

---

## Queratoquiste odontogénico: a propósito de un caso

### *Odontogenic keratocyst: a case report*

**Jordanis Viamontes Beltrán; <sup>I\*</sup> Maricel Ortega Castillo; <sup>I</sup> René David Morales Basulto. <sup>II</sup>**

<sup>I</sup>. Estudiante de 5<sup>to</sup> año. Alumno Ayudante de Estomatología General Integral. Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.

<sup>II</sup>. Especialista de Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Instructor. Hospital General Docente Martín Chang Puga. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.

\* Correspondencia. Correo electrónico: [jordanis.cmw@infomed.sld.cu](mailto:jordanis.cmw@infomed.sld.cu)

---

#### RESUMEN

**Fundamento:** el queratoquiste odontogénico posee un comportamiento agresivo y recurrente, el diagnóstico temprano y el manejo correcto de esta enfermedad evita la aparición de compromiso estético y funcional del macizo cráneo facial.

**Objetivo:** exponer aspectos clínicos-histopatológicos de un paciente con queratoquiste odontogénico.

**Caso clínico:** se reporta el caso de una paciente femenina de 64 años de edad sin antecedentes de enfermedad aparente, que acude a consulta con aumento de volumen fluctuante en reborde inferior derecho de alrededor de dos meses de evolución. Con diagnóstico radiográfico inicial de quiste radicular y diagnóstico histopatológico posterior a la punción exploradora y extirpación quirúrgica bajo anestesia general de queratoquiste odontogénico. La evolución fue favorable, y el control se mantendrá los próximos cinco años.

**Conclusiones:** es importante el diagnóstico precoz de esta patología que posee un comportamiento agresivo y gran capacidad de destrucción ósea. Son necesarios chequeos periódicos por su capacidad de recidiva.

**DeCS:** QUISTE RADICULAR/diagnóstico por imagen; QUISTES ODONTOGÉNICOS/cirugía; QUISTES ODONTOGÉNICOS/diagnóstico por imagen; QUISTES ODONTOGÉNICOS/patología; INFORMES DE CASOS.

---

## ABSTRACT

**Background:** odontogenic keratocyst has aggressive behavior and high recurrence rate, their early diagnosis and well treatment to avoid the compromise esthetics-functional of maxillary bones.

**Objective:** to expose clinical aspects of patient with odontogenic keratocyst.

**Clinical case:** a clinical case is reported from 64 year old white female patient, without precedents of apparent illness, who comes to consultation with swelling over the right gum ridge area that progressed over 2 month. With initial radiographic diagnosis of radicular cyst which after exploratory puncture and surgical removal under general anesthesia yielded a final diagnosis of odontogenic keratocyst. Evolution was favorable, and the control will be kept for the next five years.

**Conclusions:** it is important the precocious diagnosis of this pathology that possesses an aggressive behavior and big capacity of bone destruction. It is necessary periodic checkups for its relapse capacity.

**DeCS:** RADICULAR CYST/diagnostic imaging; ODONTOGENIC CYSTS/surgery; ODONTOGENIC CYSTS/diagnostic imaging; ODONTOGENIC CYSTS/pathology; CASE REPORTS.

---

## INTRODUCCIÓN

El queratoquiste odontogénico (QO) es una lesión quística que se origina en la lámina dental y sus restos, previo a la maduración y calcificación de los tejidos dentales (prefuncional) y en la capa basal del epitelio bucal. En el año 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo reclasificó, como una neoplasia benigna de naturaleza odontogénica, al denominarlo tumor odontogénico queratoquístico (TOQ).<sup>1,2,3</sup>

Histológicamente es caracterizado por la presencia de un epitelio escamoso estratificado con queratina, con una lámina basal prominente de células cuboides y paredes de tejido conectivo libre de inflamación, puede ser clasificado como paratoqueratoquiste (72 %), ortoqueratoquiste (12 %) y ortoparaqueratoquiste (16 %). El queratoquiste puede ser asociado con el síndrome de carcinoma de células basales nevoides.<sup>4</sup> Se plantea que cerca del 10 a 12 % de los quistes epiteliales del desarrollo

son queratoquistes odontogénicos, el 65 % de los casos afecta a la mandíbula, con alta frecuencia en la región de molares y mandíbula.<sup>5,6</sup> El motivo de mostrar el caso es exponer aspectos clínicos-histopatológicos de un paciente con queratoquiste odontogénico. Es importante el diagnóstico temprano ya que presenta mayor agresividad, alta tasa de recurrencia y gran capacidad para destruir grandes áreas del hueso medular.

## CASO CLÍNICO

Se reporta el caso de una paciente de 64 años de edad, raza blanca, refiere que hace cuatro años ante la sospecha de quiste radicular, identificado en radiografía periapical, se le extrae un molar inferior derecho (46) por método abierto, durante el transoperatorio se comprueba que la lesión se extendía más allá de la

región donde se localizaba el diente afectado. En ese momento se toma muestra para biopsia sin obtener resultados concluyentes. La paciente por motivos personales abandona el estudio y luego de tres años acude a consulta preocupada por aumento de volumen en zona postero-inferior derecha. Al examen clínico extrabucal no se detectó adenopatías ni asimetría facial. Al examen bucal se observó aumento de volumen en borde libre del reborde en zona postero- inferior derecha. El aumento de volumen se palpaba fluctuante dando la impresión de líquido en su interior. En la radiografía panorámica realizada con posterioridad se observa imagen multilocular amplia que se extiende desde el cuerpo hasta la rama ascendente de la mandíbula con aproximación al borde inferior de esta (figura 1).

Previo estudio preoperatorio se planificó el tratamiento quirúrgico para la enucleación total

de la lesión. Durante la cirugía realizada bajo anestesia general se aborda de forma intraoral toda la zona mandibular afectada, se observan múltiples lesiones encapsuladas con contenido líquido en su interior, luego de la exéresis el lecho óseo se encontró liso y regular (figura 2).

Se realizó el estudio histopatológico lo que corroboró el diagnóstico de queratoquiste odontogénico (figura 3).

A los seis meses de evolución se indicó radiografía lateral oblicua de mandíbula, en la que se observa hueso con trabeculado de nueva formación en región de cuerpo y rama mandibular además de una disminución considerable de los secuestros óseos post-quirúrgicos (figura 4).

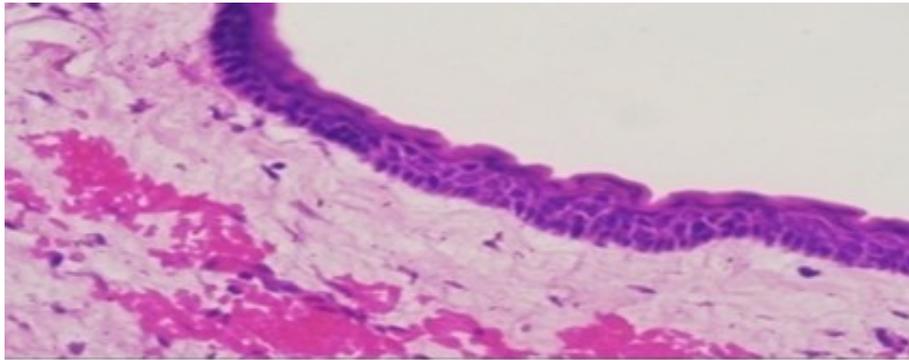
Una de las características principales del QO es la recidiva, por tanto la evolución de este caso continuará hasta los cinco años.



**Figura 1.** Radiografía panorámica donde se observa imagen multilocular en región posterior derecha.



**Figura 2.** Imagen tomada durante el transoperatorio.



**Figura 3.** Estudio histopatológico, muestra teñida con hematoxilina-eosina.



**Figura 4.** Vista lateral oblicua de mandíbula de control a los seis meses.

## DISCUSIÓN

Los quistes de la cavidad oral y región maxilo-facial pueden ser de origen odontogénico, no odontogénico, pseudoquistes, quistes asociados al seno maxilar y de tejidos blandos. De todos ellos, el queratoquiste odontogénico es el que presenta mayor agresividad, expresada por su alta tasa de recurrencia y gran capacidad para destruir grandes áreas del hueso medular.<sup>5</sup>

La mayor incidencia, según grupos de edades, se ubica entre la segunda y tercera décadas. Se ha informado de una distribución bimodal de aparición, con un segundo pico de incidencia entre la quinta y sexta décadas. Se cree que este patrón se debe a que una parte de las lesiones permanecen sin diagnosticar, lo que

permite así un crecimiento durante varios años más.<sup>7-9</sup> La incidencia de esta lesión es mayor en hombres que en mujeres. La mandíbula es más afectada, donde es el ángulo mandibular el sitio de mayor prevalencia.<sup>10</sup>

Sin embargo se han encontrado QO en regiones anatómicas complejas como refiere Rivera Coello J et al.<sup>11</sup> al presentar un caso de QO en seno maxilar, otros autores como Gnanaselvi UP et al.<sup>10</sup> evidenció la presencia de este tipo de quiste en región anteroinferior. Su tamaño también es variable puede afectar un solo diente como el ortoqueratoquiste que constituye una variante del QO y casi siempre se asocia a un diente retenido o pueden tomar grandes dimensiones desde el cuerpo mandibular

hasta la base del proceso coronario. Su comportamiento clínico agresivo se atribuye a su capacidad de perforar la cortical ósea (39-50 %) y afectar tejidos blandos adyacentes.

En ocasiones el paciente puede presentar dolor, aumento de volumen y drenaje purulento lo que anuncia una infección secundaria de la lesión.<sup>8,10,11</sup> El caso que se presentó no mostró dolor como principal motivo de consulta pero si evidenció el característico aumento de volumen que provocan este tipo de patologías.

Por radiografía los queratoquistes se pueden presentar como una zona radiolúcida unilocular circular u ovoidal, de tamaño variable, y a menudo con bordes escleróticos festoneados, aunque puede observarse una imagen multilocular en lesiones de mayor tamaño y en algunos casos puede presentar incluida la corona de un diente sin erupcionar. El aspecto festoneado de su periferia es notable en las lesiones mandibulares, y se debe a un crecimiento desigual del revestimiento epitelial en distintas partes del quiste; este aspecto a menudo se confirma en el estudio macroscópico de los especímenes retirados en una sola pieza.<sup>9</sup>

Desde el punto de vista radiográfico, el QO puede imitar a varios de los otros quistes y tumores que ocurren en los maxilares, al tener similitud a un quiste radicular cuando se presenta adyacente al ápice de uno o varios dientes. Si está localizado entre las raíces de dientes vitales puede confundirse con el quiste lateral periodontal. Puede pensarse en un quiste residual o algún tumor odontogénico sino está asociado a un diente. Si este aparece retenido en su interior, deberá descartarse la posibilidad de un quiste dentífero o un ameloblastoma quístico.<sup>9</sup>

El desafío en el tratamiento yace en disminuir el riesgo de recurrencia y morbilidad ante una extensa resección. Las causas de recurrencia son en esencial la remoción incompleta de la membrana quística y el crecimiento desde pequeños quistes satélites o nidos de epitelio odontogénico dejados después de la enucleación. Numerosas modalidades de tratamientos han sido empleadas en el manejo del QO tanto conservador como radical. Dentro del tratamiento conservador se puede encontrar: marsupialización o descompresión, enucleación simple, enucleación con curetaje periférico (mecánico o químico), descompresión seguida de enucleación.

El tratamiento quirúrgico radical es más agresivo, comprende resección marginal, o en bloque y hemimaxilectomía o hemimandibulectomía.<sup>8</sup> El uso de coadyuvantes o curetaje químico como crioterapia con nitrógeno líquido o solución de Carnoy han sido recomendados para eliminar los posibles quistes satélites en los límites óseos. El más utilizado es la solución de Carnoy, la cual penetra entre las trabéculas óseas, desvitaliza y fija las células tumorales.<sup>12</sup>

Para el estudio se realizó la enucleación quirúrgica con curetaje periférico; el curetaje con cucharillas elimina todo el tejido del interior del tumor odontogénico queratoquístico y los microquistes de la periferia de una forma más conservadora.

El tratamiento de enucleación simple tiene una tasa de recurrencia entre 17-56 %, pero si como complemento se aplicó solución de Carnoy o descompresión previa a la enucleación disminuye entre 1-8,7 %. Por último la resección es reportada como un tratamiento sin recurrencias, pero puede ser inaceptable dada la natu-

raleza benigna de la enfermedad además de las numerosas complicaciones asociadas como deformación facial, pérdidas dentarias, infecciones de injerto trasplantado y alteraciones sensitivas por daño del nervio alveolar inferior.

8,13

## CONCLUSIONES

En sus inicios esta enfermedad es asintomática, cuando aumentan de tamaño provocan abultamiento, molestias y dolor. Tienden a la recidiva y son capaces de provocar gran destrucción ósea y comprometen la integridad de los huesos maxilares.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
2. Kirthika R, Uma Reddy Ch, Sathvikalakshmi Br, Chandrashekar L, Sudarshan R, Feroz Khan A. Odontogenic Keratocyst: A Case Series. Asia J Med Health [Internet]. 2018 May [citado 14 Sep 2018];14(11):[aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://www.journalrepository.org/media/journals/AJMAH\\_48/2018/May/Kirthika1142018AJMAH39788.pdf](http://www.journalrepository.org/media/journals/AJMAH_48/2018/May/Kirthika1142018AJMAH39788.pdf)
3. Rodríguez Fernández M, Lama González EM, Hernández Solís SE, Rueda Gordillo F. Importancia del diagnóstico y manejo del tumor odontogénico queratoquístico. Rev Tamé [Internet]. Ene 2017 [citado 13 Sep 2018];5(15):[aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista\\_tame/numero15/Tam1715-10c.pdf](http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero15/Tam1715-10c.pdf)

4. Jaime Atehortua G, Jaramillo C, Andres Lopez J, Vanessa Osorio M, Emilio Correa P. Queratoquiste odontogénico: reporte de un caso clínico, seguimiento a 10 años. [Internet]. Abr-Jun 2013 [citado 12 Sep 2018];26(1):[aprox. 6]. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/2687>
5. Marchena Rodríguez L. Caso Clínico de un Queratoquiste Odontogénico en Mandíbula. RE-DOE [Internet]. Jun-Jul 2015 [citado 12 Sep 2018];[aprox. 3]. Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=194>
6. Mamata K, Sampada K, Uma D, Sanjay B. Orthokeratinized odontogenic cyst with calcification: A rare case report of a distinct entity. J Oral Maxillofac Pathol [Internet]. 2018 Ene [citado 14 Sep 2018];1(22):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5824511/>
7. Gudiño J, Seijas A, Ghanem AA, Cedeño MJ, Martínez TJ, Castillo T et al. Queratoquiste odontogénico, presentación de un caso clínico. Rev Odontologica Venezolana [Internet]. 2003 Ene-Feb [citado 12 Sep 2018];41(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: [https://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/1/queratoquiste\\_odontogenico.asp](https://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/1/queratoquiste_odontogenico.asp)
8. Torrealba PR, Bozan SF, Mebus HC. Tumor Odontogénico Queratoquístico: Revisión de la Literatura a Propósito de un Caso Clínico. Int J Odontostomat [Internet]. 2013 Dic [citado 13 Sep 2018];7(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-381X2013000300006&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2013000300006&lng=es)
9. Tamashiro-Higa T, Mosqueda-Taylor A. Queratoquiste odontogénico en posición dentígera.

Cir Ciruj [Internet]. 2005 Mar-Abr [citado 14 Sep 2018];73:[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2005/cc052k.pdf>

10. Gnanaselvi UP, Kamatchi D, Sekar K, Narayanan B S. Odontogenic keratocyst in anterior Mandible: An interesting case report. J Indian Acad Dent Spec Res [Internet]. 2016 Abr [citado 14 Sep 2018];3:[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.jiadsr.org/text.asp?2016/3/1/22/192466>

11. Rivera Coello J, Morón Mora FJ, Jaimes Ortega BE. Tumor odontogénico queratoquístico en seno maxilar. Rev ADM [Internet]. 2016 Nov [citado 14 Sep 2018];74(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2017/od171i.pdf>

12. Nair KK, Lingappa A, Rangaiah P, Vittobarao PG. Keratocystic odontogenic tumor: A

case report and review of literature. J Indian Acad Oral Med Radiol [Internet]. 2015 May [citado 14 Sep 2018];27(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://www.jiaomr.in/article.asp?issn=0972-1363;year=2015;volume=27;issue=2;spa\\_ge=253;epa\\_ge=258;aulast=Nair](http://www.jiaomr.in/article.asp?issn=0972-1363;year=2015;volume=27;issue=2;spa_ge=253;epa_ge=258;aulast=Nair)

13. Rodríguez Fernández MC, Lama González EM, Hernández Solís SE, Rueda Gordillo F. Importancia del diagnóstico y manejo del tumor odontogénico queratoquístico. Rev Tamé [Internet]. Ene 2017 [citado 14 Oct 2018];5(15):[aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista\\_tame/numero\\_15/Tam1715-10c.pdf](http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_15/Tam1715-10c.pdf)

Recibido: 28 de noviembre de 2018

Aprobado: 30 de enero de 2019