

Reporte de caso

QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO: CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSERVADOR

Odontogenic keratocyst: diagnostic characteristics and conservative surgical treatment

JAVIER SÁNCHEZ SÁNCHEZ 

*Departamento de Cirugía Oral, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Los Andes, Ecuador.
Departamento de Cirugía Oral, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador.*

JOSÉ AGUILAR MALDONADO 

Departamento de Patología Oral, Facultad de Odontología, Universidad Católica de Cuenca, Ecuador.

KAREM BARRENO HARO 

Especialización en Ortodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Católica de Cuenca, Ecuador.

PAULINA JINEZ ZUÑIGA 

Especialización en Ortodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Católica de Cuenca, Ecuador.

Autor de correspondencia: Javier Sánchez Sánchez
E-mail: jsanchez.cirurgiabucomaxilo@gmail.com

Recibido: 20/07/2021
Aceptado: 20/09/2021

RESUMEN

El queratoquiste es una lesión odontogénica benigna de comportamiento agresivo, que deriva probablemente de la lámina dental. Se localiza frecuentemente en la parte posterior del hueso mandibular en la zona del tercer molar, ángulo mandibular y puede progresar hacia la rama y el cuerpo, presentando una asociación directa con órganos dentales retenidos. Existe una amplia variedad de técnicas para el tratamiento de esta lesión, como pueden ser descompresión, marsupialización, enucleación y la resección en bloque, así como también la combinación de estas con métodos coadyuvantes. El interés en esta lesión radica por su elevado índice de recidiva que se estima en un 20-30% en la población en general, sin embargo, en la actualidad se ha optado por el uso de tratamientos conservadores como la marsupialización y la descompresión que han demostrado una mayor efectividad y menor recidiva. Es por esto que tras el tratamiento de las lesiones es importante dar un seguimiento a largo plazo.

El objetivo de la publicación es presentar el reporte de un caso clínico de un paciente masculino de 21 años con un diagnóstico de queratoquiste odontogénico tratado con una técnica de descompresión durante cinco meses para su posterior enucleación quirúrgica.

Se ha comprobado que el tratamiento de descompresión seguido de enucleación y acompañado de métodos coadyuvantes resulta un manejo terapéutico adecuado para los queratoquistes por demostrar su menor tasa de recidiva y su comportamiento noble con estructuras vitales vecinas. Sin embargo, en todos los casos se debe realizar un seguimiento periódico para prevenir la recurrencia de la lesión.

Palabras clave: Quiste Odontogénico, Queratoquiste, Tratamiento Conservador, Descompresión, Odontología.

1. Introducción

El queratoquiste odontogénico (QO) también denominado quiste primordial, es una lesión quística benigna pero localmente agresiva que se origina en los restos de la lámina dental, previo a la maduración y calcificación de los tejidos dentales y en la capa basal del epitelio bucal. (Vlamontes, *et al.*, 2019)

En el 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reclasificó al QO con el nombre de tumor odontogénico queratoquístico, debido a su comportamiento clínico, características histológicas, alto índice de recurrencia y la asociación con el síndrome de Gorlin Goltz o carcinoma nevoide de células basales. A pesar de ello en el año 2017 lo catalogaron dentro de la clasificación de quistes del desarrollo odontogénico. (Howard, 2008; Ribeiro, *et al.*, 2017)

Etiología

Esta lesión frecuentemente está asociada a dientes impactados. El QO se origina en restos de la lámina dental localizados en la mandíbula o en el maxilar superior, sin embargo, también puede derivar de una extensión del componente de células basales del epitelio bucal que lo cubre. De manera similar, podrían derivar del órgano dentario por degeneración del retículo estrellado, antes de que se inicie la aposición del esmalte. (Sosa, *et al.*, 2002)

El QO, además ha sido considerado dentro de los criterios mayores para el diagnóstico del Síndrome de Gorlin Goltz o Carcinoma Nevoide de Células Basales, siendo la tercera manifestación más característica del síndrome. (Landa Román & Gómez Pamat, 2017)

Localización

Se localizan en cualquier zona de los maxilares, sin embargo, aproximadamente dos tercios de los casos se presentan en la mandíbula, con mayor predilección en el cuerpo (región de molares) y rama mandibular. En ocasiones puede presentarse como múltiples quistes, ocupando los distintos cuadrantes del maxilar y mandíbula. (Sosa, *et al.*, 2002) Generalmente, en el maxilar superior, suelen afectar a la zona posterior o el área incisivo- canina. (Vlamontes, *et al.*, 2019)

Frecuencia

Se plantea que cerca del 10 al 12% de los quistes epiteliales del desarrollo son QO, de ellos el 65 al 80% de los casos afecta al ángulo y la rama mandibular. Presentan mayor prevalencia entre la

segunda y tercera década de la vida, afectando más a hombres que a mujeres en una proporción de 2:1. (Vlamontes, *et al.*, 2019; Vega, *et al.*, 2013)

Alteraciones genéticas o mutaciones

Se han descubierto alteraciones genéticas y anomalías cromosómicas en el queratoquiste odontogénico, especialmente a los que se encuentran asociados al Síndrome de Carcinoma Nevoide de Células Basales. El cambio molecular más destacado en los últimos años ha sido la mutación del gen PTCH, ubicado en el cromosoma 9. (Gomes, *et al.*, 2017) Este gen, supresor de tumores, modera la actividad de la proteína sonic hedgehog y otras proteínas de señalización. Por lo tanto, si ha sufrido una mutación puede dar lugar a una sobreexpresión de esta proteína, ocasionando una proliferación celular anormal que da lugar a quistes y tumores. Razón por la cual su naturaleza sigue siendo un tema de controversia. (Regezi, *et al.*, 2012)

Características Clínicas

El QO es una lesión asintomática, de larga evolución, generalmente su crecimiento es lento y expansivo. Sin embargo, en algunas ocasiones puede ser acelerado y bastante agresivo. A la evaluación clínica, se pueden observar características normales en los tejidos blandos, pero si la lesión compromete la tabla ósea puede generar un aumento de volumen y presentar un aspecto crepitante. (Regezi, *et al.*, 2012)

Cuando aparece en niños, puede estar asociado al Síndrome de Carcinoma Nevoide de Células Basales que se caracteriza principalmente por alteraciones cutáneas como fosas palmares y plantares, carcinoma de células basales, calcificación de la hoz del cerebro y anomalías esqueléticas dentro de las cuales destacan las costillas bífidas, anomalías vertebrales y metacarpianos acortados. (Pardo, *et al.*, 2020)

Características Histológicas

El revestimiento epitelial es uniformemente delgado, generalmente con un grosor de 6 a 10 capas de células. La capa basal exhibe un patrón característico en empalizada con núcleos polarizados e intensamente teñidos de diámetro uniforme. Las células epiteliales luminales están paraqueratinizadas y producen un perfil irregular u ondulado. Ocasionalmente se ven zonas focales de ortoqueratina. Las características histológicas adicionales que pueden encontrarse ocasionalmente incluyen la gemación de las células basales en la pared del tejido conectivo y la formación de microquistes. El componente de tejido conectivo fibroso de la pared del quiste a menudo está libre de un infiltrado de células inflamatorias y es relativamente delgado. La interfase epitelio-tejido conectivo es característicamente plana sin formación de crestas epiteliales. Se ha descrito un quiste odontogénico ortoqueratinizado y es aproximadamente un vigésimo más común que el queratoquiste. La distinción histológica entre quistes paraqueratinizados y ortoqueratinizados se debe a que este último tipo de quiste es menos agresivo desde el punto de vista clínico, tiene una tasa más baja de recurrencia y, por lo general, no está asociado con un síndrome. (Sosa, *et al.*, 2002; Regezi, *et al.*, 2012)

Características Radiográficas e Imagenológicas

Se observa una radiolucidez bien circunscrita con márgenes radiotransparentes lisos. La mayoría de las lesiones, son uniloculares, y hasta un 40% se observa adyacente a la corona de un diente no erupcionado (quiste dentífero). Sin embargo, pueden existir lesiones multiloculares que se ven con

mayor frecuencia en lesiones más grandes. Existe una exposición ósea bucal en aproximadamente el 30% de las lesiones maxilares y el 50% de las mandibulares. (Howard, 2008; Regezi, *et al.*, 2012)

Diagnósticos Diferenciales

Cuando los quistes se asocian con dientes, se pueden considerar varias entidades, como quiste dentígero, ameloblastoma, mixoma odontogénico, tumor odontogénico adenomatoide y fibroma ameloblástico. Los tumores radiotransparentes no odontogénicos, como el granuloma central de células gigantes, el quiste óseo traumático y el quiste óseo aneurismático, podrían incluirse en el diagnóstico diferencial de esta entidad en pacientes jóvenes. (Regezi, *et al.*, 2012)

Recurrencia

Su interés radica en el alto índice de recidivas que presenta de forma general, se estima que la tasa de recurrencia es del 20-30%. Se presenta más frecuentemente en la segunda, tercera y cuarta décadas de la vida, con mayor incidencia en hombres que en mujeres, y con predilección por el ángulo y la rama mandibular. Además, se ha demostrado que entre más tiempo se mantiene el seguimiento, la tasa de recurrencia aumenta, para el QO la recurrencia exacta puede establecerse después de 10 a 20 años o más de seguimiento. (Pogrel, 2013)

Tratamiento

El tratamiento del QO ha sido debatido ampliamente por cirujanos orales y maxilofaciales debido a su alto grado de recurrencia, por lo que en los últimos años se han publicado múltiples estudios y revisiones sistémicas que evalúan las alternativas de tratamiento y su recidiva. Su elección depende del tamaño de la lesión, edad del paciente, cercanía de estructuras nobles, acceso, perforación de cortical o tejidos blandos y recurrencia (Stoelinga, 2019; Titinchi & Nortje, 2012).

Titinchi en el 2020 propone un protocolo de manejo basado en la evidencia para el tratamiento de los queratoquistes donde los divide en conservadores y agresivos o radicales. Dentro de los tratamientos conservadores se encuentran la enucleación simple, marsupialización y descompresión, destacando las dos últimas por su menor tasa de recidiva. (Titinchi, 2020) Ambos tratamientos tienen el fin de crear una comunicación entre la cavidad oral y la luz del quiste para disminuir su presión, esto disminuye los niveles de IL-1 α y citoqueratina-10 y por ende lleva a una disminución significativa del tamaño de la lesión, induciendo a que el revestimiento quístico sea más grueso, favoreciendo de esta manera a una enucleación más sencilla (De Castro, *et al.*, 2018 ; Titinchi, 2020).

A pesar de su uso indistinto tras lograr un mismo objetivo, se diferencian en que la marsupialización se basa en establecer una abertura autosustentable, mientras que la descompresión no es más que una modificación de la marsupialización, llevada a cabo mediante el uso de dispositivos tales como una sonda vesical, tubo de catéter intravenoso o para alimentación pediátrica (Pogrel, 2013; Moctezuma, *et al.*, 2020).

El tratamiento agresivo se refiere a la resección en bloque o completa del hueso que en la actualidad ha sido considerada inadecuada, excepto en los casos de lesiones multiquísticas o multiloculares, que sin lugar a duda requieren de este procedimiento por su alta recurrencia. Por otro lado, se sugiere el uso de métodos adyuvantes que han demostrado ser de gran ayuda para reducir la tasa de recidiva, dentro de los cuales cabe destacar la ostectomía periférica, solución de Carnoy y crioterapia que generalmente son usados de manera suplementaria tras la enucleación de la lesión (Titinchi, 2020; Titinchi & Nortje, 2012).

Hasta la fecha, la descompresión seguida de la enucleación ha demostrado reducir la tasa de recurrencia, además, si el tratamiento es acompañado del uso de métodos adyuvantes como la aplicación de la solución de Carnoy, crioterapia u ostectomía periférica pueden provocar una recidiva aún más baja, por lo que para Titinchi es considerado un tratamiento de primera línea aceptable, sin embargo, se están realizando estudios para apoyar su declaración (Titinchi, 2020; Titinchi & Nortje, 2012).

2. Informe del Caso

Paciente masculino de 21 años, acudió a la consulta en el mes de septiembre del 2020 por presentar una sensación de hinchazón en la zona mandibular derecha posterior, con una evolución de aproximadamente 18 meses que se ha mantenido igual hasta el momento de la consulta. Además, relató que hace 3 meses apareció un líquido amarillento a través de la encía de forma espontánea y empezó a sentir una ligera parestesia que se ha mantenido con el tiempo.

El paciente refirió haberse sometido a un tratamiento de exodoncia del tercer molar inferior derecho hace aproximadamente 12 meses. En cuanto a los antecedentes patológicos mencionó padecer de rinitis alérgica al frío e indicó no presentar ninguna otra alteración sistémica ni antecedentes familiares.

Al realizar la valoración clínica extraoral se inspeccionaron los ganglios de la cadena cervical, donde no se apreciaron linfadenopatías ni se evidenció ninguna patología aparente. De igual manera al examinar las características intraorales se observó una apariencia normal de todos los tejidos (Figura 1A). Al realizar el examen de palpación se notó un aumento de volumen de la cortical vestibular correspondiente a los órganos dentales (O.D.) 4.3 y 4.4 apreciando, además, un aspecto crepitante en la zona, sin causar molestias al paciente.

Al evaluar la radiografía panorámica previa, facilitada por el paciente, se observaron dos lesiones radiolúcidas en la mandíbula, y a nivel de la zona retromolar derecha un resto radicular correspondiente al O.D. 48 rodeado en su totalidad de un halo radiopaco, redondeado, bien definido, de aproximadamente 0.5cm de diámetro. Por lo que se sugiere tomar una tomografía computarizada de haz cónico de maxilares para una mejor valoración. En ella se evidenciaron dos lesiones osteolíticas, uniloculares, independientes y bien definidas en distintas zonas del cuerpo y rama mandibular izquierda, correspondiente al cuadrante 4 (Figura 1B).

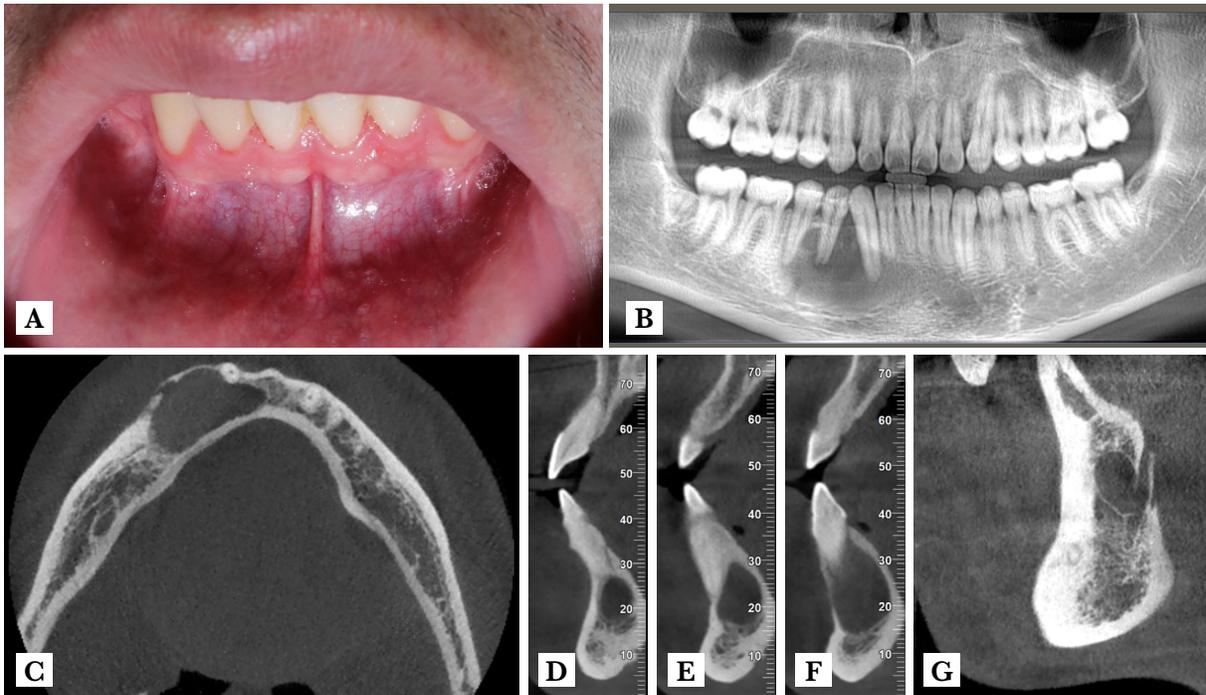
La lesión más llamativa debido a su importante extensión fue descrita como una imagen hipodensa osteolítica, bien definida, localizada en el cuerpo mandibular, por apical de los órganos dentales, desde el O.D. 3.3 hasta el OD 4.5, de un tamaño aproximado de 5x2cm en las zonas más prominentes, presenta un ligero desplazamiento dentario en los O.D. 4.3, 4.4 y 4.5 con ligera relación con el nervio dentario inferior del lado derecho. Por otro lado, a nivel de la rama mandibular derecha se observa una imagen hipodensa, bien definida, que nace a nivel del nervio dentario inferior y tiene un tamaño aproximado de 1.5 x 1cm.

En el corte axial (Figura 1C). se evidenció un área hipodensa en el cuerpo mandibular con presencia de expansión y adelgazamiento de la cortical vestibular, además se aprecia desplazamiento de los órganos dentales de la zona, verificados también en los cortes transversales (Figura 1D-1F). Por otro lado, se evaluó la lesión ubicada en la rama ascendente de la mandíbula en un corte sagital donde se observa una imagen hipodensa en relación con el nervio dentario inferior de difícil acceso (Figura

1G). Ambas lesiones son compatibles con un quiste odontogénico, por lo que se realiza una biopsia escisional para determinar el diagnóstico definitivo del mismo.

Figura 1

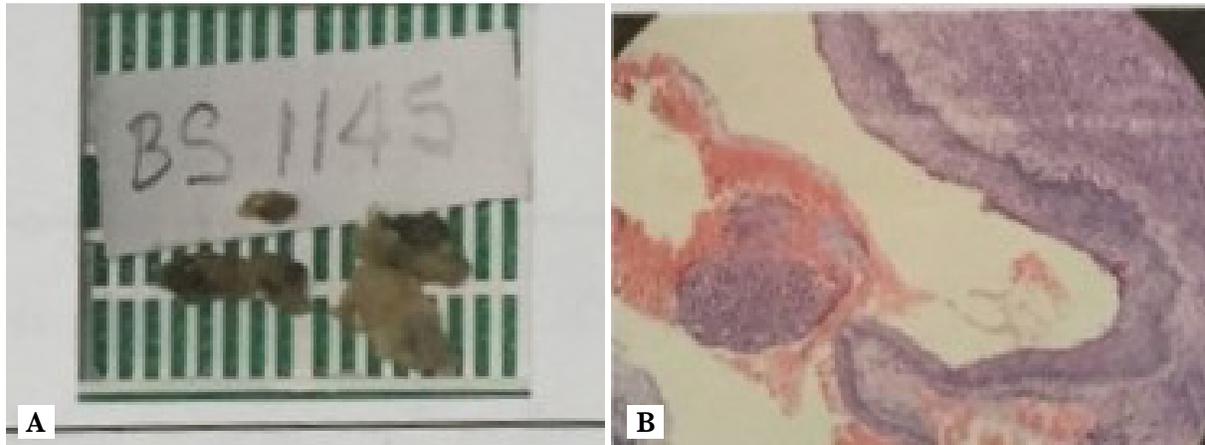
1A Fotografía intraoral inicial sin alteraciones aparentes; 1B. Estudio imagenológico inicial; 1C Tomografía computarizada (corte axial) imagen hipodensa osteolítica en el cuerpo mandibular derecho, con expansión de la cortical ósea vestibular y desplazamiento dental; 1D-1F Tomografía computarizada (cortes transversales) de los órganos dentales afectados. 1G. Tomografía computarizada (corte sagital) imagen hipodensa osteolítica a nivel de la rama ascendente en relación con el nervio dentario inferior.



La biopsia constó de 4 fragmentos de tejido blando para su procesamiento microscópico (Figura 2A). El estudio histopatológico arroja una lesión quística característica, formada por una pared de tejido conjuntivo fibroso e infiltrado en forma difusa por células inflamatorias de tipo crónico y revestida de un epitelio paraqueratinizado de espesor regular, con una basal empalizada, núcleos hiper cromáticos y bien definidos, con áreas de inversión nuclear de la polaridad. Indicando un diagnóstico definitivo de Queratoquiste Odontogénico (Figura 2B).

Figura 2

Examen histopatológico: 2A Vista macroscópica de la biopsia; 2B Vista microscópica de la biopsia correspondiente a Queratoquiste Odontogénico.



Tras el resultado del examen histopatológico y evaluación de las lesiones se realizó la planificación del tratamiento, donde se tiene en cuenta que la extensión de las lesiones y la edad del paciente representa un factor de riesgo para la recurrencia de las lesiones, por lo tanto, se decidió tratar ambas lesiones mediante descompresión, seguida de enucleación quirúrgica.

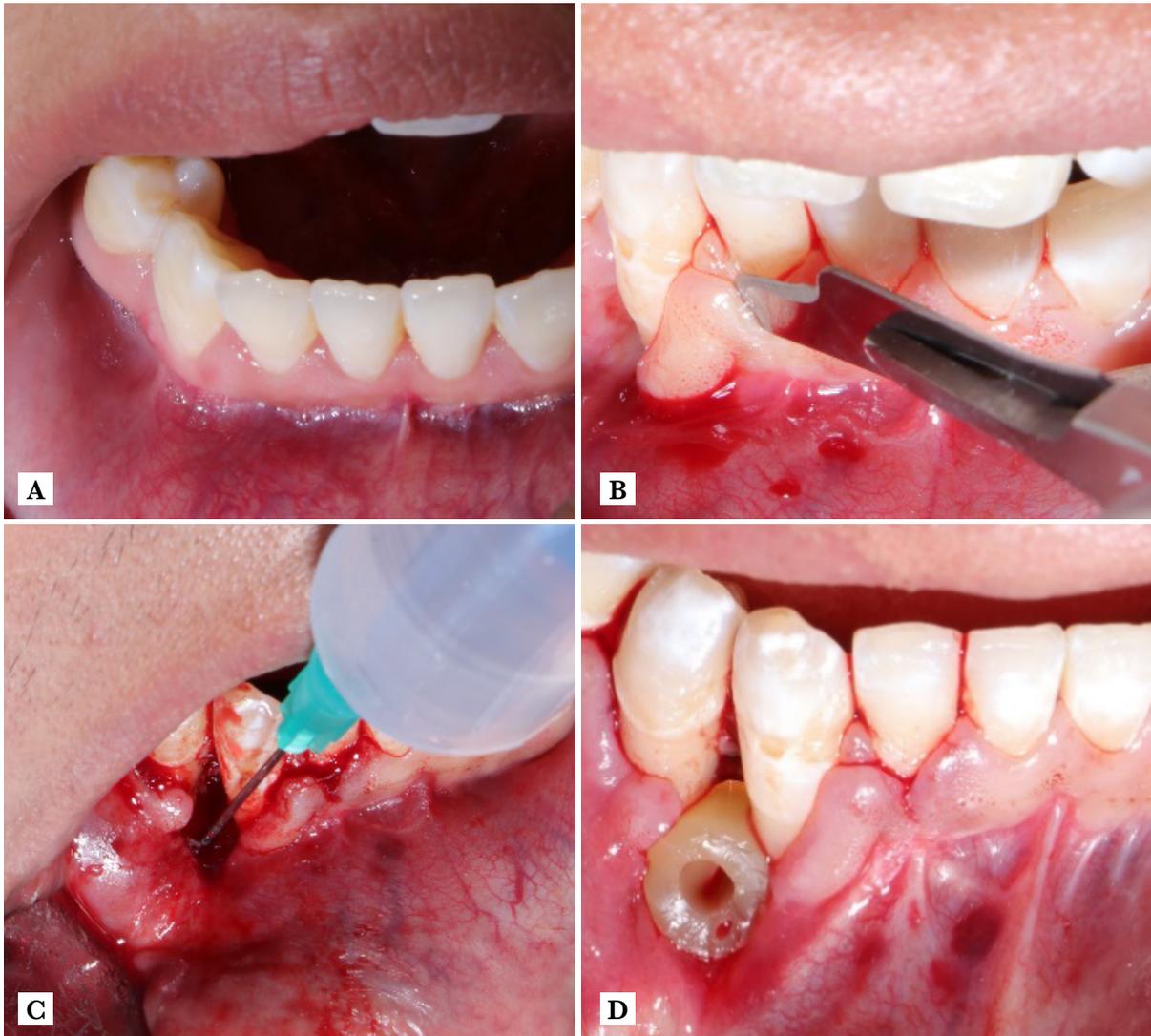
Se eligió este protocolo debido a que actualmente se ha demostrado la efectividad de la descompresión para reducir el tamaño de las lesiones mediante la liberación de presión osmótica interna del queratoquiste, facilitando de esta manera la enucleación quirúrgica; además, en diferentes reportes se ha comprobado la menor probabilidad de recidiva que presenta frente a otras técnicas (De Castro, *et al.*, 2018 ; Titinchi, 2020).

Sin embargo, por la proximidad de las estructuras vitales, en este caso del nervio dentario inferior, y el acceso a las lesiones se decide tratar en un primer momento el queratoquiste localizado en el cuerpo mandibular por presentar condiciones favorecedoras para la intervención. Por lo contrario, la lesión ubicada en la rama ascendente derecha tiene una relación importante con el nervio dentario inferior y un acceso limitado por lo que se indica su control periódico para una futura descompresión debido al compromiso quirúrgico que representa.

Se planificó la intervención quirúrgica para la descompresión del queratoquiste de mayor tamaño, situado en el cuerpo mandibular, para ello se colocó anestesia local y se accedió con una incisión por distal del O.D. 4.3 para instalar el dispositivo de descompresión, en este caso se colocó un segmento de una sonda vesical, con el fin de drenar el queratoquiste odontogénico (Figura 3A-3D).

Figura 3

3A Fotografía Preoperatoria; 3B Incisión; 3C Aspiración; 3D Colocación del fragmento de sonda vesical entre O.D. 4.3 y 4.4.

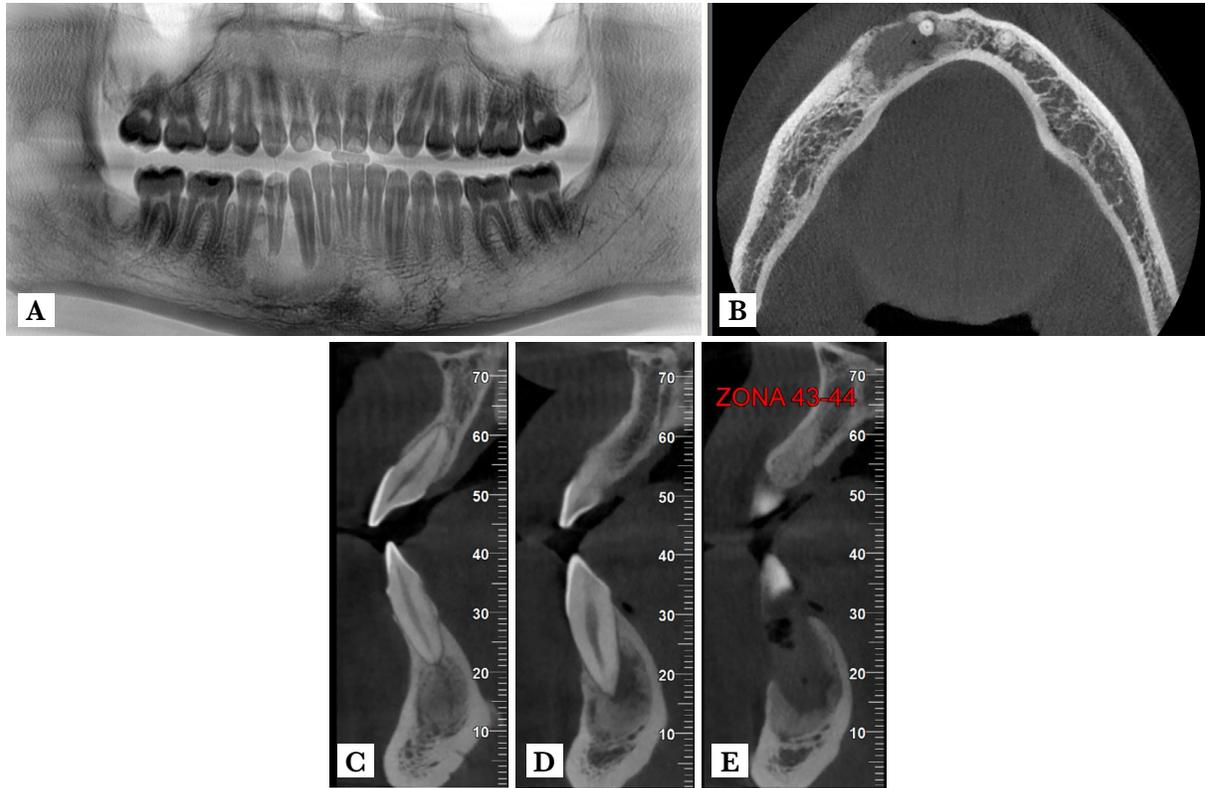


Tras el procedimiento quirúrgico se indicaron los cuidados al paciente, explicando con énfasis la importancia de la higienización habitual, seguida de la irrigación de la lesión con 10ml de suero fisiológico después de cada comida. Se citó al paciente para evaluar el procedimiento dos semanas después y ante un cuidado adecuado fue llamado a controles posteriores cada 3 semanas para evaluar la higiene, mantención del drenaje y señales asociadas.

A la quinta semana se retira la sonda, pero se mantiene la fistula formada con tejido conjuntivo alrededor, a la octava semana se pudo evidenciar la ausencia de expansión de la cortical vestibular y a la vigésima semana mediante una tomografía computarizada se observa una notable disminución de la extensión del quiste, formación progresiva de hueso y desplazamiento dental (Figura 4A-4E).

Figura 4

4A Radiografía Panorámica 5 meses después del procedimiento quirúrgico donde se observa una disminución notable del quiste y formación ósea; 4B Tomografía computarizada de haz cónico (corte axial) muestra una reparación de la tabla vestibular; 4C-4E Tomografía computarizada de haz cónico (cortes transversales) con formación ósea.



3. Discusión

En el presente caso se presenta un queratoquiste odontogénico en un paciente masculino joven, coincidiendo con los reportes de la literatura donde indican que la lesión es más frecuente en el sexo masculino, presentándose en un 60% de la población general. Sin embargo, se ha demostrado que cuando los queratoquistes están asociados al síndrome de Gorlin Goltz su relación es 1:1, es decir que hay igual afección tanto para hombres como para mujeres, tomando en cuenta que el paciente puede presentar otras alteraciones características del síndrome como carcinomas basocelulares múltiples, depresiones dígito-palmares, calcificación de la hoz del cerebro, costillas bífidas y mutación del gen supresor de tumores Patched 1 (Regezi, *et al.*, 2012; Bachesk, *et al.*, 2021).

En cuanto a la edad del paciente se puede considerar que se encuentra dentro del rango de edad más predisponente a presentar la lesión, considerado entre la segunda y tercera década de vida, aunque se han presentado algunos casos en adultos hasta de 90 años, por lo que resultan indispensables los controles periódicos como parte del tratamiento de la lesión (Pardo, *et al.*, 2020; Regezi, *et al.*, 2012).

A pesar de tratarse de una lesión benigna, es caracterizada por su comportamiento biológico agresivo, generalmente se localiza en el cuerpo y rama mandíbula, esta ubicación es la más frecuente reportada dentro de la literatura, sin embargo, puede presentarse también en el maxilar superior y generalmente es asociada con la presencia de órganos dentales retenidos. Cabe mencionar que los queratoquistes odontogénicos hacen parte de las características principales que conforman el Síndrome

de Gorlin Goltz, que, a pesar de presentar la misma histología, en este trastorno suelen presentarse de forma múltiples y son más agresivos que los queratoquistes odontogénicos no sindrómicos (Regezi, *et al.*, 2012; Moctezuma, *et al.*, 2020; Bachesk, *et al.*, 2021).

Clínicamente puede presentarse imperceptible para el paciente, ya que es una lesión asintomática y generalmente suele presentarse como un hallazgo radiográfico descrito como una lesión osteolítica unilocular o multilocular. No obstante, cuando la lesión ha logrado un tamaño importante, pueden hacerse notables ciertos cambios como asimetría facial, desplazamiento dental, parestesia o disminución del volumen de las corticales que en ocasiones serán notables a la palpación presentando un aspecto crepitante. Todo esto depende del tamaño de la lesión y su ubicación (Regezi, *et al.*, 2012; De Castro, *et al.*, 2018).

Existen múltiples opciones de tratamiento que pueden combinarse entre sí, sin embargo, no se ha logrado un consenso entre los cirujanos debido a la variabilidad de características que presentan y su riesgo de recidiva tras el tratamiento. En el reciente artículo publicado por Titinchi en el 2020, afirma que la elección únicamente de la enucleación es un tratamiento inadecuado y debe ser usado en conjunto con métodos adyuvantes para reducir la tasa de recidiva. Por el contrario, atribuye a la descompresión seguida de la enucleación quirúrgica como una primera línea de tratamiento, indicando de igual manera que presentan un mejor pronóstico al estar acompañadas de un método coadyuvante, sea este el uso de solución de Carnoy, crioterapia u ostectomía periférica (De Castro, *et al.*, 2018 ; Titinchi, 2020; Slusarenko da Silva, *et al.*, 2019).

En el presente caso, se tomó en cuenta la gran extensión de la lesión, compromiso de la tabla vestibular y relación con el nervio dentario inferior para elegir el plan de tratamiento, que consistió en la descompresión de la lesión mediante un fragmento de sonda vesical, seguido de enucleación con un método coadyuvante. Durante el seguimiento se ha visualizado una notable mejoría al evaluar el procedimiento mediante una tomografía axial computarizada, que muestra una clara neoformación ósea tras cinco meses de tratamiento de descompresión. Slusarenko, en el 2019 publicó una revisión sistemática de la recurrencia de queratoquistes tratados con y sin marsupialización e indicó que se debe dar un seguimiento de la marsupialización por un período de 12 a 18 meses previo a la enucleación (Slusarenko da Silva, *et al.*, 2019).

Aunque técnicamente el tratamiento de marsupialización y descompresión son distintos al ser autoinducidos y realizados mediante un dispositivo respectivamente, ambos tienen como objetivo comunicar la luz de quiste con el exterior para reducir su presión, inducir un cambio en el epitelio del quiste y disminuir de esta manera el tamaño de la lesión. En el presente caso se utilizó el fragmento de una sonda vesical, pero autores como Moctezuma sugieren el uso de tubo de Penrose suturado a la mucosa y Bachesk recomienda un dispositivo estabilizado con un alambre de acero, también se ha reportado el uso de catéteres intravenosos o de alimentación pediátrica; todos ellos han mostrado resultados favorables para la descompresión (Pogrel, 2013; Moctezuma, *et al.*, 2020; Bachesk, *et al.*, 2021).

Este protocolo ha funcionado de manera favorable en múltiples reportes, demostrando la eficacia de la descompresión al disminuir el tamaño de la lesión y minimizar el daño a tejidos vecinos, induciendo de esta forma la neoformación de hueso progresivamente. A pesar de ello, se debe tener siempre en cuenta, el alto índice de recidiva del queratoquiste odontogénico, por lo que resulta indispensable su seguimiento periódico mediante exámenes de imagenología.

4. Financiamiento

No se contó con ningún financiamiento institucional.

5. Aspectos Éticos

La realización del presente reporte contó con consentimiento informado por parte del paciente.

6. Conflicto de Interés

Los autores manifiestan no tener conflicto de interés alguno.

Referencias

- Bachesk, A., Peder, S., Lustosa, R., Nogueira, L., & Iwaki, L. (2021) Gorlin-Goltz Syndrome: The importance of clinical investigation and a multidisciplinary approach. *Int. J. Odontostomat.*, 15(1): 189-195, <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2021000100189>.
- De Castro, M., Caixeta, C., De Carli, M., *et al.* (2018) Conservative surgical treatments for nonsyndromic odontogenic keratocysts: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.*, 22(5): 2089-2101, <http://doi: 10.1007/s00784-017-2315-8>.
- Gomes, C., Guimarães, L., Diniz, M., & Gomez, R. (2017) Molecular alterations in odontogenic keratocysts as potential therapeutic targets. *Journal of Oral Pathology & Medicine.*, 46(10): 877-882, <https://doi.org/10.1111/jop.12591>.
- Howard, M. (2008) Queratoquiste odontogénico: de quiste a tumor. *Odovtos - International Journal of Dental Sciences.*, 10: 79-83.
- Landa Román, C., & Gómez Pamatz, F. (2017) Síndrome de Gorlin-Goltz actualización, a propósito de un caso en el Hospital Infantil de Morelia. *Revista ADM.*, 74(2): 94-99.
- Moctezuma, A., Jaimes, E., Castañeda, E., González, P., Portilla, J., (2020) Tratamiento con descompresión de un queratoquiste odontogénico. *Rev Odont Mex.*, 24(2): 124-133.
- Pardo, S., Retamal, F., & Romo, L. (2020) Enucleación secundaria a descompresión o marsupialización para pacientes con queratoquiste. *Int. J. Inter. Dent.*, 13(3): 224-228, <http://dx.doi.org/10.4067/S2452-55882020000300224>.
- Pogrel, M. (2013) The keratocystic odontogenic tumor. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.*, 25(1): 21-30, <http://doi: 10.1016/j.coms.2012.11.003>.
- Regezi, J., Sciubba, J., & Jordan, R. (2012) *Oral Pathology. Clinical Pathologic Correlations.* 6 ed. Pensilvania, Elsevier.
- Ribeiro Júnior, O., Borba, A., Alves, C., Gouveia, M., Deboni, M., & Naclério Homem, M. (2017) Reclassification and treatment of odontogenic keratocysts: A cohort study. *Braz Oral Res.*, 18 (31): e98, doi: 10.1590/1807-3107bor-2017.vol31.0098. PMID: 29267660.
- Slusarenko da Silva, Y., Stoelinga, P., & Naclério Homem, M. (2019) Recurrence of nonsyndromic odontogenic keratocyst after marsupialization and delayed enucleation vs. enucleation alone: a

- systematic review and meta-analysis. *Oral Maxillofac Surg*, 23(1): 1–11, [http://doi: 10.1007/s10006-018-0737-3](http://doi:10.1007/s10006-018-0737-3).
- Sosa, R., Umérez, C., & Maestu, C. (2002) Queratoquiste Odontogénico. Revision de la literatura. Reporte de dos casos clínicos. *Acta Odontológica Venezolana*, 20(3).
- Stoelinga, P. (2019) Keratocystic odontogenic tumour (KCOT) has again been renamed odontogenic keratocyst (OKC). *Int J Oral Maxillofac Surg*, 48(3): 415-416, <http://doi:10.1016/j.ijom.2018.07.020>.
- Titinchi, F. (2020) Protocol for management of odontogenic keratocysts considering recurrence according to treatment methods. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*, 46: 358- 360, <https://doi.org/10.5125/jkaoms.2020.46.5.358>.
- Titinchi, F., & Nortje, C. (2012) Keratocystic odontogenic tumor: a recurrence analysis of clinical and radiographic parameters. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, 114: 136-42, <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2012.01.032>.
- Vega Llauradó, A., Ayuso Montero, R., Teixidor Olmo, I., Salas Enric, J., Marí Roig, A., & López López, J. (2013) Opciones terapéuticas en quistes odontogénicos. Revisión. *Av Odontoestomatol*, 29(2): 81-93.
- Vlamontes, J., Ortega, M.; & Morales, R. (2019) Queratoquiste odontogénico: a propósito de un caso. *Revista Progaleno*, 2(1).
-

ABSTRACT

Introduction: Keratocyst is a benign odontogenic lesion with aggressive behavior, probably derived from the dental lamina. It is frequently located in the posterior part of the mandibular bone in the area of the third molar, mandibular angle and can progress towards the ramus and the body, presenting a direct association with retained dental organs. There is a wide variety of techniques for the treatment of this lesion, such as decompression, marsupialization, enucleation, and en bloc resection, as well as the combination of these with adjuvant methods. The interest in this lesion stems from its high recurrence rate, which is estimated to be 20-30% in the general population, however, at present the use of conservative treatments such as marsupialization and decompression has been chosen. demonstrated greater effectiveness and less recurrence. This is why after treating the lesions it is important to give a long-term follow-up.

The objective of the publication is to present the report of a clinical case of a 21-year-old male patient with a diagnosis of odontogenic keratocyst treated with a decompression technique for five months for subsequent surgical enucleation.

Conclusion: It has been proven that decompression treatment followed by enucleation and accompanied by adjuvant methods is an adequate therapeutic management for keratocysts as it demonstrates its lower rate of recurrence and its noble behavior with neighboring vital structures. However, in all cases, regular monitoring should be carried out to prevent recurrence of the lesion.

Keywords: Odontogenic Cyst, Keratocyst, Conservative Treatment, Decompression, Dentistry.
