basales, en sus características histológicas, así como el descubrimiento de anomalías genéticas.⁹

1.3.4 Opciones de Tratamiento

Las diferentes opciones para el tratamiento del QGO incluyen:

- a) Procedimientos quirúrgicos mínimos como la enucleación, el curetaje y la marsupialización
- b) Tratamientos quirúrgicos radicales o agresivos como osteotomía periférica, la resección en bloque o la hemimandibulectomía
- c) Otras propuestas incluyen la combinación de estos procedimientos quirúrgicos con tratamientos físicos como la descompresión, tratamientos térmicos como la criocirugía y tratamientos químicos mediante la aplicación de solución de Carnoy.

El tratamiento tiene como objetivo eliminar la lesión por completo, evitar la posibilidad de cualquier recurrencia y disminuir la morbilidad del paciente. ⁹

El tratamiento ha evolucionado con el objetivo de mejorar las técnicas quirúrgicas utilizadas para tratar esta lesión debido a la conducta expansiva y destructiva que puede presentar, además de los elevados índices de recidiva, los cuales varían entre 25 al 62,5% de los casos reportados. ¹⁰

Es esencial que el componente epitelial del quiste sea removido completamente para reducir el índice de recidiva, sin embargo, tratar quirúrgicamente con un procedimiento agresivo (necesario en algunos casos), trae consigo inúmeras modificaciones físicas, como son las faciales (estéticas), bucales (pérdida de órganos dentarios, infecciones e incluso parálisis facial) y repercute de forma importante en las funciones del sistema estomatognático (fonación y deglución). Estas complicaciones se pueden minimizar con el uso de la

marsupialización combinada con la enucleación secundaria, como recomiendan algunos autores. ¹¹

1.3.5 Características clínicas

La lesión del queratoquiste odontogénico es asintomática, de larga evolución, aumenta de tamaño de forma progresiva en un amplio espacio de tiempo (años), característicamente el crecimiento del quiste no provoca destrucción y de igual forma no altera la mucosa y la epidermis. Al momento de la palpación, en el examen clínico, se puede percibir y escuchar la crepitación de la cortical adelgazada por el queratoquiste. Esta lesión quística muestra prevalencia aumentada entre la segunda y tercera década de la vida y se ha reportado un segundo grupo de edad con mayor frecuencia, este se encuentra entre la quinta década, cerca del 50 al 75% de los casos debutan en el ángulo mandibular, extendiéndose a la rama y al cuerpo, pero otros autores señalan que el 65% de los queratoquistes tienen predilección por la región del último molar y la rama de la mandíbula. ¹²

A la exploración clínica se observa como un aumento de volumen que compromete una tabla ósea (lingual en la mandíbula y vestibular en el maxilar superior), puede alcanzar grandes dimensiones debido a que presenta una característica singular en su forma de crecimiento, el cual se presenta antero-posteriormente, sin expansión considerable de las corticales vestibular, lingual o

palatina, lo representa un avance de la lesión dentro del espacio que corresponde a la medula ósea de la mandíbula, principalmente. Generalmente estos quistes se caracterizan por su lenta evolución; cuando el tamaño que han desarrollado es muy grande presentan tumoración y dolor. ¹²

El QGO puede estar relacionado con la agenesia dentaria, principalmente del tercer molar, en la mayoría de los pacientes se presentan entre los 21 a 30 años de edad y en más del 50% de los casos están asociados con terceros molares impactados; cuando se localizan en el maxilar, difieren de los quistes mandibulares que se presentan en grupos de edades más avanzadas, alcanzan un menor tamaño y que recurren con menor frecuencia. ¹²⁻¹³

Esta patología ha sido estudiada por autores¹⁴ y reportan que el QGO es mayormente prevalente en el sexo masculino que en el femenino y en la mandíbula más que en la maxila.¹⁴

Cuando esta entidad se observa en niños y como lesiones múltiples, puede estar asociada al Síndrome de Carcinoma Nevoide de Células Basales; este síndrome muestra alteraciones dermatológicas, entre estas podemos destacar: fosis queratósicas en palmas de las manos y plantas de los pies, también se presentan múltiples carcinomas de células basales, otra alteración asociada a este síndrome son las costillas bífidas; así como alteraciones metacarpianas vertebrales.¹⁵

1.3.6 Características radiográficas

La imagen radiográfica de un queratoquiste varía entre una lesión unilocular (o más común) y lesiones multiloculares (raro), bien delimitadas con borde radiopaco.

En aproximadamente del 25-40% de los casos se encuentra asociado con una pieza dental, la cual permanece retenida en el hueso (impactada) y que por consiguiente no puede erupcionar, cuando la lesión se concentra en esta región del folículo dental, se han nombrado como “queratoquistes foliculares” y algunos otros autores lo han descrito como “queratoquistes odontogénicos en posición dentígera”. Comúnmente del 60 al 80% de los casos de QGO se presenta en mandíbula en el área molar y mandibular, crecen en dirección antero posterior dentro de la cavidad medular del hueso hacia la rama mandibular sin causar una marcada expansión de tabla ósea. ¹⁶

Aunque el aspecto radiográfico de ésta lesión puede variar, habitualmente se puede presentar con un área radiolúcida unilocular o multilocular, con límites bien definidos y con o sin la presencia de un aro esclerótico periférico. ¹⁷

Las lesiones de QGO se pueden confundir con quistes dentígeros, lesiones multiloculares similares a ameloblastomas, quistes residuales, quistes periodontales laterales y hasta quistes radiculares, debido a su parecido radiográficamente. ¹⁷

1.3.7 Características histológicas

Histológicamente, el QGO posee en una cavidad patológica revestida por epitelio escamoso estratificado fino, con una camada superficial paraqueratinizada

y corrugada, además la unión del epitelio con el tejido conectivo es plana, o sea, sin clavos epiteliales. Las células basales presentan núcleos en palizada, polarizados, e hiper cromáticos. Existe una variante ortoqueratónica, la cual es poco común, caracterizada por tener un revestimiento epitelial delgado, con una capa granulosa y otro estrato muy espeso de ortoqueratina no corrugada, células basales poco evidentes y lumen generalmente lleno por un material compatible con queratina. ¹⁸

Histológicamente la organización del queratoquiste muestra una zona de transición entre la capa basal y el tejido conectivo de forma plana, esto permite con mayor facilidad el desprendimiento del epitelio de la cápsula quística. Otro aspecto histológico es la posibilidad de que en varias zonas de una misma lesión se puedan ver áreas superficiales ortoqueratónicas y/o paraqueratónicas. Estos cambios histológicos han excitado a la comunidad científica a postular comportamientos clínicos basados en las alteraciones histológicas distintas, ejemplos de estos son; queratoquiste odontogénico paraqueratinizado y queratoquiste odontogénico ortoqueratinizado, basándose en los aspectos histológicos. ¹⁸

1.4 Diagnósticos diferenciales

Quiste Dentígero: frecuentemente el quiste dentígero de tipo uniuístico y sólido, siempre se asocia a la corona de un diente en desarrollo o sin erupcionar, está adherido a la porción cervical del diente. ¹⁹

Ameloblastoma: debido a su histopatología se aprecia polarización de las células alrededor de nidos de las islas odontogénicas, muy parecidas a las del órgano del esmalte, en donde centralmente se distinguen células que pierden su organización y simulan el retículo estrellado de este órgano. Otro aspecto importante es la gemación de las células tumorales. En ocasiones las células forman islas, en otras se organizan como una red epitelial, incluso las células centrales tumorales pueden presentar citoplasmas con granulaciones. ¹⁹

Tumor Odontogénico Adenomatoides: aparece en la segunda década de la vida, más en mujeres que en hombres, está relacionado a un diente retenido, con más frecuencia se localiza en la zona anterior de la mandíbula y la maxila. ¹⁹

Fibroma Ameloblástico: esta lesión es más frecuente en niños (12 años) y adultos jóvenes (40 años) aproximadamente. Es una lesión lobulada que está rodeada de una cápsula fibrosa. El tumor está formado por tejido conectivo laxo de aspecto mixoide, lo que simula pulpa dental. Radiográficamente es una entidad que se puede presentar mixta (radiolúcida y radiopaca). En esta entidad tanto el epitelio, como el mesénquima son neoplásicos. ¹⁹

Quiste óseo aneurismático: es de etiología desconocida, aunque la mayoría no presenta cubierta epitelial, por lo que no se clasifica como un quiste verdadero. Ocasionalmente presenta sangre o un líquido serosanguinolento.

Histológicamente pueden reconocerse osteoclastos pequeños, tipo células multinucleadas, que rodean a los dientes y son una cavidad vacía. ¹⁹

Granuloma Central de Células Gigantes (LCCG): es un quiste solitario, radiolúcido, se observa con frecuencia en niños y adultos jóvenes y más en la mandíbula, anterior a los molares, afecta más a mujeres que a hombres. Anatomopatológicamente la LCCG está formada la proliferación de células fusiformes que corresponden a fibroblastos, estos inmersos en un estroma con diversos grados de colágeno. Además, se aprecian múltiples vasos de pequeño calibre, hemosiderina que puede estar siendo fagocitada por macrófagos y a nivel del tejido conectivo pueden ocasionalmente aparecer células gigantes multinucleadas, en varias áreas o agrupadas alrededor de los vasos. ¹⁹

Quiste periodontal lateral: localizado lateral a la raíz de un diente o adyacente, más frecuente es en la zona premolar y canina, aunque también se ha observado en la zona incisiva; está cubierto por epitelio no queratinizado. ¹⁹

Por su similitud en la edad de aparición, recurrencia, sitio de predilección, tasa de recurrencia y características radiográficas, se puede hacer también diagnóstico diferencial con Ameloblastoma y Quiste Dentígero. Otros diagnósticos que pueden ser considerados en el diagnóstico diferencial son lesiones vasculares, lesiones óseas tumorales benignas y malignas. En muy raras ocasiones los carcinomas con poca capacidad de metástasis, pueden manifestarse de forma radiográfica similar a la descrita del QGO. ¹⁹

ANTECEDENTES

En el 2019 Fidele y cols,²⁰ hizo un reporte de 35 casos de Manejo del queratoquiste odontogénico mandibular mediante resección radical, donde el presente estudio informó los resultados clínicos de 35 pacientes con queratoquistes odontogénicos mandibulares (CCO) después del tratamiento mediante resección radical y reconstrucción inmediata del defecto. Entre 565 pacientes con queratoquiste odontogénico que fueron tratados entre abril de 2003 y mayo de 2015, 35 pacientes se sometieron a mandibulectomía segmentaria o marginal. El uso de la resección radical se basó en la evidencia clínica y / o radiográfica de tamaño, perforación cortical y posterior afectación de tejidos blandos, y en la historia de recurrencia previa de la misma lesión. Se evaluaron sistemáticamente la recurrencia, las justificaciones del principal factor de resección y los resultados funcionales y estéticos de los pacientes después de la reconstrucción mandibular.

En el 2019 se hizo un protocolo a propósito de un caso de Queratoquiste odontogénico, donde se observó que el queratoquiste odontogénico adquiere un comportamiento agresivo y recurrente, por lo que, un diagnóstico temprano y el manejo correcto de esta entidad evita la aparición de compromiso estético y funcional del macizo cráneo facial, también se expusieron sus aspectos clínicos-histopatológicos de un paciente con queratoquiste odontogénico y se concluyó que es importante el diagnóstico precoz de esta patología que posee un comportamiento agresivo y gran capacidad de destrucción ósea. En todos los

casos de lesiones odontogénicas el seguimiento a largo plazo es importante, de mayor relevancia en casos como el QGO que muestra altos niveles de recidiva.²¹

En el 2015 se hizo la revisión de la etiología, patogenia y tratamiento de Tumores queratoquísticos odontogénicos, donde se concluyó que, con el carácter histológico, la patogenia y los factores que influyen en la recurrencia, el tratamiento de las queratoquistes odontogénicos hoy en día debe centrarse en los siguientes principios:²²

1. Diagnóstico adecuado.
2. Tratamiento conservador en la medida de lo posible.
3. Uso de adyuvantes como la solución de Carnoy manteniendo el tiempo crítico de exposición cerca de estructuras vitales.
4. Uso de criocirugía cuando esté disponible.
5. Seguimiento a largo plazo durante al menos 5 años.
6. Repita la cirugía si es necesario

En el 2014 se hizo un artículo de Aparición inusual de QGO en forma de desarrollo de un quiste odontogénico, debido a sus características histopatológicas específicas, a su comportamiento biológico agresivo y un alto grado de recurrencia. La localización más frecuente del queratoquiste odontogénico es el cuerpo posterior de la mandíbula y la rama. El QGO muestra a menudo un área radiolúcida bien definida con márgenes lisos y escleróticos mientras que una gran lesión puede aparecer multilocular. En relación al tratamiento se han reportado

múltiples opciones, entre ellas: la marsupialización, la descompresión y la enucleación, estos casos se consideran tratamientos conservadores. En otros pacientes la terapéutica es más agresiva y puede consistir en cortes de tejido óseo periférico o resección en bloque mandibular, para esto se requieren equipos rotatorios, adicionalmente se puede colocar solución de Carnoy, en la literatura se ha reportado también el uso de nitrógeno líquido en el lecho quirúrgico para disminuir la recidiva. La erradicación del quiste y la reducción de los riesgos de recurrencia y morbilidad de la cirugía son los objetivos principales de todas las técnicas.²³

2.1 Definición de marsupialización

Algunas lesiones quísticas alcanzan grandes dimensiones, por lo que se busca disminuir el volumen de la lesión, a través de métodos conservadores. Un método conservador es la marsupialización y la descompresión. La técnica de descompresión tiene como objetivo, en primer lugar; que la lesión no continúe creciendo. Con la descompresión se elimina la presión osmótica dentro de los quistes e impide su crecimiento. El fenómeno de descompresión puede estimularse con una aspiración del contenido del quiste o en su caso, generando una abertura que transforme la cavidad cerrada en una “bolsa”, con esto, se comunica el interior del quiste con el medio bucal (marsupialización: del griego marsupial- bolsa). Dependiendo de la localización de los quistes en los maxilares, la marsupialización puede generarse hacia la cavidad nasal o seno

maxilar, si la lesión se ubica en el maxilar; y hacia la cavidad bucal, en caso de que la lesión se encuentre en la mandíbula. ¹⁷

Esta terapéutica basada en la descompresión y marsupialización data desde la recta final del siglo XIX, siendo publicada por Partsch en Alemania. En aquellos tiempos, la modalidad de tratamiento era simple enucleación, recordemos que en estos momentos no se contaba con antibiótico, por lo que se presentaban complicaciones como infecciones locales y dehiscencias. Con la llegada de la era antibiótica y la colocación de sutura, el procedimiento de enucleación disminuyó en complicaciones y volvió rutina este tratamiento de estos quistes. ²⁴

En la práctica clínica, la marsupialización consiste en la abertura de aproximadamente un centímetro de diámetro, y se busca que la mucosa se pueda suturar a la pared quística. Esta abertura que se forma debe estar en comunicación con el medio interior de la lesión quística con la cavidad bucal, para esto se pueden utilizar artefactos como el “sten” y/o gasas que taponen sin cerrar la abertura. Las lesiones marsupializadas en la región mandibular pueden cerrarse con mayor facilidad que en el maxilar. El seguimiento de la marsupialización se debe realizar con la limpieza por irrigación con clorhexidina diaria de por lo menos dos veces al día. En algunas ocasiones esta técnica puede tener como resultado la completa involución de la lesión y esto se puede conseguir en algunos meses. En la mayoría de los casos con este protocolo la lesión reduce considerablemente su tamaño, lo que permite realizar una enucleación completa en un periodo entre 10 y 12 meses. ^{17, 20, 24}

En el acto quirúrgico de eliminación de la lesión, la cápsula de un quiste marsupializado se muestra engrosada y presenta menos adherencias al tejido óseo, en aproximadamente 60% de los casos sometidos a este procedimiento las características histológicas del queratoquiste se modifican considerablemente, siendo negativo en la inmunohistoquímica para citoqueratina. Las modificaciones que sufre el queratoquiste sometido a este tratamiento, consisten en una metaplasia epitelial y/o la forma de crecimiento de la mucosa oral.²⁴

El porcentaje de recidiva descrito en la literatura con esta técnica es menor al 10%. La selección del paciente como candidato para este tratamiento debe ser realizada cuidadosamente, pues el paciente tiene una gran responsabilidad al ser instruido para realizar los lavados de la cavidad durante todo el tiempo que dure el tratamiento. Los casos que no presentan éxito con esta técnica, generalmente corresponden a casos de queratoquiste multiloculares, en donde algunas cavidades no son marsupializadas. La forma de evitar un fracaso por esta característica multilocular es; realizar la eliminación minuciosa de los tabiques al momento del acto quirúrgico.²⁴

Desventajas

- Dos intervenciones.
- Permanencia de aditamentos (cánula o Stent) por un periodo de varios meses.
- Seguimiento por meses con lavados en cada cita.

Ventajas

- Facilita la eliminación de la lesión por el engrosamiento de la cápsula.
- Disminución del tamaño de la lesión (menor riesgo de lesión de estructuras y de fractura).
- Menor tasa de recidiva.²⁴

Uno de los principales riesgos en los quistes odontogénicos es la transformación maligna que estos puedan sufrir. Algunos autores han reportado que el 70% de carcinomas interóseos primarios se originan en un quiste odontogénico.²⁵ En el caso específico del QO se atribuye su comportamiento biológico agresivo por la alta recidiva que estos casos pueden presentar. Se han reportado menos de 20 casos de QO con transformación maligna. En un artículo se reportó que el 0.4% de casos correspondieron a un carcinoma en QO, estudio que analizó 10 años de muestras de un laboratorio.²⁵ El promedio de edad de la transformación maligna asociada a QO se ha reportado entre los 45.1 años de edad y la región posterior mandibular ha sido la más frecuente.²⁶

Los pacientes adultos mayores pueden presentar lesiones odontogénicas del mismo modo que el resto de la población, sin embargo, presentan comorbilidades frecuentes a la edad de cada caso que pueden dificultar el tratamiento. En el caso específico de cirugía maxilofacial los pacientes pueden tener: disminución de la capacidad de comprensión (funcional), enfermedades asociadas a la edad (diabetes, hipertensión, artritis, etc) y por estas causas deben ingerir múltiples medicamentos, todo esto puede generar complicaciones en el acto quirúrgico, como difícil acceso para la intubación, sangramiento excesivo y pueden ser

susceptibles a fracturas.²⁷ Por lo anterior, establecer tratamientos conservadores que eviten actos quirúrgicos mayores, que requieran hospitalización ayudaría a esta población en el pronóstico de lesiones quísticas (grandes) o tumorales en la región maxilofacial.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El queratoquiste odontogénico (QO) tiene prevalencia relativamente alta, originado a partir de los remanentes tisulares de la lámina dental.

El QO es considerado como una de las lesiones odontogénicas más agresivas. Tiene un gran potencial expansivo, presenta un patrón de crecimiento anteroposterior dentro del hueso, de tipo medular y singularmente no destruye de manera inmediata la cortical ósea, esto provoca que el paciente no se percate de la presencia de la lesión, hasta que esta adquiere grandes dimensiones, por este motivo el diagnóstico se realiza de forma tardía. Esta entidad presenta sintomatología cuando las lesiones adquieren gran tamaño, pudiendo presentar dolor, expansión de corticales y en casos graves fractura patológica, parestesia y sobre infección de la lesión. Radiográficamente se puede observar como una imagen unilocular o multilocular con márgenes suaves o corticalizados. En un 25-40 % de los casos, suele haber un diente no erupcionado en relación con la lesión. Algunos casos pueden causar desplazamiento de dientes no erupcionados, desplazamiento de restos radiculares, reabsorción radicular y la extrusión dental.

El estudio histológico presenta a nivel de la cápsula un tejido conectivo denso que parcialmente puede separarse del epitelio quístico, sin proceso inflamatorio. Y de forma interna el quiste está revestido por epitelio plano estratificado de 2-4 capas de células.

Las diferentes opciones para el tratamiento del QO incluyen tratamientos quirúrgicos conservadores como la enucleación, el curetaje y la marsupialización o

tratamientos quirúrgicos radicales o agresivos como osteotomía periférica, la resección en bloque o la hemimandibulectomía.

El tratamiento del QOO pretende eliminar la totalidad de la lesión, tratando de evitar en todo momento la posibilidad de recidiva y minimizar la morbilidad del paciente.

Por lo tanto, la pregunta de investigación es:

¿Existe una alternativa de tratamiento conservador para un paciente adulto mayor con diagnóstico de Queratoquiste Odontogénico?

JUSTIFICACIÓN

Es un caso clínico de un Queratoquiste Odontogénico que se marsupializó en un paciente masculino de edad avanzada, en el que se conservaron todos los órganos dentarios (con la ayuda del tratamiento de conductos), que afectaba la lesión. Se hizo el seguimiento del paciente durante 3 años. Se conservó la mayor cantidad de tejido en una lesión agresiva, sin necesidad de realizar un tratamiento secundario.

Este trabajo servirá a todo el gremio odontológico que atienda pacientes adultos mayores con este tipo de lesiones, que no desean perder órganos dentarios ni tejidos orales; con el requisito de que sean pacientes cooperadores. Y Odontólogos en general, por sus características de la lesión y porque generalmente se descubren en un examen radiográfico de rutina.

En el tratamiento conservador de Queratoquiste Odontogénico que es una lesión que tiene un comportamiento clínico agresivo y mayor tendencia a recidivar.

En tiempos de odontología conservadora una lesión agresiva puede ser tratada sin sacrificar órganos dentarios, ya que el tratamiento radical está asociado con numerosas complicaciones estéticas y funcionales, incluyendo deformidad facial, pérdida dental, infecciones y hasta parálisis facial. Opciones terapéuticas como la descompresión con drenaje, la cual requiere de citas continuas con la toma de radiografías en cada una. Por otro lado, realizar solo marsupialización, sin usar la enucleación como tratamiento secundario, también es una alternativa para el manejo conservador.

Para los Odontólogos que atienden pacientes mayores de edad que tengan esta lesión, ya que son asintomáticas, pero este quiste puede alcanzar grandes dimensiones y presentar alto índice de recidiva. La combinación de marsupialización y descompresión permite disminuir el riesgo de complicaciones.

Es importante por lo anterior describir una alternativa de tratamiento conservador para eliminar la lesión de Queratoquiste Odontogénico por completo, evitando la posibilidad de cualquier recurrencia y disminuir la morbilidad del paciente.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Documentar una alternativa de tratamiento conservador de un paciente adulto mayor con diagnóstico de Queratoquiste Odontogénico

Objetivos Específicos:

1. Describir la técnica de marsupialización en un caso de QOO en pacientes adulto mayor.
2. Conocer las características clínicas, radiográficas e histopatológicas del QOO.
3. Tratar una lesión de QOO cuidando la estética, funcionalidad, evitando la pérdida dentaria, infecciones y parálisis facial.
4. Dar seguimiento al paciente

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Caso clínico

Material e instrumentos: para la realización de este caso clínico será necesario: espejo intraoral, sonda de exploración convencional, sonda periodontal, carpulle, abrebocas, separador de Minnesota, bisturí, legbras, periostótomos, tijeras de cirugía rectas y curvas, lima para hueso, pen rose, sutura, anestesia, gasas. Además de historia clínica y documentación radiográfica y fotográfica del caso.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO

Se realizó la marsupialización /descompresión de un caso de QGO, esta técnica^{12, 17, 21, 24} se refiere cualquier tratamiento que permita eliminar la presión dentro de una lesión, con la finalidad de establecer una comunicación entre la luz del quiste y la cavidad oral.

A continuación, se describe la técnica de marsupialización:

1. Elaboración de Historia Clínica
2. Pedir estudios de imagen (radiografía panorámica)
3. Realizar asepsia y antisepsia
4. Colocar anestesia local
5. Realizar punción de la lesión, para determinar las características de su contenido

6. Cuando un órgano dentario esté involucrado se recomienda su extracción
7. Hacer una incisión mucoperióstica contorneante en media luna o por debajo de la encía libre, para acceder a la tabla ósea vestibular
8. Realizar una ventana quirúrgica y eliminar esa porción de tabla ósea junto con una porción de membrana quística, dejando el remanente de la misma en la cavidad ósea
9. Irrigar con solución fisiológica y clorhexidina al 0,12%
10. Introducir una gasa impregnada con ungüento antibiótico
11. Realizar una sutura continua simple para fijar la membrana quística a la mucosa bucal
12. Dar indicaciones postoperatorias
13. Recetar antibiótico y analgésico
14. Enviar la muestra obtenida para su estudio histopatológico
15. Se darán citas periódicas de control para revisar que la cavidad siga abierta y drenando queratina
16. A los 2 meses se realizará la valoración auxiliándonos de una radiográfica panorámica
17. El seguimiento se hará primero cada 3 meses en dos ocasiones y posteriormente cada 6 meses.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 61 años de edad, acude a consulta en 2016 orientado, consiente, con buen semblante y con edad similar a la cronológica. Llega a la consulta por primera vez refiriendo movilidad dental, facultativo lo valora y establece el diagnóstico de enfermedad periodontal grado 3, por lo que realiza curetaje abierto.

Al realizar el interrogatorio de antecedentes patológicos, no patológicos, alérgicos, heredofamiliares, quirúrgicos y de hábitos no se registra nada relevante para el caso. El paciente refiere que fue multitratado por tres odontólogos, los cuales prescribieron antibióticos; no especifica cuales antibióticos ingirió, solo refiere que eran penicilinas. Además, refiere que fue sometido a tres sesiones de odontoxesis, y un curetaje abierto, sin mostrar mejoría ante la movilidad dentaria en los tres meses de tratamiento.

Al examen clínico extraoral no se observan alteraciones en tejidos blandos ni duros de la región de cabeza y cuello. En la exploración clínica bucal se observan mucosas hidratadas, de color rosa pálido sin alteraciones en las mismas. El paciente presenta ausencias dentales de los cuatro incisivos superiores, del segundo premolar superior izquierdo y del primer molar inferior derecho. También se observa ausencia de los terceros molares inferiores, a lo que el paciente cuenta que nunca le fueron extraídos, por lo que se concluye que presenta agenesia de estos órganos dentarios. Clínicamente a nivel vestibular de los dientes anteriores inferiores se observa retracción gingival. En fondo de saco a nivel del 43 y hasta

el 35 se observa discreta expansión de cortical vestibular y mal posición dental en región mandibular anterior, al examen clínico intraoral presenta movilidad grado 3 en O. D. 33 y 32, al sondeo no se identificaron bolsas periodontales ni líquido purulento. Se realizaron pruebas pulpares en O.D involucrados respondiendo negativamente a la vitalidad pulpar.

En radiografía panorámica se identifica lesión única, de tamaño mayor a 7cm., en su eje longitudinal mayor, localizada desde porción mesial de la raíz del O.D. 43 hasta la raíz mesial del O. D. 36., de forma irregular, de aspecto radiolúcido, con bordes bien definidos y festoneados, que causa reabsorción radicular del O. D. 35 al 42, así como divergencia radicular del 33 y 32. (Fig. 1)



Figura 1. Radiografía Panorámica. Se observa la zona radiolúcida de la lesión afectando múltiples órganos dentarios, con reabsorción radicular en algunos de ellos. *(Fuente propia)*

Con diagnóstico presuntivo de QO vs Quiste Óseo simple se realiza biopsia incisional; se coloca anestesia (lidocaína con epinefrina al 2%, 1:100 000) bajo la técnica de bloqueo regional de ambos lados de la mandíbula. Se realiza incisión con mango de bisturí número tres y hoja 15, la incisión de 2cm de longitud, se realiza por debajo de la encía libre de forma horizontal al borde incisal dental, con legra tipo Seldin se realiza colgajo de espesor total. En este momento se aprecia que la cortical vestibular esta reabsorbida y se aprecia un tejido blando por debajo de la mucosa bucal. Con bisturí se toma la muestra formando una “ventana” de tejido lesional. Se obtiene secreción de material de consistencia caseosa de olor fétido. El tejido producto de la biopsia incisional se coloca en formol al 10% amortiguado y se envía con la solicitud de estudio anatomopatológico al departamento de patología bucal. Al realizar la ventana de biopsia se observa que hay una cavidad revestida por un tejido, lo que cumple con el concepto de quiste. Se colocan 3 puntos de sutura con seda negra 3 ceros. Se dan indicaciones por escrito de los cuidados de la zona intervenida y se prescribe paracetamol de 500mg, cada 8 horas por tres días y después solo en caso de dolor. Se cita en una semana para entrega de resultados

RESULTADOS

El estudio anatomopatológico mostró una lesión benigna de naturaleza quística odontogénica, la cual se caracteriza por epitelio de revestimiento de 4-8 capas de células, con células basales en empalizada de núcleo hipercromático y con la superficie ondulada. El tejido conectivo subyacente es delgado, bien vascularizado y con poco infiltrado inflamatorio. No se identificaron islas quísticas en la cápsula subyacente en las muestras analizadas. Descripción que concluye el diagnóstico de Queratoquiste odontogénico. (Figura 2)

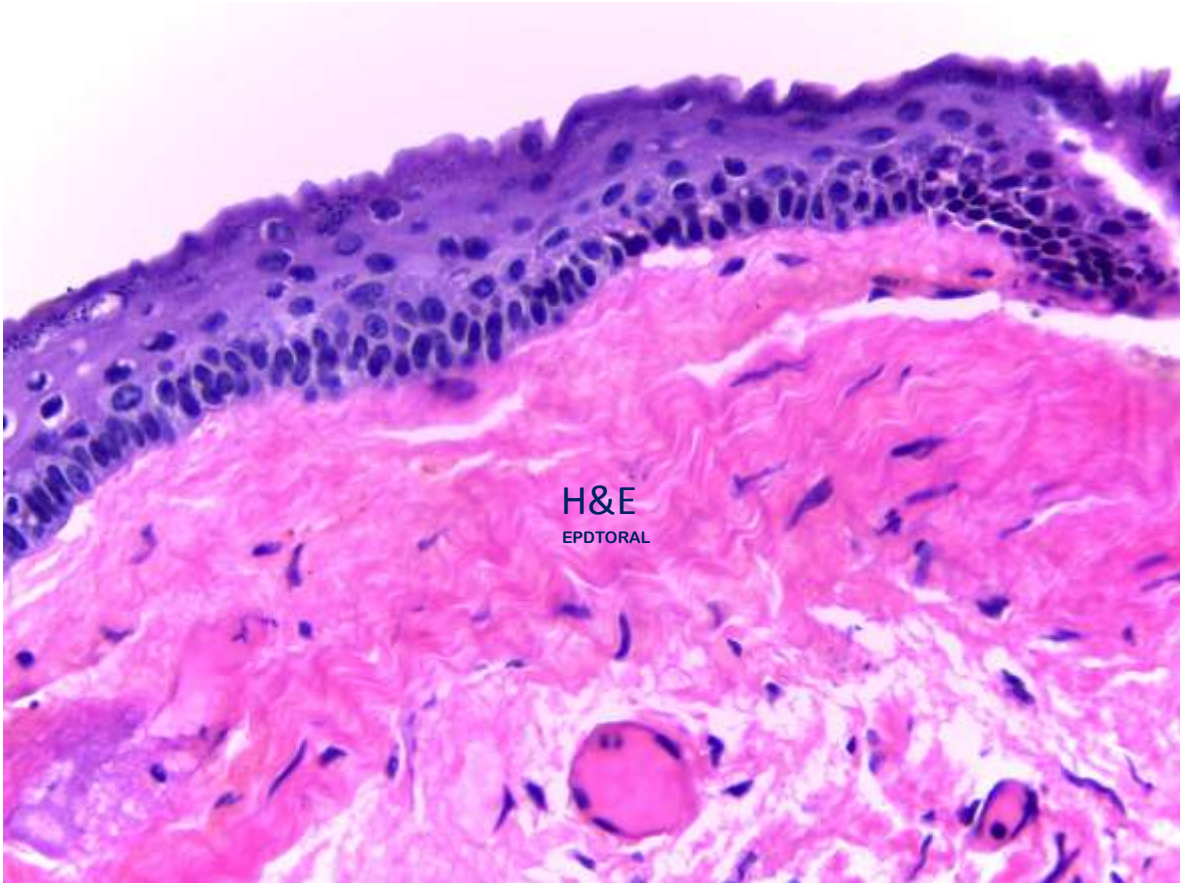


Figura 2. Fotografía microscópica. En esta microfotografía se observan las características histológicas clásicas del QO. (*Fuente propia*)

El paciente acude a su cita programada y muestra regeneración adecuada de la zona de biopsia con secreción de material caseoso. Figura 3.



Figura 3. Fotografía clínica posoperatoria a la biopsia insicional. Se observa salida de líquido material fácilmente confundible con líquido purulento. *(Fuente propia)*

Al entregar el resultado al paciente se sugiere referencia a centro hospitalario de segundo nivel, al servicio de Cirugía Maxilofacial. El paciente pregunta la forma de tratamiento, por lo que se explica que el tratamiento convencional de esta lesión es quirúrgico, eliminando los dientes que estén involucrados en la lesión. Ante esta explicación el paciente no acepta perder órganos dentarios. En este sentido se lleva a cabo una reunión con el equipo de endodoncia, cirugía maxilofacial y patología bucal, llegando a la conclusión de que el tratamiento conservador con

marsupialización es la mejor opción para este caso. Por lo que se agenda cita con el paciente para iniciar el tratamiento de conductos radiculares en los 8 dientes involucrados y se cita nuevamente a la clínica Orocentro.

El paciente acude a su cita programada en la clínica Orocentro de la Facultad de Odontología de la UAEMex, donde se realizó el procedimiento de marsupialización.

Después de elaborar la Historia Clínica y valorar nuevamente la radiografía panorámica se realiza asepsia y antisepsia, con enjuague bucal con clorhexidina al 2% de uno a dos minutos. Se procedió a colocar anestesia local con lidocaína con epinefrina al 2.0%, colocando dos cartuchos de 1.8 ml cada uno, usando la técnica mentoniana derecha e izquierda. Con bisturí número tres y hoja #15 se llevó a cabo una incisión mucoperióstica contorneante en media luna por debajo de la encía libre, para acceder a la tabla ósea vestibular. Acto seguido se realizó una ventana quirúrgica, en la que se eliminó la porción de tabla ósea junto con una porción de membrana quística, dejando el remanente de la misma en la cavidad ósea. Se irrigó abundantemente con solución fisiológica y clorhexidina al 0,12%. Una vez abierta la ventana ósea se introdujo una gasa impregnada con la solución arriba mencionada y se lavó profusamente con la misma. Se utilizó un aditamento de silicón previamente esterilizado, el cual se fijó con sutura en cuatro puntos a la membrana quística y a la mucosa bucal. (Fig. 4)



Figura 4. Fotografía intraoral inmediata a la marsupialización. Se observa el aditamento debidamente adosado y fijo a las mucosas. *(Fuente propia)*

Se instruyó al paciente para realizar lavados tres veces al día con una mezcla al 50% de enjuague bucal con clorhexidina al 2% y agua purificada, con la ayuda de una jeringa de 20ml con punta roma. Durante el tiempo de la marsupialización se le indicó al paciente colocar una gasa obstruyendo la entrada de alimento, en cada comida. Se prescribió analgésico, paracetamol 500mg una tableta cada 8 horas por tres días y después sólo en caso de dolor, sin exceder siete días. La muestra obtenida fue enviada para su estudio histopatológico. El reporte de patología confirmó nuevamente el diagnóstico. Se dieron citas periódicas de control para

revisar que la cavidad siguiera abierta y drenando queratina, de la siguiente manera: a los 3, 6, 18 (Fig. 5) y 29 meses.



Figura 5. Radiografía panorámica a los 18 meses de seguimiento. En esta imagen se observa regeneración ósea intralesional, en la periferia de la zona radiolúcida.

(Fuente propia)

A los 24 meses de seguimiento se decide remover quirúrgicamente el remanente de la lesión, que medía un centímetro en su eje longitudinal mayor. (Fig. 6)

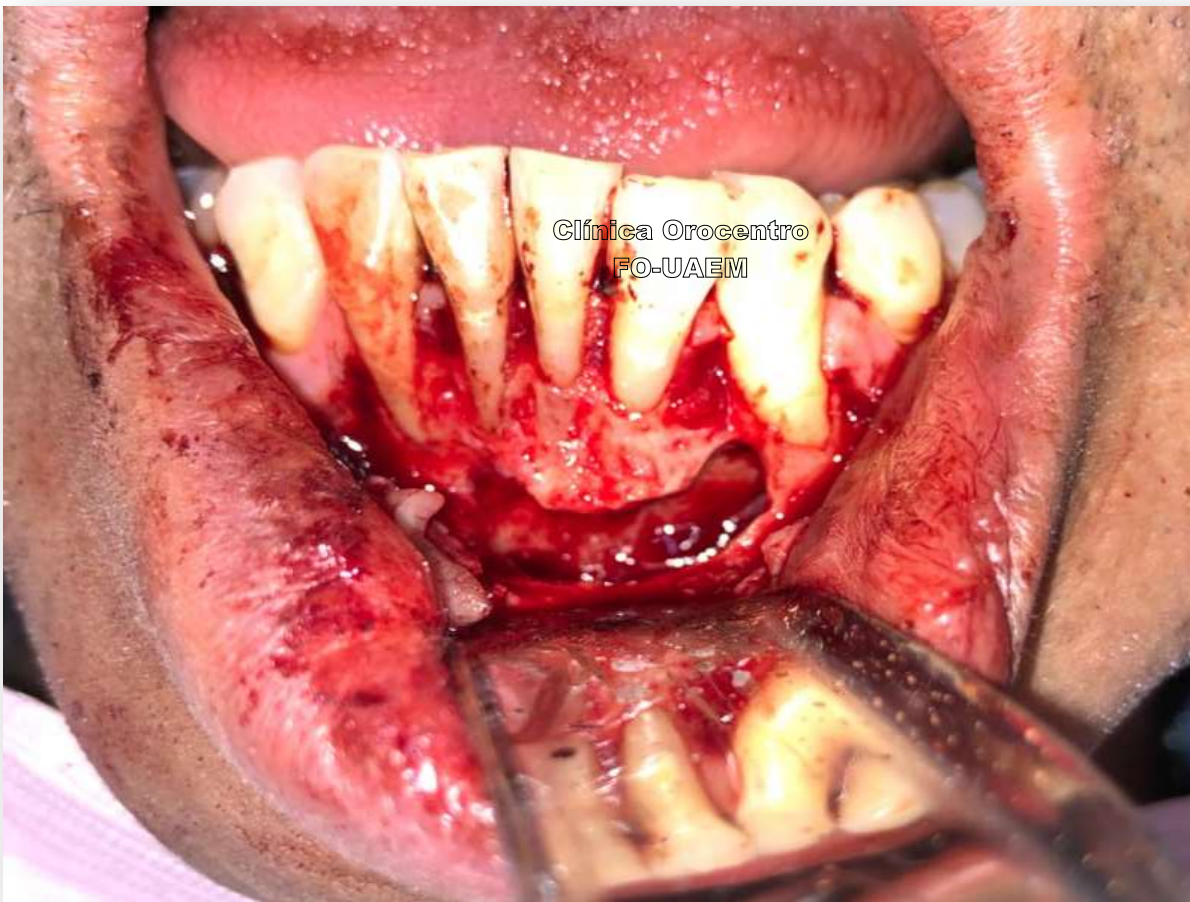


Figura 6. Fotografía del lecho quirúrgico. Se observa la cavidad disminuida de tamaño y el sentido de crecimiento del QGO. (Fuente propia)

En valoración a los 29 meses el paciente acude a consulta para valoración clínica y radiográfica. Al examen clínico extraoral no se observan alteraciones. El examen bucal muestra mucosas hidratadas de color y consistencia normales. en la zona de interés no se observan alteraciones. La radiografía panorámica muestra 98% de regeneración ósea de la zona lesionada, conformación de trabeculado de características normales, sin evidencia de permanencia o recidiva de la lesión. (Fig. 7)

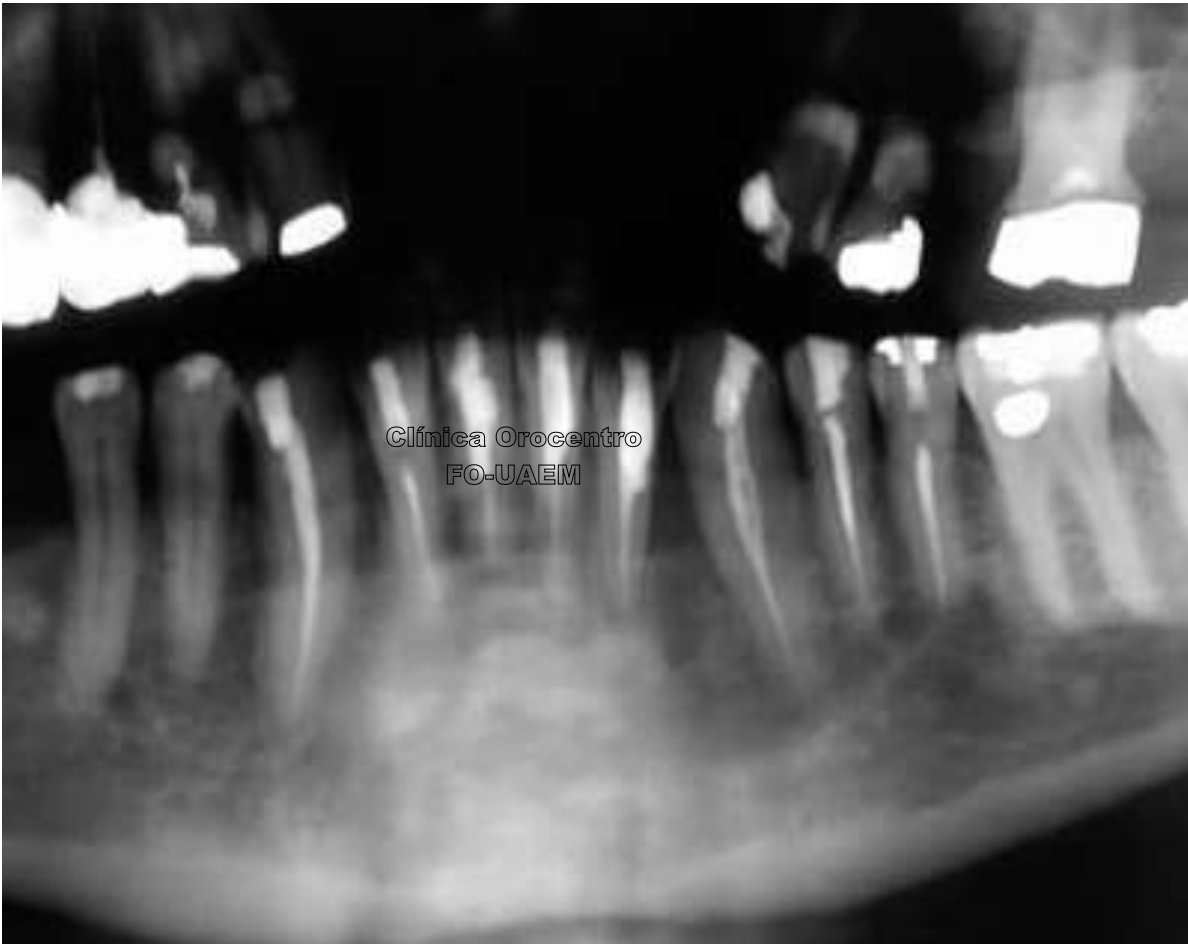


Figura 7. Radiografía panorámica. En esta imagen se observa el éxito del tratamiento conservador. (*Fuente propia*)

DISCUSIÓN

En tiempos actuales la edad de la población se invierte a cada día, de ser un país con población joven se está transformando en población adulta mayor. La rapidez con la que la población está envejeciendo se ha visto reflejada en el aumento en la esperanza de vida, este hecho gracias a las mejoras en salud que han disminuido los fallecimientos a temprana edad.²⁸ Esta longevidad aumentada de la población nos obliga a tomar medidas de atención odontológica en pacientes adultos mayores, que presentan condiciones y necesidades particulares.

El queratoquiste odontogénico es un quiste del desarrollo, asintomático de evolución lenta, que puede causar gran destrucción en la mandíbula y maxila. Se presenta en una amplia gama de edades, desde la infancia hasta adultos mayores.²⁹ A comparación de artículos publicados en la actualidad⁹⁻¹⁴, este tratamiento fue 100% conservador, con una técnica mínimamente invasiva de la lesión quística, ya que no se mutiló al paciente ni se perdieron órganos dentarios. Los tratamientos convencionales del queratoquiste odontogénico, como la enucleación, resección en bloque o mandibulectomía⁸, pueden causar modificaciones estéticas y funcionales en los pacientes, la marsupialización es un tratamiento que busca en esencia no mutilar al paciente¹⁷.

Este quiste es predominante en hombres sobre mujeres y puede presentar un comportamiento agresivo³⁰, ante esta presentación clínica, de una lesión

destruccion amplia, el profesional debe considerar todo tipo de opciones de tratamiento, siempre en la búsqueda de la mejor para el paciente.

El manejo del paciente adulto mayor debe ser realizado en conjunto con equipo multidisciplinario, recordar que, a mayor edad, la probabilidad de desarrollar una enfermedad sistémica aumenta; cambios fisiológicos de todos los tipos pueden afectar a los pacientes adultos mayores, como alteraciones del sistema nervioso central, del sistema cardiovascular, del sistema respiratorio, así como problemas renales y hepáticos, por mencionar algunos²⁷.

Estas condiciones obligan a contar con equipo médico para establecer el diagnóstico y sobre todo el tratamiento en casos de pacientes adultos mayores con lesiones odontogénicas que requieren de tratamientos quirúrgicos. Específicamente en el caso aquí presentado, el paciente fue diagnosticado por equipo de patología bucal y por consiguiente fue orientado, por la extensión de la lesión, en acudir al servicio de cirugía maxilofacial para recibir la atención adecuada para la lesión.

El paciente cuestionó la referencia preguntando cuales serían las opciones de tratamiento para su caso; ante esto se habló de las posibles formas de tratamiento, entre ellas: enucleación, resección en bloque, cirugía radical o tratamiento conservador con descompresión. El paciente solicitó el tratamiento conservador, para no perder piezas dentales que pudieran afectar la estética del paciente. Por lo anterior, fue valorado por un equipo multidisciplinario. El equipo de

cirugía tomó en cuenta que la lesión, no solo afecta estéticamente, sino también en el aspecto emocional, ya que el paciente buscó por su cuenta 3 opciones diferentes, abordando cada una hasta que, al acudir con nuestro equipo, se le ofreció un tratamiento donde solo se le haría una descompresión del quiste¹⁷, sin afectar otras estructuras; en el que podría conservar su estilo de vida y funcionalidad dental. Las múltiples opciones de tratamiento^{20, 22, 24} siempre deben ser consideradas e informadas a los pacientes con lesiones extensas.

El paciente pasó por un proceso educativo, donde se le dio información importante, que fue precisa en un lenguaje de acuerdo a su edad y condición de salud bucal, esta se basó en darle a conocer y comprender la evidencia de beneficios del tratamiento, gracias a los avances en el estudio de marsupialización de QGO, el tiempo estimado de descompresión y los riesgos en caso de que quisiera renunciar al tratamiento. En otros estudios realizados^{30, 31} se hace énfasis en los cuidados que se deben tener al usar la descompresión de quistes y enfatizan la responsabilidad del paciente ante estos cuidados. Así, el éxito en un tratamiento conservador no depende solo de la técnica empleada, sino también de la participación del paciente.

Un punto clave para el éxito de esta modalidad de tratamiento, es la interacción entre los profesionales de la salud y el paciente, pues si los odontólogos tratantes no son lo suficientemente claros en los pros y contras de este manejo, el paciente puede no apegarse a las indicaciones.³¹ El desapego a las indicaciones de los cuidados de la marsupialización puede acarrear serias complicaciones, como son:

infecciones y/o fracaso del tratamiento de descompresión³², razón por la cual el primer criterio para seleccionar a un paciente como candidato a tratamiento conservador de queratoquiste odontogénico, es el compromiso del paciente a seguir al pie de la letra todas las indicaciones, tal como ocurrió en este caso.

CONCLUSIONES

- El paciente adulto mayor cuenta con las mismas preocupaciones estéticas, además de la necesidad de las funciones vitales que le permitan tener la mejor calidad de vida posible.
- Siempre se debe establecer la mejor comunicación odontólogo – paciente, con el fin de evitar malos entendidos y poder establecer la mejor opción de tratamiento con el consentimiento, conforme y consiente de cada una de las necesidades de nuestros pacientes, de una forma individualizada.
- El costo económico, de riesgos quirúrgicos, de mutilaciones extensas, etc., siempre será menor en casos que puedan ser manejados con una terapia conservadora.
- El seguimiento en casos de tumores o quistes odontogénicos debe ser a largo plazo, con énfasis en los casos que fueron manejados de forma conservadora y en donde existe la posibilidad de recidiva.

IMPLICACIONES BIOÉTICAS

El reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en su título 2do. Cap. I establece los siguientes artículos:

Art. 16: Se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Art. 17, Inciso II Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios.

Art. 20: Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Art. 21: para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;

VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI. Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Art. 22: El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;

II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

El estudio se sujetará a las disposiciones de la declaración de Helsinki

ANEXOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS EN ODONTOLOGÍA
"DR. KEISABURO MIYATA"

DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA BUCAL

HISTORIA CLÍNICA

Fecha: 17-07-17

No. Exp. 011

Ficha de identificación.

Nombre del Paciente: _____
Sexo: F M Edad: 61 años Peso: 61 kg Estatura: 1.60 m
Fecha de Nacimiento: 10-1-56 Lugar de Nacimiento: Chihuahua, Coahuila
Estado civil: Casado Soltero Otro: _____

Escolaridad:

Primaria	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>
Preparatoria	<input checked="" type="checkbox"/>	Profesional	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Ocupación: Profesora
Dirección: Av. de la Libertad No. 19 Col. Los Olivos
Teléfono: 19172749 Población: Chihuahua, Coahuila
Remitido por: _____

Padecimiento Actual.

Motivo de la consulta: Quemadura en la lengua

Fecha de inicio y sintomatología: _____

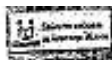
Terapéutica empleada: _____

Diagnóstico clínico: Quemadura eléctrica

Signos Vitales.

Pulso: _____ Frecuencia Cardíaca: _____
Frecuencia respiratoria: _____ Presión Arterial: _____

Anexo 1. Historia Clínica. (Fuente propia)



CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
Introducción a la Clínica 2011

Toluca, Estado de México a 05 de Abril de 2018

El/la que suscribe (nombre del paciente) _____

A través del presente, declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente y en consecuencia **AUTORIZO AL ESTUDIANTE DE CIRUJANO DENTISTA** más abajo identificado, lo siguiente:

- 1.- He sido informado/a y comprendo la necesidad y fines de ser atendido/a por el especialista más abajo reseñado.
- 2.- He sido informado/a de las alternativas posibles del tratamiento.
- 3.- Acepto la realización de cualquier prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento odontológico, incluyendo la realización de estudios radiográficos y analíticos, interconsultas con cualquier otro servicio médico y en general, cualquier método que sea propuesto en orden a las consecuencias de los fines proyectados y conocer el estado general de mi Salud.
- 4.- Comprendo la necesidad de realizar, si es preciso, tratamientos tanto de carácter odontológico como médico y quirúrgicos, incluyendo el uso de anestesia local, siempre que sea necesario y bajo criterio del especialista.
- 5.- Comprendo los posibles riesgos y complicaciones involucradas en los tratamientos odontológicos, médicos y quirúrgicos, y que en mi caso la duración de estos fenómenos, no esta determinada, pudiendo ser irreversible. Comprendo también que la medicina/odontología no es una ciencia exacta, por lo que no existen garantías sobre el resultado exacto de los tratamientos proyectados.
- 6.- Además de esta información que he recibido, seré informado/a en cada momento y a mi requerimiento de la evolución de mi proceso, de manera verbal y/o escrita si fuera necesaria.
- 7.- Si surgiese cualquier situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento, autorizo al estudiante a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las proyectadas o usuales que a su juicio estimase oportuna para la resolución, en su caso, de la complicación surgida.
- 8.- Me ha sido explicado que para la realización del tratamiento es imprescindible mi colaboración con una higiene oral escrupulosa y con visitas periódicas para mi control clínico y radiográfico, siendo así que su omisión puede provocar resultados distintos a los esperados.

DOY MI CONSENTIMIENTO al estudiante y por ende al equipo de ayudantes de la Clínica, a realizar el tratamiento pertinente **PUESTO QUE SE QUE ES POR MI PROPIO INTERÉS**, con el buen entendido que puedo retirar ese consentimiento por escrito cuando así lo desee.

En caso de ser menor de edad o con capacidades diferentes, se informó y autorizó al responsable del paciente.

Nombre y firma del estudiante de _____

Nombre y firma del profesor que autoriza _____

Nombre y firma del Paciente _____

Anexo 2. Consentimiento informado. (Fuente propia)



LABORATORIO DE ESTUDIO ANATOMO-PATOLÓGICO

Hospital General Regional "La Perla"
Departamento de Cirugía Maxilofacial
Presente:

Por medio de la presente envío paciente masculino de 61 años de edad, sin antecedentes personales patológicos de importancia. La queja actual del paciente es lesión radiolúcida en región mandibular anterior, la cual causa risoclasia apical de algunos órganos dentarios. Se realiza biopsia incisional y se obtiene reporte Anatómo-Patológico con folio con diagnóstico de **QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO**. Razón por la cual me permito enviar al paciente al servicio de Cirugía Maxilofacial para su correcta atención.

Sin más por el momento y agradeciendo la atención, quedo de usted.

Atentamente

Dr. Víctor Hugo Toral Rizo
Estomatopatólogo
Céd. Especialidad 09115636
No. CMPMB / AMPMB 028

EPDT

Caminante # 65, Colonia Benito Juárez, Cd. Nezahualcóyotl
CP 57000, Edo de Méx. Tel. 11084022. E-mail: cpdtoral@gmail.com



Anexo 3. Carta de referencia. (*Fuente propia*)

RESULTADO DE ESTUDIO ANATOMO-PATOLOGICO

No.:
Fecha de recepción:
Paciente:
Producto recibido: **Quiste mandibular anterior (Queratoquiste)**
Médico solicitante: **Dr. Víctor Toral**
Datos clínicos: **Edad: 61 años**

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:

Se recibe en formal y etiquetado como queratoquiste odontogénico en región mandibular anterior, múltiples fragmentos de tejido blando, de formas irregulares, de color amarillo, de superficie fibrilar, en conjunto miden 1.9 x 1.6 x 0.9cm., se incluyen en su totalidad en una cápsula.

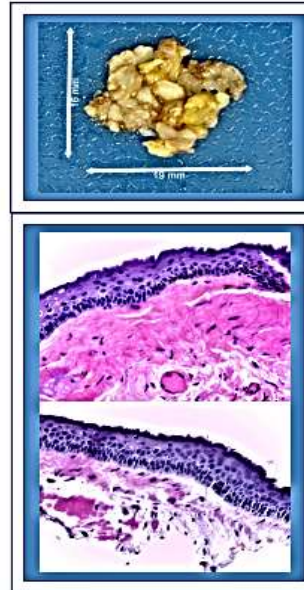
DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:

En las secciones obtenidas se identifica neoplasia benigna de naturaleza odontogénica, la cual se caracteriza por epitelio de revestimiento de 4-8 capas de células, con células basales en empalizada de núcleo hiper cromático y con la superficie ondulada. El tejido conectivo subyacente es delgado, bien vascularizado y con poco infiltrado inflamatorio.

DIAGNÓSTICO:

REFERIDO COMO DE LESIÓN INTRAÓSEA MANDIBULAR ANTERIOR CON:

QUERATOQUISTE ODONTÓGENICO.



Atentamente

Dr. Víctor Hugo Toral Rizo
Estomatopatólogo
Céd. Especialidad 09115636
No. CMPMB / AMPMB 028

EPDT

Caminante # 65. Colonia Benito Juárez. Cd Nezahualcóyotl.
CP 57000. Edo de Méx. Tel. 11084022. E-mail: epdtoral@gmail.com



1 de 1

Anexo 4. Resultado de estudio estomatopatológico. (Fuente propia)

REFERENCIAS:

1. Instituto Nacional de Geriátría, INGER, Envejecimiento, México, disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>, 2017.
2. Dr. Benjamín Martínez R. , Patología Oral, Facultad de Odontología, Santiago de Chile, disponible en: <http://patoral.umayor.cl/patoral/?p=1796>, 2021.
3. Shear M. y Speight P. Cysts of the Oral and Maxillofacial Regions, (4th edition: Gran Bretaña); Blackwell, 2007.
4. El-Naggar A.K., Chan J.K.C., Grandis J.R., Takata T., Slootweg P.J. (Eds): WHO Classification of Head and Neck Tumours (4th edition). IARC: Lyon 2017.
5. Santos SE, Sato FR, Sawazaki R, Asprino L, de Moraes M, Moreira RW. Mandibular buccal bifurcation cyst: a case report and literature review. J Dent Child (Chic). 2011 Jan-Apr;78(1):62-5.
6. Speight PM, Takata T. New tumour entities in the 4th edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck tumours: odontogenic and maxillofacial bone tumours. Virchows Arch. 2018 Mar;472(3):331-339.

7. Peacock ZS. Controversies in Oral and Maxillofacial Pathology. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2017 Nov;29(4):475-486.
8. Al-Moraissi EA, Dahan AA, Alwadeai MS, Oginni FO, Al-Jamali JM, Alkhutari AS, Al-Tairi NH, Almaweri AA, Al-Sanabani JS. What surgical treatment has the lowest recurrence rate following the management of keratocystic odontogenic tumor?: A large systematic review and meta-analysis. *J Craniomaxillofac Surg.* 2017 Jan;45(1):131-144.
9. Vargas- González, A., Montealegre-Pérez J M. La marsupialización como opción de tratamiento para un tumor odontogénico queratoquístico: presentación de un caso y revisión de literatura. *Rev. Cient. Odontol.* 2015, agosto-diciembre; 11 (2): 40-50.
10. Quintana Díaz JC, Miranda Tarragó J, Al-Gobhari F. Queratoquiste odontogénico. *Rev Cubana Estomatol [Internet].* 2009 Sep; 46(3): 70-77.
11. Neville BW, Damm DD, Brock T. Odontogenic Keratocysts of the midline maxillary region. *J Oral Maxillofac Surg.* 1997, April; 55 (4): 340-344.
12. Sosa S, Rafael Dario, Queratoquiste Odontogénico: Revisión de la literatura. *Reporte de dos Casos Clínicos, Caracas, v. 40 (276-281), 2002.*

13. García Pola M; González M; López JS. Quistes Odontogénicos de los Maxilares aspecto clínico-patológico, diagnóstico y terapéutico. Medicina oral, España; 2 (4): 1137-2834, 1997.
14. Chow HT:(2011) Odontogenic Keratocyst: a clinical experience in Singapore. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1998 Nov;86(5):573-7.
15. Regezi, Joseph; Sciubba, James J: Patología Bucal, Interamericana Mc Graw Hill. 3ra. Ed México. 2011.
16. Borghesi A, Nardi C, Giannitto C, Tironi A, Maroldi R, Di Bartolomeo F, Odontogenic keratocyst: imaging features of a benign lesion with an aggressive behaviour. Insights Imaging. 9(5):883-897, 2018.
17. Güler N, Sençift K, Demirkol O. Conservative management of keratocystic odontogenic tumors of jaws. Scientific World Journal. 2012;2012:680397.
18. Favia, G.; Spirito, F.; Lo Muzio, E.; Capodiferro, S.; Tempesta, A.; Limongelli, et al. Histopathological Comparative Analysis between Syndromic and Non-Syndromic Odontogenic Keratocysts: A Retrospective Study. Oral 2022, 2, 198–204.
19. Chaudhary S, Sinha A, Barua P, Mallikarjuna R., Keratocystic odontogenic tumour misdiagnosed as a dentigerous cyst., BMJ Case Rep., 2013.

20. Fidele NB, Bing L, Sun Y, Wu T, Zheng Y, Zhao Y., Management of mandibular odontogenic keratocyst through radical resection: Report of 35 cases. *Oncol Lett.* 18(1):733-741, 2019.
21. Viamontes-Beltrán J, Ortega-Castillo M, Morales-Basulto R., Queratoquiste odontogénico: a propósito de un caso. *Progaleño*, 2019.
22. Sekerci AE, Nazlim S, Etoz M, Deniz K, Yasa Y. Odontogenic tumors: a collaborative study of 218 cases diagnosed over 12 years and comprehensive review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2015 Jan 1;20(1):e34-44.
23. Vergara González R., Carbonell Z., Álvarez Villadiego P., Díaz Caballero A. Aparición inusual de queratoquiste odontogénico. *Avances en Periodoncia.* 2014; 26(1): 19-22.
24. Martínez Pérez D. Queratoquistes maxilares: marsupialización. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.* 2006 Ago ; 28(4): 222-224.
25. Keszler A, Piloni MJ. Malignant transformation in odontogenic keratocysts. Case report. *Med Oral.* 2002 Nov-Dec;7(5):331-5. English, Spanish. PMID: 12415216.
26. Kumchai H, Champion AF, Gates JC. Carcinomatous Transformation of Odontogenic Keratocyst and Primary Intraosseous Carcinoma: A Systematic

- Review and Report of a Case. *J Oral Maxillofac Surg.* 2021 May;79(5):1081.e1-1081.
27. Krishna B, Krishna S. Perioperative Management of Geriatric Patients for Maxillofacial Surgeries. *Ann. Int. Med. Den. Res.* 2020;6(3):AN08-AN13.
28. Soria Romero, Z. y Montoya Arce, B. J., Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México., 23 (59-93), 2017.
29. Soluk-Tekkesin M, Wright JM., The World Health Organization Classification of Odontogenic Lesions: A Summary of the Changes of the 2022 (5th) Edition. *Turk Patoloji Derg*; 38(2):168-184, 2022.
30. Velazquez Rojas Lida, Alonso Claudio Carlos, Valenzuela Huamán César Joe, Velazquez Rojas Gina. Diagnosis and conservative treatment of odontogenic keratocyst: a case presentation. *Odontoestomatología* [Internet]. 2022 Jun; 24(9): e407.
31. Vijayarangan S, Baskara Pandian V., Management of the Odontogenic Keratocyst—Six Cases with Conservative Management Supported by Chemical and Electrochemical Cauterization. *Cureus*, 11(11), 2019.
32. Borghesi, A., Nardi, C., Giannitto, C. *et al.*, Odontogenic keratocyst: imaging features of a benign lesion with an aggressive behaviour. *Insights Imaging* 9, (883–897), 2018.