



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza"  
Carrera de Cirujano Dentista

*Diagnóstico y tratamiento de queratoquiste.  
Presentación de un caso clínico*

Tesis  
Que para obtener el título de  
Cirujana Dentista  
presenta:  
Ana Lucy Jaramillo Ríos

Director:  
CMF. Agustín Tíol Morales



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# Gracias

## **A mi Papá:**

*Por todo su esfuerzo y trabajo pude terminar la carrera, por estar ahí cuando te necesite, por ser tan abierto en tus ideas, y por ser el mejor de los padres que hay en este mundo.*

## **A mi Mamá:**

*Por guiarme por el mejor de los caminos, por ayudarme a lograr este sueño y por enseñarme a ser fuerte y a afrontar los retos de la vida.*

## **A mi hermana Lirio:**

*Por todos esos momentos tan especiales que hemos pasado juntas.*

## **A mi hermana Liz:**

*Por aguantar todas mis locuras, por escucharme, entenderme y por darle un toque especial a este proyecto.*

## **A Francisco M.V.:**

*Por tu ayuda y dedicación pude terminar con éxito esta carrera, por compartir tantos momentos buenos y malos, por cuidarme como nadie y con tanto amor, y por estar ahí cuando te necesite. Te amo.*

## **A Karina C. R. :**

*Por ser una gran persona, por que siempre me has ayudado y por compartir tantos momentos inolvidables.*

## **Al Dr. Agustín T.M.:**

*Por impulsarme a realizar este proyecto.*

## **A los Drs.:**

**Ma. Gloria Bucio Bucio**  
**Leticia Malagon Márquez**  
**Alejandra Gómez Carlos**  
**Raúl Flores Díaz**

*Por brindarme su tiempo y conocimientos para mejorar este proyecto*

# Índice

<i>Introducción</i> .....	6
<i>Justificación</i> .....	8
<i>Planteamiento del problema</i> .....	9
<i>Marco teórico</i> .....	10
- <i>Clasificación de los quistes</i> .....	14
- <i>Quistes odontogénicos</i> .....	15
- <i>Quistes no odontogénicos</i> .....	23
- <i>Tratamiento de los quistes</i> .....	25
- <i>Síndrome de Gorlin Goltz</i> .....	30
<i>Objetivos</i> .....	37
<i>Metodología</i> .....	38
<i>Recursos</i> .....	41
<i>Presentación del caso clínico</i> .....	43
<i>Impacto y trascendencia del caso clínico</i> .....	48
<i>Conclusiones</i> .....	49
<i>Propuestas</i> .....	50
<i>Bibliografía</i> .....	51
<i>Anexos</i> .....	54
<i>Glosario</i> .....	58

# *Introducción*

**S**e presenta el caso, y manejo de un paciente femenino de 62 años de edad con síndrome de Gorlin-Goltz, quien fue diagnosticada inicialmente en un centro hospitalario en el año de 1987.

El síndrome de Gorlin-Goltz es una entidad genética cuya etiología obedece a herencia autosómica dominante, y sus características fundamentales son, múltiples queratoquistes maxilares, múltiples carcinomas basocelulares nevoides cutáneos, alteraciones esqueléticas entre las más sobresalientes están las costillas bífidas o ensanchadas.

Los queratoquistes son lesiones que pueden aparecer tanto en maxilar como en mandíbula, siendo más frecuente en esta última, se desarrollan y crecen en el espacio medular y cuando alcanzan grandes tamaños y destruyen las corticales invadiendo tejidos blandos alcanzando grandes tamaños como es el caso motivo de este trabajo.

El tratamiento de los quistes odontogénicos y no odontogénicos pueden ser de 3 tipos fundamentalmente, Partch I o enucleación consiste en el retiro de toda la cápsula quística y el cierre inmediato de la herida, Partch II o marsupialización que es el retiro de mucosa, tejido óseo si existe y parte de la cápsula, dejando expuesto el interior del quiste a la cavidad bucal por un tiempo variable hasta que se regenera totalmente el tejido destruido y quedando remodelada el área afectada, la tercera es la canalización prolongada, se hace una perforación a través de la cápsula y se coloca un sonda de nelaton que permite que el interior de la cavidad quística quede comunicada con la cavidad bucal permanentemente hasta su resolución.

Los queratoquistes presentan un elevado potencial de recidiva, y su tratamiento generalizado y frecuente es la resección del segmento óseo afectado, sin embargo el caso que trato en este trabajo han sido marsupializados con excelentes resultados.

Se expone la secuencia de hechos desde que se realiza el diagnóstico del primer paciente (hijo) y la detección del segundo paciente (madre), hasta la forma de tratamiento.

# *Justificación*

**S**e presenta un caso clínico donde se diagnosticaron queratoquistes de gran tamaño en ambos lados de la mandíbula, lesiones que presentan elevada posibilidad de recidiva y que en la actualidad la opinión generalizada para tratarlas es realizar tratamientos quirúrgicos radicales como lo es la resección en bloque de la zona afectada, como en este caso los cirujanos maxilofaciales del hospital donde la paciente es derechohabiente habían decidido realizar. Estas lesiones pueden ser uni o multiloculares, tienen un comportamiento clínico agresivo con alto potencial de residiva. <sup>(1)</sup>

Es importante que el cirujano dentista de práctica general cuente con los conocimientos que le permitan diagnosticar o sospechar de esta entidad y orientar adecuadamente al paciente sobre el tratamiento.

---

1.- LOBOS N. QUISTES DE LOS MAXILARES. ANUARIO. SOCIEDAD DE RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL DE CHILE (REVISTA ON-LINE) 2003 (ACCESO 2005), VOL.6 (1).DISPONIBLE EN: <http://www.sromfch.cl/anuario/TRABAJOS/Quistesd.pdf>

## *Planteamiento del problema*

**L**os quistes en los maxilares es una entidad de alta prevalencia y por las complicaciones que traen consigo requiere de profesionales capaces de dar una buena atención odontológica con el fin de identificar, tratar, y rehabilitar las zonas afectadas de una manera integral por lo que surge la siguiente pregunta: ¿Cuál es el proceso para establecer el diagnóstico del queratoquiste, así como del tratamiento a seguir en el paciente estudiado?

# Marco teórico

**L**os quistes de los maxilares son cavidades patológicas intraóseas formados por una cápsula de tejido conectivo y tapizado interiormente por epitelio. Se generan a partir de residuos epiteliales remanentes de las líneas de fusión de la cara (Quistes no odontogénicos o fisurales), la mayoría provienen de residuos epiteliales de la odontogénesis, de los cuales ambos maxilares están repletos (Quistes Odontogénicos).<sup>(1)</sup>

Un quiste esta formado por tres estructuras fundamentales: una pared exterior (cápsula) de tejido conectivo, cavidad central (luz), revestimiento epitelial interno. La cavidad quística suele contener material líquido o semisólido, el revestimiento epitelial difiere entre los distintos tipo de quiste. La pared del quiste esta formada por tejido conjuntivo que contiene fibroblastos y vasos sanguíneos.<sup>(2)</sup>

En las fases iniciales, cuando el quiste es muy pequeño o todavía no ha causado ninguna alteración morfológica de las corticales, los signos apreciables clínicamente durante la visita son casi inexistentes. Es habitual que el hallazgo de la lesión sea totalmente casual, durante la ejecución de una radiografía odontológica realizada por otras razones. La mucosa superpuesta suele tener un color y una consistencia normal.<sup>(3)</sup>

El quiste en fase inicial no provoca erosiones de las raíces dentarias, pero si de desplazamientos, la erosión de las raíces debe despertar la sospecha de una neoplasia. En las fases mas avanzadas, la progresiva expansión. Cuando la cortical se encuentra muy erosionada y expandida, sobre

---

1.- LOBOS N. QUISTES DE LOS MAXILARES. ANUARIO. SOCIEDAD DE RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL DE CHILE (REVISTA ON-LINE) 2003 (ACCESO 2005), VOL.6 (1).DISPONIBLE EN: <http://www.sromfch.cl/anuario/TRABAJOS/Quistesd.pdf>

2.- PHILIP S. PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL CONTEMPORÁNEA. ESPAÑA. EL SEVIER. 2003 : 38-57.

3.- CHIAPASCO M. CIRUGIA ORAL. MEXICO, MANSSON 2004: 217-243.

la mucosa superpuesta al quiste puede presentarse típico aspecto abombado. El examen extra oral se realizará mediante inspección y palpación, se debe prestar especial atención a la valoración de un ocasional desarrollo del quiste. En el caso de desarrollo hacia el piso de boca, puede resultar muy útil efectuar una palpación bimanual, una mano en la región submandibular y submental elevando y dando firmeza al piso de la boca, y con la otra se realiza la palpación intrabucal. La palpación puede además determinar si existe molestia o dolor concretamente en el caso de quistes infectados. <sup>(3)</sup>

En la mayoría de los casos y en particular en las fases iniciales, los quistes son asintomáticos, a menos que se infecten o causen una deformación de los huesos maxilares que sea clínicamente visible. En caso de infección se produce una sensación de tensión local o dolor, y en caso de erosión de una de las corticales, los quistes pueden fistulizarse con secreción purulenta. Radiográficamente se presenta en forma de áreas radiotransparentes con márgenes bien definidos y un típico borde esclerótico más radiopaco debido a una reacción ósea en la periferia de la lesión. Pueden presentarse en formas uni o multiloculares, pero en la radiografía no se observa ningún criterio patognórmico que permita diferenciar los distintos tipos de quistes. <sup>(2)</sup>

La prueba estándar es la ortopantomografía la cual define bien la forma y el tamaño de las lesiones, sus limitaciones son: proporcionan una imagen bidimensional con posible superposición de otras estructuras anatómicas y espacios aéreos, no detecta el grado de alteración de la estructura ósea, la reabsorción de las corticales y la afección de los tejidos blandos. Las radiografías intraorales pueden resultar útiles para lesiones de tamaño reducido, sobre todo en quistes radiculares. Los principales parámetros radiológicos a analizar son:

**Forma:** el quiste clásico se presenta como una lesión unilocular, más o menos redonda o elíptica, en algunos casos pueden presentarse como una lesión multilocular.

---

2.- PHILIP S. *PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL CONTEMPORÁNEA. ESPAÑA. EL SEVIER. 2003 : 38-57.*

3.- CHIAPASCO M. *CIRUGIA ORAL. MEXICO, MANSSON 2004: 217-243.*

**Localización:** es extremadamente variable, pero existen casos que se asocian a un tipo específico de quiste (por ejemplo el quiste nasopalatino se localiza siempre en la línea media del maxilar superior, en relación con el foramen nasopalatino).

**Número:** habitualmente se presentan en forma individual, sin embargo pueden existir cuadros clínicos de quistes múltiples, particularmente el caso que esta asociado al síndrome de gorlin-goltz (queratoquiste).

**Márgenes:** suelen ser claros y se encuentran delimitados por un borde bien definido. Los márgenes mal definidos deben incluir siempre sospecha de una lesión de origen diferente, en particular neoplásica.

**Homogeneidad:** el quiste se presenta típicamente como un área con radiotransparencia bastante uniforme. La presencia de alternancia entre áreas radiotransparentes y mas radiopacas, o la presencia de septos óseos debe inducir la sospecha de una lesión de origen diferente (tumores Odontogénicos y no Odontogénicos) o formas de quistes particularmente agresivos, como el queratoquiste.

**Alteraciones de las estructuras adyacentes:** durante su expansión, el quiste causa mayor desplazamiento, característica de las estructuras adyacentes, pero no su erosión. La reabsorción de raíces dentarias en relación con quistes debe inducir la sospecha de una lesión de origen más agresivo (neoplasia). Tras una correcta anamnesis, un examen objetivo y el análisis de las radiografías se dispondrá de información suficiente para poder formular un diagnóstico clínico y planificar el tratamiento. <sup>(3)</sup>

El diagnóstico clínico y radiológico será de todos modos hipotético y solo el examen histológico podrá confirmar un diagnostico preciso.

Ya que la mayoría de los casos los quistes presentan síntomas y signos clínicos y un aspecto radiológico específico que pueda orientar con bastante precisión un diagnóstico, el examen histológico se realiza normalmente sobre la muestra operatoria después de la enucleación. <sup>(3)</sup>

---

3- CHIAPASCO M. CIRUGIA ORAL. MEXICO, MANSSON 2004: 217-243.

## **Odontogénesis**

Los dientes se forman a partir del ectodermo bucal y mesodermo. El desarrollo dental es un proceso continuo, sin embargo con fines descriptivos suele dividirse en etapas con base en el aspecto del diente en desarrollo (lámina dentaria, yema dentaria, casquete, y campana). La primera indicación del desarrollo dental ocurre al inicio de la sexta semana de vida intrauterina, momento en el que aparece un engrosamiento del epitelio bucal. Estas bandas en forma de “U”, láminas dentales, siguen las curvas de ambos maxilares primitivos. <sup>(4)</sup>

El epitelio superficial de la cavidad bucal (ectodermo) sigue induciendo sobre el epitelio profundo (mesodermo), frente al cual el epitelio responde proliferándose pasando a formar una yema dentaria. Las células muestran poco o ningún cambio en cuanto a morfología o función. <sup>(5)</sup>

En la etapa de casquete las células ubicadas en la concavidad forman el epitelio interno del esmalte. El mesenquima condensado (papila dentaria) empuja el epitelio interno del esmalte que se invagina. La papila dentaria da origen a la dentina y a la pulpa. <sup>(6)</sup>

En el estadio de campana el órgano del esmalte consiste en una fina capa de epitelio externo y epitelio interno formado por ameloblastos y varias capas condensadas de células muy separadas entre si. <sup>(7)</sup>

La proliferación y degeneración quística de los restos de la lámina dental o los órganos del esmalte dan lugar a quistes Odontogénicos <sup>(1)</sup>

---

4.-KEITH M. MOLRE L. EMBRIOLOGIA BASICA. 5ta. ED, MEXICO, MC GRAW-HILL, INTERAMERICANA. 2000: 553-541.

5.- FACAL GM NOVA GJ. FERNÁNDEZ Q. N. DESARROLLO DE DIENTES Y ARCADAS TEMPORALES DURANTE LOS PERIODOS PREVIOS A LA ERUPCIÓN DENTARIA; 1999; XI: 191-200

6.- ROS. KAYNE. PAWLINA. HISTOLOGIA TEXTO Y ATLAS A COLOR CON BIOLOGIA CELULAR Y MOLECULAR, 4ta. ED. PANAMERICANA. 2004:442-455.

7.-BRUCE M.C. EMBRIOLOGIA HUMANA Y BIOLOGIA DDESARROLLO. 2da ED. ESPAÑA, HARCOURT 2000:304-307.

1.- LOBOS N. QUISTES DE LOS MAXILARES. ANUARIO. SOCIEDAD DE RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL DE CHILE (REVISTA ON-LINE)

## ***Clasificación de los quistes***

### 1.- Quistes Odontogénicos

#### A) No Inflamatorios

1. Quiste gingival
2. Quiste de erupción
3. Quiste lateral periodontal
4. Quiste dentífero
5. Quiste primordial
6. Queratoquiste

#### B) Inflamatorio

- 1.- Quiste radicular apical y lateral
- 2.- Quiste residual

### 2.-Quistes no Odontogénicos

1. Quiste nasolabial
2. Quiste nasoalveolar
3. Quiste globulomaxilar
4. Quiste nasopalatino
5. Quiste palatino medio

## **Quistes odontogénicos**

### **A) No Inflamatorios:**

#### **Quiste Gingival y Palatino del Recién Nacido**

Los quistes de la lámina dental del recién nacido son múltiples nódulos, ocasionalmente solitarios, que se encuentran en el reborde alveolar del recién nacido o de los lactantes, los cuales representan quistes que se originan a partir de los remanentes de la lámina dental. <sup>(8)</sup>

Casi todos los embriones humanos después del cuarto mes de vida fetal y por los menos el 80% de los recién nacidos tienen pequeños nódulos o quistes en la unión de los paladares duro y blando cerca del rafe medio. Son pequeños quistes de inclusión que probablemente son debidos a una incorporación de epitelio durante el proceso embrionario de la fusión palatina. Estos quistes se hacen superficiales y suelen romperse durante los primeros meses de vida. <sup>(3)</sup>

Es un quiste superficial que se presenta en la mucosa alveolar de niños hasta 3 meses con aspecto de gránulos de aproximadamente 2 mm de color blanquecino. También se les denomina “Perlas de Epstein” o “Nódulos de Bohn”. Son más comunes en el maxilar. Histológicamente son cavidades llenas de queratina en el espesor del corion por debajo del epitelio. No tienen ninguna trascendencia clínica. <sup>(1)</sup>

#### **Quiste Gingival del Adulto**

Lesión poco común, es más bien de tejido blando. No se encuentra comúnmente en los grupos jóvenes pero si aparecen en la segunda década ubicada en la encía libre o insertada. Debido a esa localización y aspecto, pueden diagnosticarse equivocadamente como un estoma de una fístula. <sup>(9)</sup>

---

1.- LOBOS N. QUISTES DE LOS MAXILARES. ANUARIO. SOCIEDAD DE RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL DE CHILE (REVISTA ON-LINE) 2003 (ACCESO 2005), VOL.6 (1).DISPONIBLE EN: <http://www.sromfch.cl/anuario/TRABAJOS/Quistesd.pd>

3.- CHIAPASCO M. CIRUGIA ORAL. MEXICO, MANSSON 2004: 217-243.

8.- SHAFER G. TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL. MÉXICO. INTERAMERICANA 4ta. ed. 1986 :262-281.

9.- SANDERS B. CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL PEDIATRICA. ARGENTINA. 3ra. Ed. MUND. 2000: 326-334.

Clínicamente indoloro, tamaño aproximado 5 mm, de color rojizo o azulado. Puede erosionar levemente el hueso alveolar. Se han documentado presentaciones múltiples. <sup>(1)</sup>

Es fácil eliminarlas por cirugía con poco daño a las estructuras adyacentes y no recidivan. <sup>(9)</sup>

### **Quiste de Erupción**

El quiste de erupción es una forma de quiste dentígero que se presenta en niños y muy pocas veces en adolescentes. Este quiste de tejido blando es resultado de la acumulación de líquido hístico o sangre dentro del espacio folicular de un diente en erupción. <sup>(10)</sup>

Este quiste está rodeando la corona de un diente en erupción que ya atravesó el tejido óseo. Es entonces un quiste dentígero en etapa extra ósea; clínicamente presenta un color azulado y recibe el nombre de Hematoma de Erupción de característico color azul. <sup>(1)</sup>

Puede ser unilateral o bilateral, único o múltiple y existir al nacer. Es ocasionado por la degeneración del retículo estelar. Es raro que el quiste desplace al diente debido a la tensión interna del quiste. Su tratamiento es marsupialización. <sup>(3)</sup>

### **Quiste Periodontal**

Puede definirse como un quiste embrionario no queratinizado y no inflamatorio, que se localiza a un diente adyacente o lateral a la raíz de un diente. La mayor parte de los quistes periodontales se localiza en la región premolar y canina mandibular, unos cuantos ocurren en la zona incisiva.

El quiste Periodontal predomina en hombres con porción de 2:1 con respecto a las mujeres, se presenta en individuos de edad mediana, entre la quinta y la sexta década de vida. <sup>(10)</sup>

Poco común, ocupa el espacio entre dos raíces de piezas dentarias vitales y su etiología es incierta, provendría de restos de Malassez, del epitelio reducido del esmalte o de la lámina dental. Es

---

1.- LOBOS N. QUISTES DE LOS MAXILARES. ANUARIO. SOCIEDAD DE RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL DE CHILE (REVISTA ON-LINE) 2003 (ACCESO 2005), VOL.6 (1).DISPONIBLE EN: <http://www.sromfch.cl/anuario/TRABAJOS/Quistesd.pdf>

3.- CHIAPASCO M. CIRUGIA ORAL. MEXICO, MANSSON 2004: 217-243.

9.- SANDERS B. CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL PEDIATRICA. ARGENTINA. 3ra. Ed. MUND. 2000: 326-334

10.- REGEZZI J. PATOLOGIA ORAL. MEXICO DE, 2da. Ed., INTERAMERICANA MC GRAW HILL 2000:335-353.

a menudo asintomático, generalmente un hallazgo radiográfico. Se presenta con mayor frecuencia en la mandíbula, área de los premolares en adultos. Radiográficamente aparece como un área radiolúcida unilocular. El tratamiento es quirúrgico, tratando de conservar la pieza dentaria que está vital. <sup>(1)</sup>

### **Quiste Dentífero**

Es por mucho el quiste más común de los maxilares en la niñez y adolescencia. En el adulto esta posición es ocupada por el quiste periapical. Para ser clasificado como dentífero, debe estar localizado alrededor de la corona de un diente no erupcionado. Es raro encontrar un quiste dentífero asociado a un diente primario. <sup>(9)</sup>

Es necesario señalar que se puede hacer la diferenciación entre quiste dentífero extrafolicular o intrafolicular, posiblemente el extrafolicular se desarrolla a partir de los restos de Serres, que son restos de la lámina dental que quedan por arriba del órgano del esmalte. En tanto que el quiste dentífero primario o intrafolicular, se origina en restos celulares que provienen del epitelio reducido del esmalte una vez que se ha formado la corona del diente <sup>(11)</sup>

Está asociado, la mayoría de las veces a terceros molares incluidos inferiores, caninos superiores, terceros molares superiores y premolares inferiores (en ese orden), pero también puede estar asociado a piezas supernumerarias, mesiodens e incluso odontomas. La mayoría son hallazgos radiográficos. Se presenta como un área unilocular radiolúcida de borde esclerótico en relación a una pieza dentaria impactada y pueden causar grandes desplazamientos y/o rizólisis en las piezas vecinas y el diagnóstico diferencial debe hacerse con Queratoquistes, Quistes periodontales y sobre todo con el Ameloblastoma Uniquístico. <sup>(1)</sup>

---

1.- LOBOS N. QUISTES DE LOS MAXILARES. ANUARIO. SOCIEDAD DE RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL DE CHILE (REVISTA ON-LINE) 2003 (ACCESO 2005), VOL.6 (1).DISPONIBLE EN: <http://www.sromfch.cl/anuario/TRABAJOS/Quistesd.pdf>

9.- SANDERS B. CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL PEDIATRICA. ARGENTINA. 3ra. Ed. MUND. 2000: 326-334.

11.- SCUIBBA J. PATOLOGÍA BUCAL, 2DA ED MÉXICO. INTERAMERICANA 1995: 325- 330

El tratamiento va a depender del tamaño, en los niños un tratamiento satisfactorio es la marsupialización, la aposición de hueso va a ser rápida y el diente puede llegar a erupcionar. Otra alternativa es la enucleación del quiste. Si se hace esto, generalmente se extrae el diente al remover el epitelio del adulto, en niños se hace el intento de dejar el diente, teniendo mucho cuidado de separar el epitelio del cuello del diente con un bisturí.<sup>(11)</sup>

### **Quiste Primordial:**

Extremadamente raro, controversial y escaso; su denominación ha causado confusión (se usó como sinónimo de Queratoquiste). Se formaría por la degeneración del retículo estrellado de el órgano del esmalte antes de la formación de tejidos duros.<sup>(1)</sup>

Este tipo de quiste se encuentra con más frecuencia en el lugar del tercer molar inferior o por detrás del mismo en el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula. Se ha creído que tiene su origen en gérmenes dentales supernumerarios.<sup>(3)</sup>

### **Queratoquiste**

El término queratoquiste odontogénico fue utilizado por primera vez por Philipsen en 1956, para denominar a cualquier quiste odontogénico que produzca queratina. Esta lesión presenta un comportamiento clínico agresivo, con un alto potencial de crecimiento, comprometiendo gran parte de la estructura ósea del maxilar antes de expresar algún signo clínico (a menos que se descubra en algún examen radiológico de rutina).<sup>(11)</sup>

---

1.- LOBOS N. QUISTES DE LOS MAXILARES. ANUARIO. SOCIEDAD DE RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL DE CHILE (REVISTA ON-LINE) 2003 (ACCESO 2005), VOL.6 (1).DISPONIBLE EN: <http://www.sromfeh.cl/anuario/TRABAJOS/Quistesd.pdf>

3.- CHIAPASCO M. CIRUGIA ORAL. MEXICO, MANSSON 2004: 217-243.

11.- SCUIBBA J. PATOLOGÍA BUCAL, 2DA ED MÉXICO. INTERAMERICANA 1995: 325- 330

12. TSUKAMOTO G. MAKINO T. KIKUCHI T. KISHIMOTO K. A COMPARATIVE STUDY OF ODONTOGENIC KERATOCYSTS ASSOCIATED WITH AND THIRD MOLAR. ORAL SURG. ORAL MED. ORAL PATHOL: 2002; 94: 272-5

Es uno de los quistes más característicos de los huesos maxilares. Hace algunos años su nombre provocó confusiones (se usó como sinónimo el término Quiste Primordial). Habitualmente se acepta al Queratoquiste como un quiste que proviene de la lámina dental o de sus remanentes. Sus imágenes microscópicas son una banda delgada o un forro de epitelio escamoso estratificado de 5 a 8 células en grosor, un forro queratinizado corrugado y una delgada cápsula de tejido conectivo, a menos que haya habido inflamación no suele presentar células inflamatorias, no presenta invaginaciones termoepiteliales. <sup>(12)</sup>

La mayoría de los queratoquistes odontogénicos ocurren en la mandíbula, en el área de tercer molar, dicho maxilar se va afectado en una proporción que va de 2-1 a 3-1 con respecto al maxilar superior. La incidencia de esta lesión es mayor en varones que en mujeres. <sup>(12)</sup>

Se puede encontrar en un amplio rango de edades desde la primera década de vida, el pico de su incidencia es entre la segunda y la tercera década y otro en la quinta década, también puede presentarse en cualquier área de los maxilares. <sup>(10)</sup>

Se caracteriza por su alta recurrencia, comportamiento agresivo y está asociado ocasionalmente con el Síndrome de Nevos de células basales o Síndrome de Gorlin- goltz. <sup>(13)</sup>

Radiográficamente muestran un aspecto cavitario oval o redondeado. Esta lesión se presenta como una imagen radiolúcida, bien circunscrita que presenta bordes radiopacos delgados. Es posible observar multilocularidad, en especial en lesiones grandes, sin embargo la mayoría de las lesiones son uniloculares. Rara vez se presenta como una imagen radiolúcida interradicular y periradicular. En estos casos los dientes adyacentes conservan la vitalidad. <sup>(12)</sup>

Varios métodos de tratamiento para queratoquiste odontogénico han sido reportados en porcentaje de conservación a cirugía radical, a causa del alto promedio de recurrencia. La meta del tratamiento de queratoquiste odontogénico es la prevención de la recurrencia, por lo tanto la ciru-

---

12. TSUKAMOTO G. MAKINO T. KIKUCHI T. KISHIMOTO K. A COMPARATIVE STUDY OF ODONTOGENIC KERATOCYSTS ASSOCIATED WITH AND THIRD MOLAR. *ORAL SURG. ORAL MED. ORAL PATHOL.* 2002; 94: 272-5

10.- REGEZZI J. *PATOLOGIA ORAL. MEXICO DF, 2da. Ed., INTERAMERICANA MC GRAW HILL 2000:335-353.*

13. NAKAMURA M. MITSYASU T. MITSYASU TAKETOMI T. MARSUPIALIZATION FOR ODONTOGENIC KERATOCYSTS: LONG- TERM FOLLOW ANALYSIS OF THE EFFECTS AND CHANGES IN GROWTH CHARACTERISTICS. *ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL.* 2002; 94: 543-53

gía más agresiva incluye la resección de hueso involucrado con hueso injertado o curetaje agresivo de la cavidad quística del hueso. <sup>(14)</sup>

Pero los tratamientos radicales son asociados con numerosas complicaciones que incluyen deformidad facial, falta de dientes, infecciones de hueso transplantado y entumecimiento permanente de la región inervada por el nervio dentario inferior cuando el queratoquiste esta en la zona. <sup>(13)</sup>

A causa de las complicaciones, después del tratamiento radical, la marsupialización o descompresión se han sugerido como un tratamiento conservador, aunque hay la necesidad de un seguimiento frecuente del caso. <sup>(14)</sup>

Existe controversia en el mejor método: curetaje o enucleación más agresiva para evitar la recidiva. Con cierto éxito se han tratado previo a la cirugía con métodos de descompresión y marsupialización. <sup>(1)</sup>

A pesar de la destreza del cirujano, cabe esperar recidiva del quiste y se debe advertir al paciente que puede ser necesario mas de un procedimiento para erradicar el quiste, aunque la mayoría de las recidivas se presentan en los 5 años siguientes a la extirpación quirúrgica, a veces pueden recidivar hasta 10 años después. Por ello es aconsejable un seguimiento clínico estricto del lecho quirúrgico. <sup>(2)</sup>

Como la recurrencia se ha reportado tan alta, muchos tratados se han hecho para mejorar técnicas quirúrgicas incluyendo la aplicación de la solución carnoys y crioterapia. <sup>(13)</sup>

El pronóstico de este queratoquiste, presenta grande recurrencia, por lo que es necesario vigilarlo mediante radiografías anuales al menos durante 5 años posteriores a la cirugía, puede haber recidivas incluso 25 años después de la primera excisión de un queratoquiste. <sup>(11)</sup>

---

1.- LOBOS N. QUISTES DE LOS MAXILARES. ANUARIO. SOCIEDAD DE RADIOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DE CHILE (REVISTA ON-LINE) 2003 (ACCESO 2005), VOL.6 (1).DISPONIBLE EN: <http://www.sromfch.cl/anuario/TRABAJOS/Quistesd.pdf>

2.- PHILIP S. PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL CONTEMPORÁNEA. ESPAÑA. EL SEVIER. 2003 : 38-57.

11.- SCUIBBA J. PATOLOGÍA BUCAL, 2DA ED MÉXICO. INTERAMERICANA 1995: 325- 330

13. NAKAMURA M. MITSYASU T. MITSYASU TAKETOMI T. MARSUPIALIZATION FOR ODONTOGENIC KERATOCYSTS: LONG- THERM FOLLOW ANALISIS OF THE EFFECTS AND CHANGES IN GROWTH CHARACTERISTICS. ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL. 2002: 94: 543-53

14.- JUNG Y.S. LEE S.H. PARK H. DESCOMPRESSION OF LARGE ODONTOGENIC KERATOCYSTS OF THE MANDIBLE ORAL MIXILLOFAC SURG: 2005: 63: 267-271

## **B) Inflamatorios:**

### **Quiste Radicular Apical y Lateral**

Es el quiste más común de los maxilares. De origen inflamatorio, siempre proviene de un granuloma apical consecutivo a una gangrena pulpar, que estimula a restos epiteliales de Malassez, que a la vez están incluidos en el granuloma. Los términos apical y lateral indican la localización del quiste. Clínicamente siempre está asociado a una pieza dentaria desvitalizada, casi siempre por caries, o una historia de traumatismo o de necrosis química (materiales de obturación). Se observa rarísimas veces en piezas temporales y en ocasiones puede estar presente con fístula en la encía. Radiológicamente es difícil diferenciarlo del Granuloma Periapical. Su histología es inespecífica; el aspecto del epitelio depende del grado de inflamación. El epitelio es plano pluriestratificado, generalmente no queratinizado sobre un conjuntivo con diversos grados de infiltración inflamatoria de células mononucleares: linfocitos, monocitos, plasmocitos, macrófagos en espuma, etc. <sup>(9)</sup>

Eventualmente es posible distinguir en el epitelio calcificaciones distróficas intraepiteliales hialinas que se conocen con el nombre de cuerpos de Rushton que muy rara vez se pueden ver en otros quistes y en el conjuntivo cristal de colesterol de morfología típica y que pueden producir áreas de reacción a cuerpo extraño (células multinucleadas). <sup>(9)</sup>

El tratamiento del Quiste Radicular siempre ha sido controvertido, tal vez porque es indistinguible de un Granuloma. Usualmente se indica pulpectomía o cirugía (extracción o apicectomía, dependiendo del caso). <sup>(1)</sup>

---

1.- LOBOS N. QUISTES DE LOS MAXILARES. ANUARIO. SOCIEDAD DE RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL DE CHILE (REVISTA ON-LINE) 2003 (ACCESO 2005), VOL.6 (1).DISPONIBLE EN: <http://www.sromfch.cl/anuario/TRABAJOS/Quistesd.pdf>

9.- SANDERS B. CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL PEDIATRICA. ARGENTINA. 3ra. Ed. MUND. 2000: 326-334.

### **Quiste Residual:**

Quiste intraóseo, aparece como una secuela quirúrgica postextracción sin remoción de la lesión apical. Asintomático, generalmente es un hallazgo radiográfico en relación al reborde alveolar desdentado y se presenta como un área radiolúcida bien definida con un borde esclerótico. Quiste Mandibular Infectado Bucal: Fue reportado por primera vez por Stoneman y Worth en 1983. Posteriormente, aparece reconocido como entidad específica en la Clasificación Internacional de los Tumores Odontogénicos en su 2ª Edición en 1992, incluyéndolo en el grupo de los Quistes Inflamatorios, pero sin diferenciarlo del Quiste Paradental (Quiste de Craig).<sup>(10)</sup>

Histológicamente muy similar al Quiste Radicular pero siempre con menos inflamación. Rara vez se ha descrito transformación en Displasia Epitelial y en Carcinoma Espinocelulares.<sup>(10)</sup>

---

10.- REGEZZI J. *PATOLOGIA ORAL. MEXICO DF, 2da. Ed., INTERAMERICANA MC GRAW HILL 2000:335-353.*

## **Quiestes no odontogénicos**

### **Quieste Nasopalatino o del Canal Incisivo**

Son quistes ubicados en el centro del conducto incisivo. Ocasionalmente se forma un quiste de tejido blando en la papila palatina estos quistes no se expanden hacia el interior del hueso ni modifican significativamente la mucosa de recubrimiento. <sup>(15)</sup>

Es el más común de los quistes no odontogénicos de la cavidad oral. Se desarrolla de restos epiteliales de la conexión de la cavidad nasal y oral (conducto nasopalatino). Puede provocar aumento de tamaño de la papila incisiva, pero generalmente es un hallazgo radiográfico. El Quieste Palatino Medio es un rarísimo quiste que se desarrolla a partir de restos epiteliales de la fusión de los procesos palatinos horizontales; generalmente se considera que representa una posición más posterior del Quieste Nasopalatino. <sup>(1)</sup>

El quiste nasopalatino se presenta como una radiotransparencia bien circunscrita, oval o en forma de corazón, localizada en la línea media de la parte anterior del maxilar superior entre las raíces de los incisivos centrales. En el maxilar edéntulo el diagnóstico radiológico puede no ser tan obvio como en un paciente no edéntulo. <sup>(2)</sup>

### **Quieste Nasolabial o Nasoalveolar:**

Es una lesión poco frecuente que afecta en mayor proporción a individuos en la cuarta o quinta década de la vida. El principal signo clínico es una tumoración del tejido blando de la región canina, pero en ocasiones el paciente presenta obstrucción nasal de poca intensidad. Es posible que la tumoración se localice en el pliegue muco bucal y poca consistencia suave o blanda. <sup>(10)</sup>

---

1.- LOBOS N. QUISTES DE LOS MAXILARES. ANUARIO. SOCIEDAD DE RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL DE CHILE (REVISTA ON-LINE) 2003 (ACCESO 2005), VOL.6 (1).DISPONIBLE EN: <http://www.sromfch.cl/anuario/TRABAJOS/Quistesd.pdf>

2.- PHILIP S. PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL CONTEMPORÁNEA. ESPAÑA. EL SEVIER. 2003 : 38-57.

10.- REGEZZI J. PATOLOGIA ORAL. MEXICO DF, 2da. Ed., INTERAMERICANA MC GRAW HILL 2000:335-353.

15.-KRUGER G. CIRUGÍA BUCO-MAXILOFACIAL. MÉXICO. 6ta. ed. PANAMERICANA. 1999: 230-251.

Situado en los tejidos blandos cerca del proceso alveolar y ventana nasal. Se desarrollaría a partir de restos de la fusión de los procesos nasales medios y procesos maxilares. Generalmente unilateral, se han descrito casos bilaterales. Se presenta como un aumento de volumen fluctuante preferentemente en mujeres en la cuarta o quinta década. Sin expresión radiográfica, ocasionalmente es posible observar una “erosión” en el hueso. Su pronóstico es excelente. <sup>(1)</sup>

### **Quiste Globulomaxilar**

Este quiste se desarrolla dentro del hueso entre el incisivo lateral y canino superior, el quiste se forma en la sutura ósea de la premaxila y la maxila, conocida también como sutura incisiva por lo que el quiste se le ha dado también el nombre de quiste premaxilar. Se forman a partir de tejido epitelial remante proveniente de la lámina dental o de restos de Malassez. Cursa en forma asintomático en la cuarta o quinta década. En la radiografía intrabucal aparece como un área radiolúcida en forma de pera invertida entre las raíces del incisivo lateral y el canino vitales causando divergencia de la raíces de estos dientes. El tratamiento es quirúrgico, conservando los dientes adyacentes <sup>(3)</sup>

Microscópicamente puede estar tapizado por epitelio cuboideo escamoso estratificado o por epitelio cilíndrico ciliado. <sup>(3)</sup>

---

1.- LOBOS N. QUISTES DE LOS MAXILARES. ANUARIO. SOCIEDAD DE RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL DE CHILE (REVISTA ON-LINE) 2003 (ACCESO 2005), VOL.6 (1).DISPONIBLE EN: <http://www.sromfch.cl/anuario/TRABAJOS/Quistesd.pdf>

3.- CHIAPASCO M. CIRUGIA ORAL. MEXICO, MANSSON 2004: 217-243.

## ***Tratamiento de los quistes***

El tratamiento quirúrgico de primera elección es la enucleación de la lesión, que consiste en la eliminación de todo el revestimiento; la segunda elección es la marsupialización, que es la conversión del quiste en una bolsa cuyo revestimiento se continua con la mucosa de la cavidad bucal, y solo se deja una porción del revestimiento quístico, conservando el resto en su lugar para cubrir la bolsa. Existe en efecto la posibilidad de tratar el quiste con una marsupialización inicial, seguida mas tarde por una enucleación (técnica combinada) que puede ser una alternativa, ya que la marsupialización inicial provoca con frecuencia un espesamiento del epitelio quístico, lo que simplifica su enucleación posterior y reduce el riesgo de dejar restos epiteliales de la pared, que pueden ser una posible causa de recidivas. <sup>(16)</sup>

La marsupialización y enucleación fueron sugeridos por Partchs en la literatura alemana en el siglo XIX, y en muchas partes del mundo, la marsupialización se conoce como Parch I y Parch II a la enucleación.<sup>(17)</sup>

Ambas técnicas tienen ventajas e inconvenientes. Las ventajas de la enucleación consiste en una solución definitiva de la afección en una sola sesión, con acortamiento de los tiempos de curación; y las desventajas están relacionadas con el hecho de que, en caso de quistes particularmente extensos y relacionados con estructuras anatómicas importantes (vasos, nervios, seno maxilar etc.) o con ápices de elementos dentarios vitales, existe un riesgo biológico demasiado elevado respecto a los beneficios obtenidos (fractura de mandíbula, comunicaciones orosinusales, lesiones neurovasculares, perdida de vitalidad de dientes). <sup>(17)</sup>

Las ventajas de la marsupialización se encuentran la simplicidad de la ejecución (posible realización con anestesia local, incluso en lesiones de grandes dimensiones), el riesgo reducido de fracturas yatrógenas y de lesiones neurovasculares, y la eliminación del riesgo de pérdida de vitalidad de dientes vitales en relación directa con la lesión; y las desventajas es que es lenta la re-

---

16.-KRUGER E. *TECNICA QUIRURGICA PARA ODONTOLOGOS*, 2da. ed. BRASIL. QUINTSENCE. 1997.

17.- PROGREL A. *THE TREATMENT OF ODONTOGENIC KERATOCYSTS DESCOMPRESION AND MARSUPIALIZATION ORAL MAXILLOFAC. SUR.*: 2003; 68: 1667-1673

solución de la patología, con malestar de los pacientes, puesto que se crea una cavidad accesoria en la cavidad oral de difícil limpieza, con obvios problemas de acumulación de alimentos, halitosis, etc. <sup>(17)</sup>

### **Técnica básica de la Eucleación**

- 1.- Anestesia local: según la localización de la lesión.
- 2.- Colgajo de Acceso: concretamente depende de la posición del quiste, el desarrollo hacia el margen central y la salud periodontal de los dientes implicados.
- 3.- Desprendimiento del colgajo y exposición del plano óseo: se realiza después de la incisión de un colgajo a espesor total, mediante despegadores específicos. Pueden verificarse dos posibilidades: en la primera, el quiste no ha erosionado la cortical exterior, en la segunda el quiste se encuentra en contacto directo con el mucoperiostio. En el primer caso el desprendimiento resulta fácil ya que el plano óseo intacto resulta óptimo para apoyar el despegador. En el segundo caso el desprendimiento debe realizarse con cautela ya que, al faltar un plano de apoyo, resulta difícil. En este caso es útil empezar el desprendimiento a partir de las zonas más alejadas de la lesión.
- 4.- Ostectomía de Acceso: se realiza habitualmente con una fresa redonda montada en una pieza de mano de baja velocidad. Es preferible optimizar la relación entre conservación del tejido óseo intacto y una adecuada visibilidad, manteniendo además los márgenes de la Ostectomía suficientemente alejados de la incisión de acceso de la mucosa para garantizar una sutura por encima de tejido óseo sano.
- 5.- Despegamiento del Quiste: una vez identificada la pared quística, se empieza su separación de las paredes óseas (cuando están íntegras) o de los tejidos blandos. Hay que utilizar despegadores rectos o angulados, según las exigencias. Es muy útil mantener bien el contacto con las paredes óseas para evitar desgarros de la pared quística. En el caso de quistes particularmente en tensión, puede resultar de utilidad abrirlos mediante una pequeña incisión de su pared y drenar el líquido

---

17.- PROGREL A. THE TREATMENT OF ODONTOGENIC KERATOCYSTS DESCOMPRESION AND MARSUPIALIZATION ORAL MAXILLOFAC. SUR.: 2003; 68: 1667-1673

de su interior. El quiste se mantiene en tensión hacia el exterior mediante una pinza y es completamente liberado hasta su completa remoción. La remoción del quiste en bloque puede ser útil para reducir el riesgo de escisión incompleta. Pero no siempre se puede realizar.

6.- Revisión de la cavidad: se realiza mediante curetas quirúrgicas o cucharillas quirúrgicas, para relimar todos los posibles restos epiteliales. Esta maniobra debe ser especialmente cuidadosa y a la vez vigorosa.

7.- Sutura: un cierre por primera intención es siempre preferible como primera elección. En el caso de quistes infectados puede estar indicado dejar que la lesión cure por segunda intención. Dejando parcialmente abierta la herida mediante un drenaje con gasa o un drenaje tubular de material gomoso.<sup>(3)</sup>

### **Técnica básica de la Marsupialización**

1.- Anestesia local: según la localización de la lesión.

2.- Colgajos de acceso: en el caso de la marsupialización no se trata de un verdadero colgajo de acceso, sino de una escisión de los tejidos blandos y de una pared quística para crear una amplia comunicación entre el quiste y la cavidad oral. El acceso para quistes no asociado con dientes incluidos, deberá realizarse en una zona de fácil acceso y desde la cual se pueda garantizar una favorable limpieza de la cavidad quística comunicante con la cavidad oral. En el caso en que la marsupialización tenga por finalidad la recuperación de dientes incluidos funcionalmente importantes asociados a quistes foliculares, se realizará una incisión crestal en relación con el espacio edéntulo correspondiente al diente incluido.

3.- Ostectomía de acceso y apertura del quiste: en el caso de que el quiste no haya erosionado la pared ósea, se realizará con una fresa una brecha suficientemente amplia con las mismas modalidades explicadas para la enucleación. Si los dientes asociados con el quiste a marsupializar, deben ser extraí-

---

3.- CHIAPASCO M. CIRUGIA ORAL. MEXICO, MANSSON 2004: 217-243.

dos; la apertura puede realizarse a través de los alvéolos posextracción. Una vez expuesto el quiste, se eliminará una pared con el vaciado inmediato del líquido intraquístico. Esto sucede en la base del principio de curación invirtiendo la actividad osteoclásica correlacionada con la presión hidrostática en una actividad ostoblástica, que llevará una progresiva reducción de la cavidad quística.<sup>(3)</sup>

4.- Mantenimiento de la Apertura: en el postoperatorio es fundamental mantener una amplia comunicación para impedir un cierre espontáneo de la brecha cerrada. Esto se puede obtener mediante la extremidad de una gasa, que se mantendrá algunas semanas (sustituyéndola periódicamente), o bien con aparatos de resina específicos. La fase de regeneración ósea de la periferia de la lesión se inicia en breve; la curación completa espontánea puede requerir mucho tiempo. Como alternativa, una vez obtenida una reducción del tamaño de la cavidad quística suficientemente para reducir el riesgo de lesionar estructuras anatómicas circundantes, se podrá acelerar la curación completando el tratamiento con una enucleación de la pared quística residual.<sup>(17)</sup>

Los estudios han demostrado que la técnica de marsupialización puede eliminar por completo el queratoquiste odontogénico en menos de un año.

### **Enucleación seguida por crioterapia**

Se ha demostrado que la enucleación por sí sola y por el manejo de los quistes es inaceptable por su alta recurrencia que va del 5 al 65%. Sin embargo con crioterapia la recurrencia se reduce considerablemente. La crioterapia desvitaliza el tejido orgánico entre el margen visible de la lesión, pero deja el marco de trabajo del hueso inorgánico intacto, de esta forma cualquier célula hermana adyacente o quiste remanente se destruirá. Se ha demostrado que el criospray de nitrógeno líquido desvitaliza un área de entre 1 y 2mm entre los márgenes visibles de la lesión que debe ser el adecuado para la mayoría de las lesiones. Se requiere de una temperatura de -20 grados centí-

---

3.- CHIAPASCO M. CIRUGIA ORAL. MEXICO, MANSSON 2004: 217-243.

17.- PROGREL A. THE TREATMENT OF ODONTOGENIC KERATOCYSTS DESCOMPRESION AND MARSUPIALIZATION ORAL MAXILLOFAC. SUR.: 2003: 68: 1667-1673

grados para debilitar el tejido y solo el nitrógeno líquido puede hacer esto en una base consistente de una triple técnica de congelado y descongelado, con un minuto de congelado seguido por un lento descongelado, de este ciclo se debe tener cuidado para proteger el tejido blando y proteger la mandíbula de fracturas patológicas posteriores. <sup>(19)</sup>

Según el autor Stoeltinga P.J.W., la velocidad de residiva seguido por enucleación y crioterapia de nitrógeno líquido se reportaron del 9% (3 de 33); la crioterapia de nitrógeno líquido que se colocó alrededor del nervio dentario inferior, es afectado y los pacientes sufrirán de parestesia del labio. Sin embargo los axones se dejan intactos y el crecimiento del nervio es normal tanto que la mayoría de los pacientes obtienen completa o parcial sensibilidad en 3 meses. <sup>(19)</sup>

Los quistes Odontogénicos representan una de las principales causas de destrucción de los maxilares. La información relativa a estas entidades en la población mexicana es escasa. En un estudio que realizó la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco recibieron 4.410 muestras para diagnóstico histopatológico en el laboratorio de histopatología bucal, de las cuales 371 correspondieron a quistes Odontogénicos (8.4%), mientras que en el servicio de diagnóstico privado se recibieron un total de 3.030 muestras, de las cuales 485 (16%) correspondieron a este grupo de lesiones. En conjunto, los 856 quistes Odontogénicos representaron el 11.5% de todas las biopsias recibidas. <sup>(18)</sup>

El mayor número de casos correspondió a quistes radiculares (342 casos), seguido por quistes dentígeros (283 casos) y queratoquiste odontogénico (184 casos), los cuales en conjunto representan el 94.5% del total. <sup>(18)</sup>

---

18.-MOSQUEDA A. QUISTES ODONTOGENICOS ANÁLISIS DE 856 CASOS. (REVISTA ON-LINE)2002 (ACCESO 2005) VOL. 7:89-96. DISPONIBLE EN: [www.medicinaoral.com/medoralfree/v7i2/medoralv7i2p89.pdf](http://www.medicinaoral.com/medoralfree/v7i2/medoralv7i2p89.pdf)

19. STOELINGA PJ.W. CRIOTERAPIA DE NITRÓGENO LÍQUIDO. J ORAL MAXILLOFAC SURG. 63:2005.

Como el queratoquiste esta relacionado con el síndrome de Gorlin-Goltz es importante describir esta patología

## **Síndrome de Gorlin-Goltz**

Es un conjunto de defectos hereditarios en la piel, sistema nervioso, ojos, glándulas endocrinas y huesos, que produce una extraña apariencia facial y predisposición al carcinoma de piel. <sup>(20)</sup>

El síndrome de Gorlin-Goltz es un desorden autosómico dominante. La mutación del síndrome ha sido mapeada en los cromosomas 9(q22.3 y q31) y 1 (p32) donde se ha descrito un gen supresor tumoral. El grado de penetrancia es alto (aproximadamente 97%) y la expresibilidad es variable. <sup>(20)</sup>

El síndrome de Gorlin Goltz es una entidad que ha estado presente desde los tiempos de los egipcios, sin embargo las primeras publicaciones al respecto aparecen simultaneamente en 1894 y les son atribuidas a Jarisch y White, quienes reportan pacientes con historias familiares de múltiples carcinomas de células basales.<sup>(21)</sup>

*Nomland* (1932) fue el primero que dio individualidad a este proceso con el nombre de “*múltiple basal cell epitheliomas from congenital pigmented basal cell nevi*” pero no observó otras características muy frecuentes del proceso. *Straith* (1939) fue el primero en asociar los quistes maxilares a este tipo de lesión. En 1951, *Binkley* y *Johnson* comprobaron que el cuadro descrito por *Nomland* aparece asociado a muchas malformaciones cutáneas y extracutáneas que dan al proceso características particulares. Después de la publicación de *Binkley* y *Johnson* aparecieron trabajos importantes como los de *Howell* y *Caro* (1959), *Anderson*, *Mc Clendon* (1964), que realizan un estudio genético de gran valor. *Gorlin* y *Goltz* (1960) publicaron trabajos que complementaban a los anteriores y realizaron nuevas investigaciones en el terreno de la histoquímica. *Grinspan* y *col.* de acuerdo a lo publicado sostienen que el proceso se caracterizaba por presentar manifestaciones clínicas cutáneas y extracutáneas.

20.- MORET J. SINDROME DE NEVUS DE CELULAS BASALES (GROLIN-GOLTZ) (REVISTA ON-LINE) 2004(ACCESO 2005) VOL.42 (2). DISPONIBLE EN: [http://www.actaodontologica.com/42\\_2\\_2004/sindrome\\_nevus\\_celulas\\_basales\\_gorlin\\_goltz.asp](http://www.actaodontologica.com/42_2_2004/sindrome_nevus_celulas_basales_gorlin_goltz.asp)

21.-REYES M.J.F, BAGAN S.J.V, SINDROME DE GORLIN-GOLTZ. REVISIÓN DE LA LITERATURA Y REPORTE DE UN CASO. REVISTA EUROPEA DE ODONO-ESTOMATOLOGÍA: 2002; XIV (2): 105-111

Más recientemente en 1997 *Kimonis y col.* descubrieron criterios principales y menores para el diagnóstico del síndrome. <sup>(21)</sup>

Se ha utilizado diferentes sinonimias para esta patología: carcinoma nevoide de células basales, polioncosis cutáneo mandibular hereditaria. <sup>(20)</sup>

### **Manifestaciones generales**

Las manifestaciones cutáneas más notables y características son los carcinomas basocelulares nevoides, estas aparecen como pápulas de color nacarado o marrón, preferentemente en la piel de la cara el cuello y el tronco aunque pueden hacerlo en cualquier localización. Las pápulas suelen presentarse durante la primera infancia, aunque pueden producirse lesiones adicionales durante la segunda y tercera década de vida. <sup>(20)</sup>

### **Orofacial:**

- Queratoquistes múltiples
- Abombamiento frontal
- Distopía cantorum o hiperteloirismo verdadero
- Ligero prognatismo mandibular
- Fisura labial y/o palatina
- Paladar ojival
- Fibrosarcoma de los maxilares
- Ameloblastoma
- Fibroma del paladar o del seno maxilar

---

20.- MORET J. SINDROME DE NEVUS DE CELULAS BASALES (GROLIN-GOLTZ) (REVISTA ON-LINE) 2004 (ACCESO 2005) VOL.42 (2). DISPONIBLE EN: [http://www.actaodontologica.com/42\\_2\\_2004/sindrome\\_nevus\\_celulas\\_basales\\_gorlin\\_goltz.asp](http://www.actaodontologica.com/42_2_2004/sindrome_nevus_celulas_basales_gorlin_goltz.asp)

21.- REYES M.J.F., BAGAN S.J.V. SINDROME DE GORLIN-GOLTZ. REVISIÓN DE LA LITERATURA Y REPORTE DE UN CASO. REVISTA EUROPEA DE ODONTO-ESTOMATOLOGÍA: 2002; XIV (2): 105-III

### **Esqueléticas**

- Costilla bífida
- Sinostosis, agenesia parcial y costillas cervicales rudimentarias
- Xifoescoliosis
- Fusión y/o falta de segmentación de vertebras superiores
- Ensanchamiento de la silla turca
- Espina bífida oculta (cervical, torácica o ambas)
- Sindactilia y/u oligodactilia
- Braquimetarcarpalismo (usualmente del cuarto y quinto dedo o ambos)
- Deformidad escapular de Sprengel
- Pectum excavatum, carinatum
- Pie plano
- Calcificación pélvica
- Sordera nerviosa
- Otras: Aracnodactilia, defectos corticales en huesos largos

### **Sistema nervioso central**

- Calcificación de la hoz del cerebro
- Retraso mental variable
- Esquizofrenia
- Hidrocefalia congénita
- Agenesia del cuerpo calloso
- Anosmia
- Meningioma

### **Endócrinas**

- Fibromas ováricos y/o quistes con calcificación ovárica
- Hipogonadismo
- Distribución feminoide del vello púbico y barba escasa en varones
- Ginecomastia

### **Oftalmológicas**

- Ceguera congénita debida a opacidad cornea
- Cataratas
- Glaucoma
- Coloboma de coronoides y/o nervio óptico
- Estrabismo interno convergente o divergente

### **Dérmicas**

- Múltiples carcinomas basocelulares
- Fosetas palmoplantares

### **Otras**

- Hernia lingual
- Malformaciones renales <sup>(21)</sup>

---

21.-REYES M.J.F., BAGAN S.J.V. SINDROME DE GORLIN-GOLTZ. REVISIÓN DE LA LITERATURA Y REPORTE DE UN CASO. REVISTA EUROPEA DE ODONO-ESTOMATOLOGÍA. 2002; XIV (2): 105-III

En el 65 a 75% de los pacientes aparecen quistes maxilares, se han clasificado como queratoquistes odontogénicos. Con frecuencia aparecen inicialmente durante la primera década de vida. Se diseminan a través de ambos maxilares, pero son dos veces mas comunes en el maxilar inferior y aparecen con mayor frecuencia en las áreas de tercer molar y canino. Su tamaño varía desde la forma microscópica hasta varios centímetros de diámetro, alcanzando en ocasiones tal tamaño que llegan a producir fracturas patológicas. Después de la extirpación, los quistes suelen recidivar comúnmente. (En cerca de 40% de los casos).<sup>(22)</sup>

Los quistes pueden ser únicos o múltiples y en buena porción de los casos constituyen el punto inicial para el diagnóstico. No existen diferencias clínicas ni radiológicas entre los queratoquistes de pacientes con y sin síndrome; por lo general se manifiestan con expansión de corticales, sin embargo esto ocurre solo cuando los quistes han alcanzado grandes dimensiones.<sup>(23)</sup>

### Diagnóstico

Los carcinomas de células basales múltiples que se originan en la infancia deben alertar la sospecha del medico y sugerir el estudio radiográfico de los maxilares, tórax y columna vertebral.<sup>(24)</sup>

El promedio de edad en que se realiza el diagnóstico del síndrome se ubica entre la primera y segunda década de vida. La edad promedio de aparición de carcinoma basocelular es a los 20 años.<sup>(25)</sup>

Según Kimmonis, describio que el diagnóstico para el síndrome debía basarse en la presencia de dos criterios principales, o uno principal y dos menores.<sup>(22)</sup>

---

22.-BACHUR R. SINDROME NEVOIDE BASOCELULAR. (REVISTA ON-LINE) 2003(ACESO 2005) DIPONIBLE EN: [http://www.bachur.com.ar/caso\\_clin\\_9.htm](http://www.bachur.com.ar/caso_clin_9.htm)

23.- WOOD K.N. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES ORALES MAXILOFACIALES. 5TA ED. ESPAÑA HARCOURT. 1999: 382-385

24.-GUIZAR J.J. GENETICA CLINICA DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LAS ENFERMEDADES HEREDITARIAS.3ra. ed. MEXICO. MANUAL MODERNO 2001:803

25.- CRUZ H.M., BOSCH J. ATLAS DE SÍNDROMES PEDIÁTRICOS. BARCELONA: ESPAXS, 1998

Criterios principales:

- 1- Más de dos carcinomas basocelulares o uno en menor de 20 años.
- 2- Queratoquistes de los maxilares demostrados con estudio histopatológico.
- 3- Tres o más hoyuelos palmares o plantares.
- 4- Calcificación bilaminar de la hoz del cerebro.
- 5- Costillas bífidas, fusionadas o marcadamente expandidas.
- 6- Pariete de primer grado con SNBC.<sup>(22)</sup>

Criterios menores:

- 1- Macrocefalia determinada después de ajustar para la edad.
- 2- Malformaciones congénitas: fisura labial o palatina, prominencia frontal, facies anchas, hipertelorismo moderado a severo.
- 3- Otras alteraciones esqueléticas: deformación de sprengel, marcada deformación pectoral, marcada sindactilia de los dígitos.
- 4- Anomalías radiográficas: puente en silla turca, anomalías vertebrales tales como hemivértebras, fusión o elongación de los cuerpos vertebrales, defectos de modelaje de manos y pies, o radiolucidez de forma de llamas en las manos o pies.
- 5- Fibroma de ovario.
- 6- Meduloblastoma.<sup>(22)</sup>

Tratamiento

Remoción temprana de los carcinomas por varios métodos quirúrgicos, incluyendo incisión, curetaje y electrocauterización. Radiación, quimioterapia, dermoabrasión (no recomendado). Las alternativas terapéuticas quirúrgicas para el manejo de los quistes mandibulares son: la enuclea-

---

22-BACHUR R. SINDROME NEVOIDE BASOCELULAR. (REVISTA ON-LINE) 2003(ACESO 2005) DIPONIBLE EN: [http://www.bachur.com.ar/caso\\_clin\\_9.htm](http://www.bachur.com.ar/caso_clin_9.htm)

ción y la marsupialización. Las restantes manifestaciones sistémicas y complicaciones requieren un estudio y tratamiento cuidadoso por parte del médico.<sup>(23)</sup>

#### Pronóstico

Generalmente bueno para un promedio de vida normal, pero variable dependiendo de la localización y la invasión de la célula basal del carcinoma y para los tumores menos comunes.<sup>(23)</sup>

---

23.- WOOD K.N. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES ORALES MAXILOFACIALES. 5TA ED. ESPAÑA HARCOURT. 1999: 382-385

## *Objetivo general*

-Identificar el proceso para elaborar el diagnóstico y tratamiento adecuado del queratoquiste en el caso clínico presentado.

## *Objetivo específico*

- Identificar las características radiográficas del queratoquiste del paciente en estudio.
- Identificar las características clínicas del queratoquiste del paciente estudiado.
- Establecer el o los diagnósticos diferenciales de la alteración que presenta el paciente en estudio.
- Elaborar el plan de tratamiento para el paciente en estudio.
- Realizar el tratamiento al paciente en estudio.
- Valorar el proceso de diagnóstico y tratamiento establecidos para el paciente en estudio.

# *Metodología*

*Tipo de estudio: Descriptivo  
Presentación de 1 caso clínico*

En 1987 se presenta a consulta de cirugía maxilofacial paciente masculino de 19 años de edad, para la extracción de OD (órgano dentario) 38 retenido, al concluir dicha extracción se le lavó el alveolo observando en el fondo un tejido de blanco amarillento, se intentó retirarlo, no siendo posible ya que el tamaño de la cavidad patológica era de grandes dimensiones, el tejido obtenido es enviado a histopatología, quienes reportan que la muestra enviada corresponde a un queratoquiste odontogénico, se solicitó una Rx (radiografía) panorámica, donde se observó que la lesión localizada a nivel del OD 38 es muy grande la cual abarca prácticamente la rama ascendente en su totalidad, otra lesión en forma de pera invertida entre el segundo premolar y primer molar inferior izquierdo, una más en distal al OD 48 de aproximadamente 3x1 centímetro, otra a nivel de OD 28 retenido. Se trata quirúrgicamente bajo anestesia general, marsupializando todos los quistes mencionados, en el año de 1987, y 14 años después en el 2001 se solicita estudio Rx panorámica, donde se aprecia que no ha habido recidiva de ninguno de los queratoquistes. La presencia de los múltiples queratoquistes nos permitió realizar el diagnóstico de síndrome de Gorlin-Goltz, y por supuesto al solicitar estudios complementarios.

Aproximadamente 1 mes después de haberlo intervenido, surgió la necesidad de revisar a todos los miembros de su familia para descartar que alguno de los padres o bien, otros miembros de la familia pudieran estar afectados del mismo síndrome, ya que su etiología corresponde a herencia autosómica dominante, y efectivamente la madre presenta lesiones osteolíticas compatibles con queratoquistes que afectan ambas ramas ascendentes y parte de ambos cuerpos mandibulares cercanas a los ángulos mandibulares.

Se le explica a la paciente en que consiste su padecimiento y la necesidad de tratar las lesiones mandibulares quirúrgicamente, aceptando dicho tratamiento.

Se marsupializa la lesión quística del lado izquierdo mandibular pero la paciente no vuelve más.

En junio del 2001, 14 años después acude a consulta a la Clínica Multidisciplinaria “Zaragoza” por presentar asimetría facial a expensas de hemicara derecha, con dolor intenso, que cede a los analgésicos orales.

Refiere haber sido tratada a nivel hospitalario, donde la programan para cirugía, la cual consistiría en hemimandibulectomía derecha, y le comentan que posteriormente es probable que requiera de la hemimandibulectomía izquierda. Por razones de salud no se presenta a la cita para ser intervenida quirúrgicamente y decide acudir con nosotros a la Clínica Multidisciplinaria “Zaragoza”, con el antecedente de haber tratado a su hijo con buenos resultados.

Se solicitó estudio radiográfico (panorámica) donde se aprecian lesiones osteolíticas de gran magnitud en ambas hemimandíbulas, siendo la derecha, la de mayor tamaño, abarcando cuerpo y rama ascendente; se ha destruido la apófisis coronoides, el borde anterior de la rama; conservándose únicamente los bordes de la rama y cuerpo hasta los premolares fig.2, la lesión del lado izquierdo de igual manera abarca cuerpo y rama. fig.3

Se le planteó a la paciente las características de dicha cirugía, la cual representa un tratamiento conservador esperando la regeneración de la mandíbula, advirtiéndole que estas lesiones tienen un alto potencial de recidiva, el procedimiento quirúrgico sería bajo anestesia local.

Solicitamos estudios preoperatorios, biometría hemática, examen general de orina, pruebas hemorragiparas, interconsulta con su cardiólogo; los resultado de dichos exámenes se encontraban dentro de límites normales. No existen antecedentes patológicos que se contrapongan a dicho manejo, se decide realizar la cirugía. Bajo anestesia regional mandibular de ambos lados se marsupializan los queratoquistes mencionados colocando en su interior gasas impregnadas en bálsamo del Perú y cada 4 días se cambian durante un periodo de 3 meses y para evitar el cierre total se introduce una sonda de neolatón en cada una de ellas fijándose a los dientes adyacentes durante 6 meses.

Al ser tratada de esta manera la paciente tiene muchas posibilidades de evolucionar satisfactoriamente tomando en cuenta la excelente evolución de su hijo y de la lesión que se marsupializó en ella, en la hemimandíbula izquierda en 1987.

## **Recursos**

Humanos: Pasante C.D. Lucy Jaramillo Rios

Asesor: C.M.F. Agustín Tiol Morales

Físicos: Clínica multidisciplinaria FES Zaragoza UNAM

Materiales: Historia clínica

Estudios de laboratorio: Biometría hemática

Química sanguínea

Tiempo de coagulación

Tiempo de sangrado

Estudios de gabinete: Radiografía panorámica

Material e Instrumental de Cirugía:

- 1 campo para la mesa
- 2 toallas
- 1 tubo de caucho
- 1 pinza de mosco recta
- 1 pinza de mosco curva
- 2 pinzas de campo tipo backhaus
- 1 pinza Allis
- 1 jeringa asepto
- 1 legra 7 a
- 1 retractor metálico
- 1 cánula de aspiración metálica
- 1 cucharilla lucas no. 86
- 2 pinzas de disección con y sin dientes
- 1 lima para hueso millar no. 21
- 1 porta agujas

- 1 jeringa carpule
- 1 tijeras para retirar sutura
- 1 frasco de agua estéril inyectable de 1 litro
- 1 frasco de antiséptico bucal
- 10 paquetes de gasas
- 1 mango de bisturí no.3
- 2 hojas de bisturí no. 15
- 2 hojas de seda negra 000
- 1 aguja larga y corta
- 8 cartuchos de anestésicos
- 2 pares de guantes estériles
- 1 lentes protectores
- 1 jabón
- 1 cepillo

# *Presentación del caso clínico*

## *Ficha de identificación*

Nombre del paciente: E.R.G

Domicilio: Escalerillas no. 34 col. Metropolitana 1ra. Sección

Sexo: Femenino

Edad: 62 años

Estado civil: Divorciada

Fecha de nacimiento: 5 de abril de 1944

Lugar de residencia: Estado de México

Escolaridad: Primaria

Ocupación: Hogar

## *Antecedentes Heredofamiliares*

Padre: Finado, la causa de muerte infarto al miocardio

Madre: Finada desconociendo la causa de muerte

Resto sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual

## *Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos*

-No patológicos: Casa habitación propia, construida con concreto y tabique la cual cuenta con baño, cocina, sala, comedor y recámaras independientes, con todos los servicios intradomicilia-rios, buena iluminación y ventilación. Higiene y baño diario con cambio de ropa diariamente, se cepilla los dientes dos veces al día con técnica deficiente.

-Patológicos:

- Refiere haber padecido enfermedades propias de la infancia
- Síndrome de Gorlin Goltz
- Estrés

### ***Interrogatorio por Aparatos y Sistemas***

La paciente refiere ansiedad (de 3 a 4 veces por semana), insomnio (2 veces por semana) migraña (3 veces por semana)

### ***Padecimiento actual***

La paciente desconoce el momento de inicio de su padecimiento, es vista y diagnosticada en 1987 a la edad de 39 años, el diagnóstico se realiza al solicitar estudio radiográfico debido a que su hijo estaba afectado del mismo síndrome. En ese momento se encontraba asintomática, se le indicó que este tipo de lesiones quísticas deben ser eliminadas quirúrgicamente, de no ser así pueden alcanzar grandes dimensiones y provocar extensas destrucciones óseas, accede a ser tratada con esta técnica del queratoquiste izquierdo, en esta zona existen dos quistes independientes uno del otro, al intervenir se consideró que ambas cavidades quísticas se habían comunicado entre si, pero realmente solo se abordó la mas cercana a la línea media, dejando intacta la lesión distal inadvertidamente. La lesión mesial tratada hace 14 años no ha recidivado, la cavidad remanente se agrandó, de tal forma que ha borrado el borde anterior de la rama, abarca ángulo mandibular, clínicamente no da sintomatología.

Del lado derecho, la lesión es enorme se extiende desde premolares hasta destruir la escotadura sigmoidea, apófisis coronoides, involucra toda la rama y ángulo mandibular de estas dos últimas zonas, solo existe prácticamente su borde. fig. 3

## ***Exploración extrabucal***

Asimetría facial a expensas de hemicara derecha por aumento de volumen, doloroso a la palpación, fluctuante, piel sin cambios de color. fig.1

## ***Exploración intrabucal***

Aumento de volumen, sobre todo en proceso alveolar y fondo de saco derechos. Dolor intenso, intermitente, espontáneo; aumenta a la palpación, cede a los analgésicos orales, no hay ataque al estado general.

## ***Exploración Física***

Paciente cooperador con marcha simétrica y balanceada

## ***Signos Vitales***

Pulso: 68 x min.

Tensión Arterial: 128/80 mm Hg.

Frecuencia Cardiaca: 68 x min.

Frecuencia respiratoria: 15 x min.

Temperatura: 37 grados

## ***Somatometría***

Peso: 60kg

Talla: 1.55mtrs

## ***Exámenes de Gabinete o Laboratorio***

Se solicitó radiografía panorámica, en la cual se observó lesión osteolítica del lado izquierdo que involucra toda la rama mandibular habiéndose perdido prácticamente toda, escotadura sigmoidea, apófisis coronoides, borde anterior y posterior de la rama hasta la zona canina. Del lado derecho se observó solo una cavidad, que cuyos límites son por debajo de la escotadura sigmoidea, próximo al borde posterior, el borde anterior no se observa; inferiormente llega al ángulo de la mandíbula.

## ***Diagnóstico***

Queratoquistes que involucran cuerpo y rama mandibular de ambos lados.

## ***Pronóstico***

Reservado

## ***Tratamiento***

Marsupialización de Queratoquistes

- 1.- Previa asepsia peri e intra-bucal
- 2.- Colocación de campos estériles
- 3.- Se bloquean los nervios dentario inferior, bucal y lingual de ambos lados. (Se espera de 10 a 15 minutos para continuar con la incisión)
- 4.- Se realiza incisión desde el borde anterior de la rama ascendente hasta el canino del lado derecho.
- 5.- Se levanta el colgajo quedando expuesto el contenido quístico, el cual es eliminado en su totalidad.

- 6.- Se lavó con abundante agua y se colocaron gasas en el interior de las cavidades quísticas impregnadas de balsemo del peru.
- 7.- Se continúa con el lado izquierdo, resolviéndose de manera similar.
- 8.- Se da por terminado el procedimiento sin complicaciones.
- 9.- Se prescribe analgésico y antibiótico y se dan indicaciones postoperatorias durante las 3 semanas siguientes, se le cita cada 4 días para cambio de gasas y lavado de las cavidades, en las 5 semanas subsecuentes se le cita cada 8 días para realizar dicho procedimiento.
- 10.- A los 3 meses se retiran las gasas y se coloca una sonda de nelaton en cada una de las cavidades, éstas se fijan a los molares más próximos a la lesión, los cuales impedirán el cierre de las heridas; las citas subsecuentes se realizan cada 6 meses.

## ***Impacto y trascendencia del caso clínico***

Son lesiones muy frecuentes en la población general, antes se consideraba como primera opción un tratamiento radical como lo es retirar el segmento óseo afectado. En el caso que presentamos el tratamiento fue conservador con marsupialización, la evolución del paciente fue extraordinaria. fig. 4, 5, y 6

## **Conclusiones**

Es de gran importancia tomar en cuenta todo signo o síntoma por mínimo que nos parezca, no debemos menospreciarlo, este pudiera ser el motivo que nos obligue a buscar más datos permitiéndonos integrar un síndrome o una enfermedad, como sucedió en este caso, el diagnóstico se hizo al realizar una extracción de tercer molar inferior retenido.

Ante la presencia de múltiples quistes, no debemos descartar un síndrome de Gorlin-Goltz. En cuanto al tratamiento, consideramos conveniente no actuar en forma radical de primera intención, en el manejo de los queratoquistes, sino conservadoramente dando una oportunidad a que regenere el hueso afectado, basados en la excelente evolución.

Cualquier padecimiento al ser diagnosticado y tratado oportunamente, tendrá mayores posibilidades de resolverse prolongando la vida del paciente con una mayor calidad.

El tratamiento de estas lesiones en general es radical, consistiendo en resección del segmento óseo afectado y colocación de injerto óseo.

De haber realizado la hemimandibulectomía, nuestro paciente hubiera sido víctima de una mutilación considerable y seguramente la hubiera afectado desde el punto de vista estético, funcional y emocional.

El reconocer a un paciente con este padecimiento nos obliga a investigar a sus familiares, por la posibilidad de que varios de ellos se estén afectados recordando la etiología autosómica dominante, lo cual significa, que cuando una persona afectada decide procrear tendrá riesgo de un 50% en cada embarazo de transmitirlo a sus hijos, independientemente del sexo de los mismos.

Espero despertar en el odontólogo el interés por el estudio de la Genética clínica.

## ***Propuestas***

- 1.- El cirujano dentista de práctica general pueda diagnosticar y dar un manejo integral en su consultorio al paciente que presente algún tipo de quiste
- 2.- Cada vez que se haga un diagnóstico de síndrome de Gorlin-Goltz esta obligado revisar a todos los miembros de la familia para descartar que alguno este afectado y si es así darle el tratamiento mas adecuado para los múltiples queratoquistes que presenten y no simplemente remitirlo.
- 3.- El odontólogo de práctica general se interese más acerca de la genética.

# *Bibliografía*

- 1.- LOBOS N. QUISTES DE LOS MAXILARES. ANUARIO. SOCIEDAD DE RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL DE CHILE (REVISTA ON-LINE) 2003 (ACCESO 2005), VOL.6 (1).DISPONIBLE EN: <http://www.sromfch.cl/anuario/TRABAJOS/Quistesd.pdf>
- 2.- PHILIP S. PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL CONTEMPORÁNEA. ESPAÑA. EL SEVIER. 2003 : 38-57.
- 3.- CHIAPASCO M. CIRUGIA ORAL. MEXICO, MANSSON 2004: 217-243.
- 4.-KEITH M. MOLRE L. EMBRIOLOGIA BASICA. 5ta. ED, MEXICO, MC GRAW-HILL, INTERAMERICANA. 2000: 553-541.
- 5.- FACAL GM NOVA GJ. FERNÁNDEZ Q. N. DESARROLLO DE DIENTES Y ARCADAS TEMPORALES DURANTE LOS PERIODOS PREVIOS A LA ERUPCIÓN DENTARIA; 1999; XI: 191-200
- 6.- ROS. KAYNE. PAWLINA. HISTOLOGIA TEXTO Y ATLAS A COLOR CON BIOLOGIA CELULAR Y MOLECULAR, 4ta. ED. PANAMERICANA. 2004:442-455.
- 7.-BRUCE M.C. EMBRIOLOGIA HUMANA Y BIOLOGIA DDESARROLLO. 2da ED. ESPAÑA, HARCOURT 2000:304-307.
- 8.- SHAFER G. TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL. MÉXICO. INTERAMERICANA 4ta. ed. 1986 :262-281.
- 9.- SANDERS B. CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL PEDIATRICA. ARGENTINA. 3ra. Ed. MUND. 2000: 326-334.
- 10.- REGEZZI J. PATOLOGIA ORAL. CORRELACIONES CLINICO PATOLÓGICAS. MEXICO DF, 2da. Ed., INTERAMERICANA MC GRAW HILL 2000:335-353.
- 11.- SCUIBBA J. PATOLOGÍA BUCAL, 2DA ED MÉXICO. INTERAMERICANA 1995: 325-330
12. TSUKAMOTO G. MAKINO T. KIKUCHI T. KISHIMOTO K. A COMPARATIVE STUDY OF ODONTOGENIC KERATOCYSTS ASOCIATED WITH AND THIRD MOLAR. ORAL

SURG. ORAL MED. ORAL PATHOL: 2002; 94: 272-5

13. NAKAMURA M. MITSYASU T. MITSYASU TAKETOMI T. MARSUPIALIZATION FOR ODONTOGENIC KERATOCYSTS: LONG- TERM FOLLOW ANALISIS OF THE EFFECTS AND CHANGES IN GROWTH CHARACTERISTICS. ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL: 2002; 94: 543-53

14.- JUNG Y.S. LEE S.H. PARK H. DESCOMPRESSION OF LARGE ODONTOGENIC KERATOCYSTS OF THE MANDIBLE ORAL MIXILLOFAC SURG: 2005: 63: 267-271

15.-KRUGER G. CIRUGÍA BUCO-MAXILOFACIAL. MÉXICO. 6ta. ed. PANAMERICANA. 1999: 230-251.

16.-KRUGER E. TECNICA QUIRURGICA PARA ODONTOLOGOS, 2da. ed. BRASIL. QUINTSENCE. 1997.

17.- PROGREL A. THE TREATMENT OF ODONTOGENIC KERATOCYSTS DESCOMPRESSION AND MARSUPIALIZATION ORAL MAXILLOFAC. SUR.: 2003: 68: 1667-1673

18.-MOSQUEDA A. QUISTES ODONTOGENICOS ANÁLISIS DE 856 CASOS. (REVISTA ON-LINE) 2002 (ACCESO 2005) VOL.7:89-96. DISPONIBLE EN: [www.medicinaoral.com/medoralfree/v7i2/medoralv7i2p89.pdf](http://www.medicinaoral.com/medoralfree/v7i2/medoralv7i2p89.pdf)

19. STOELINGA P.J.W. CRIOTERAPIA DE NITRÓGENO LÍQUIDO. J ORAL MAXILLOFAC SURG. 63:2005

20.- MORET J. SINDROME DE NEVUS DE CELULAS BASALES (GROLIN-GOLTZ) (REVISTA ON-LINE) 2004(ACCESO 2005) VOL.42 (2). DISPONIBLE EN: [http://www.actaodontologica.com/42\\_2\\_2004/sindrome\\_nevus\\_celulas\\_basales\\_gorlin\\_goltz.asp](http://www.actaodontologica.com/42_2_2004/sindrome_nevus_celulas_basales_gorlin_goltz.asp)

21.-REYES M.J.F., BAGAN S.J.V. SINDROME DE GORLIN-GOLTZ. REVISIÓN DE LA LITERATURA Y REPORTE DE UN CASO. REVISTA EUROPEA DE ODONO-ESTOMATOLOGÍA: 2002; XIV (2): 105-111

22.-BACHUR R. SINDROME NEVOIDE BASOCELULAR. (REVISTA ON-LINE) 2003(ACCES-

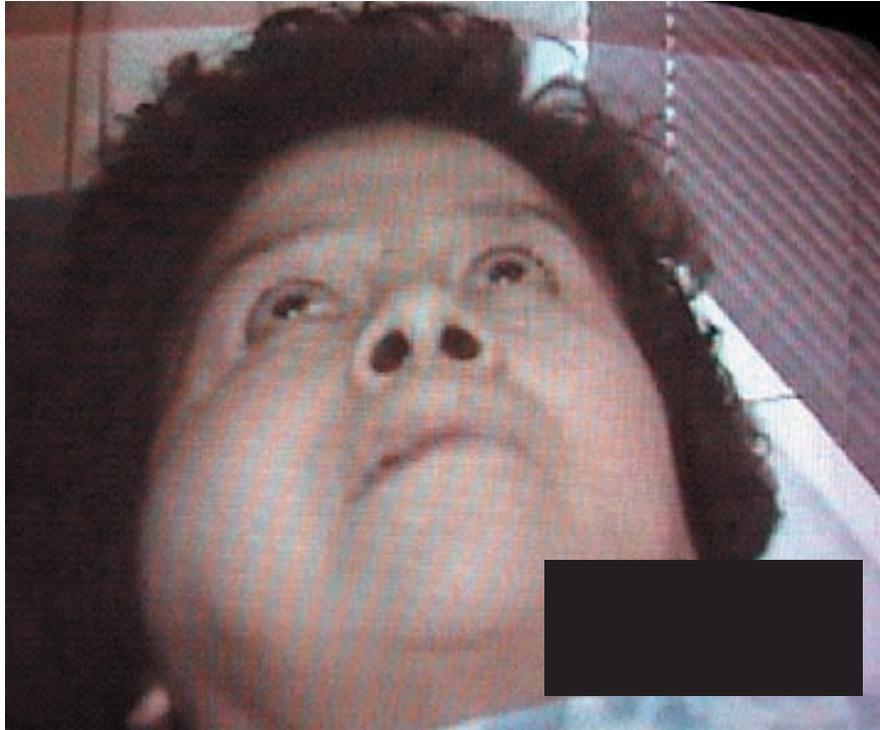
SO 2005) DIPONIBLE EN: [http://www.bachur.com.ar/caso\\_clin\\_9.htm](http://www.bachur.com.ar/caso_clin_9.htm)

23.- WOOD K. N. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES ORALES MAXILO-FACIALES. 5ta ED. ESPAÑA. HARCOURT. 1999:382-385.

24.-GUIZAR J.J. GENETICA CLINICA DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LAS ENFERMEDADES HEREDITRIAS.3ra. ed. MEXICO. MANUAL MODERNO 2001:803

25.- CRUZ H. M., BOSCH J. ATLAS DE SÍNDROMES PEDIÁTRICOS. BARCELONA: ESPAXS, 1998.

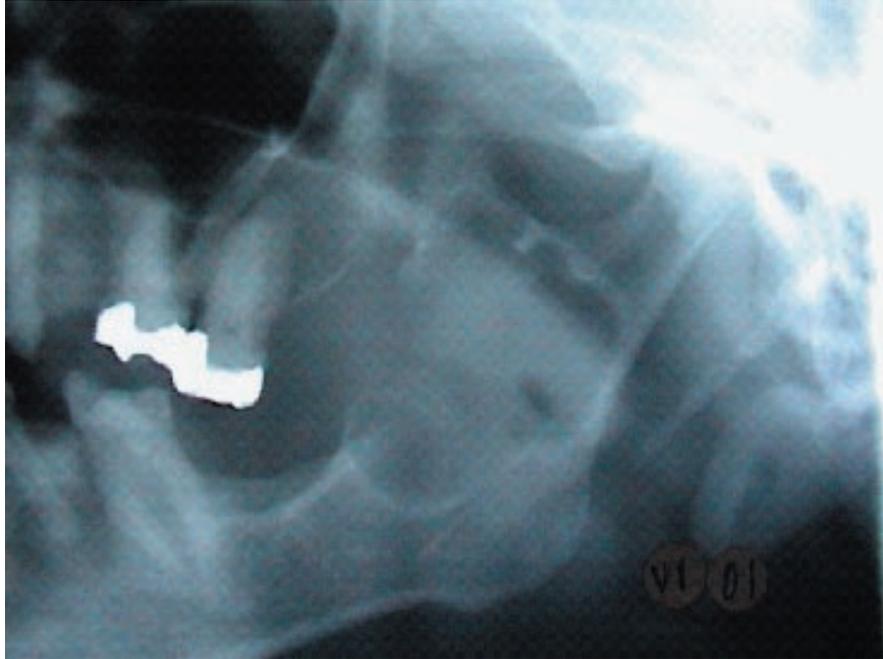
# Anexos



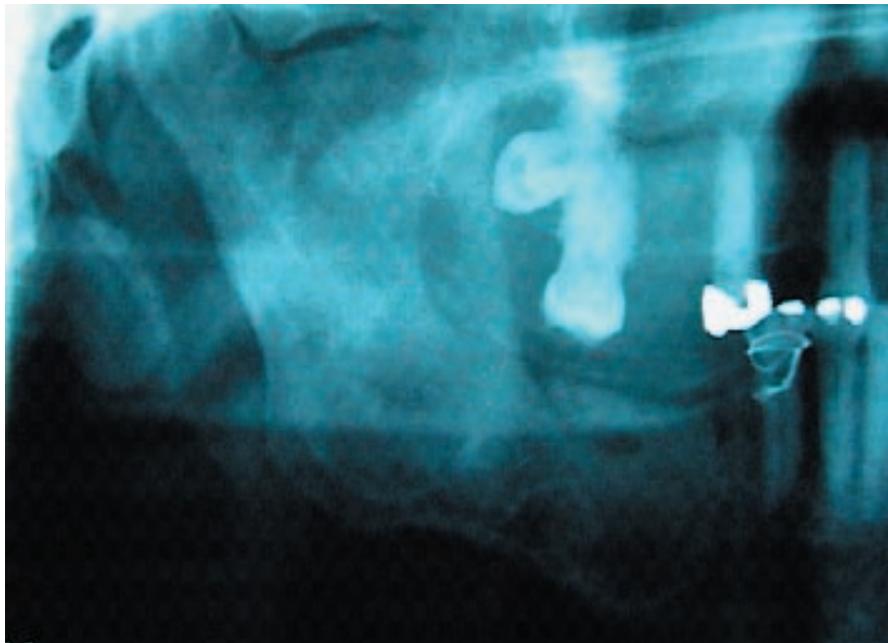
*Fig. 1 Extrabucalmente presenta asimetría facial marcada a expensas de hemicara derecha, de consistencia fluctuante, piel sin cambios de color*



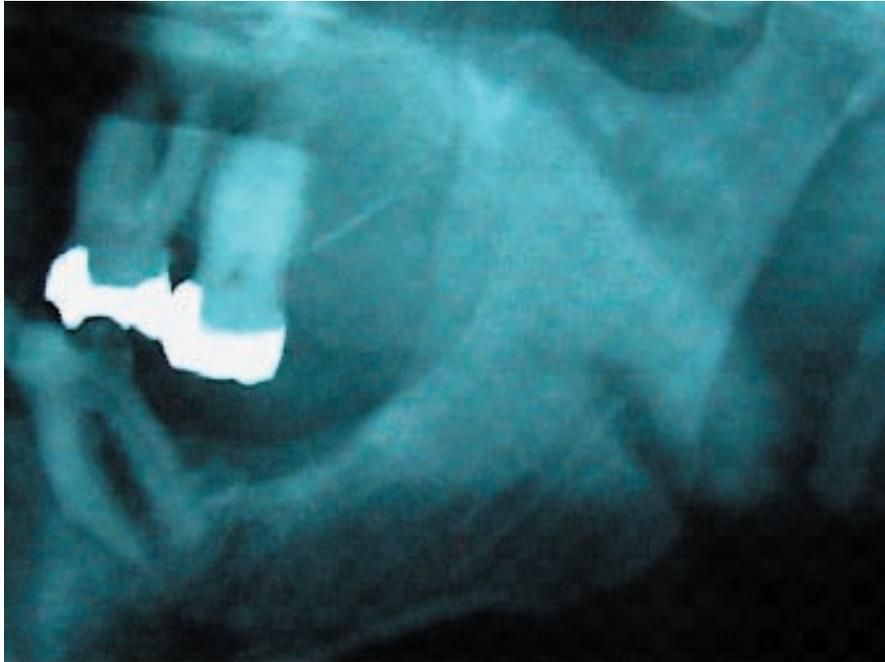
*Fig. 2 Lado izquierdo: las lesiones quísticas han alcanzado dimensiones sumamente extensas, involucra la escotadura sigmoidea habiendo desaparecido esta, al igual que la apófisis coronoides, el borde posterior y borde anterior de la rama ascendente, llegando hasta la zona canina*



*Fig. 3 La lesión inferior, se extiende desde la escotadura sigmoidea hasta el ángulo mandibular*



*Fig. 4 Lado izquierdo: las lesiones quísticas han sido retiradas y después de 6 meses el hueso ha regenerado desde la apófisis coronoides el borde posterior y anterior de la rama.*



*Fig.5 Lado derecho: el hueso también ha regenerado de forma satisfactoria*



*Fig. 6. Seis meses después del tratamiento*

# Glosario

- Ameloblastoma: Tumor epitelial odontogénico benigno, que simula el órgano del esmalte embrionario sin llegar a formar tejidos duros dentarios. Se localiza preferentemente en el área posterior del maxilar inferior, con notable tendencia a recidivar si no se hace una escisión correcta.
- Aracnodactilia: Anomalía, generalmente hereditaria, caracterizada por una longitud excesiva de huesos de dedos de manos y pies, suele asociarse con otras anomalías.
- Biopsia: Obtención de una muestra de tejido de un organismo vivo con fines diagnósticos.
- Cápsula: capa o estrato de células alrededor de un órgano
- Carcinoma espinocelular: Tumor maligno o cáncer, derivado del tejido epitelial
- Catarata: Pérdida de la transparencia del cristalino que distorsiona o impide la visión.
- Coloboma: Malformación congénita que consiste en una fistula localizada en los párpados, iris, corioides o retina.
- Deformidad de Sprengel: Asimetría de las escápulas respecto a su posición, cuando una de ellas se encuentra en un plano más elevado que la contralateral.
- Diagnóstico: Definir un proceso patológico diferenciándolo de otros.
- Displasia: Desarrollo o crecimiento anormal de un tejido u órgano.
- Distopía: Situación anómala de algún órgano.
- Enucleación: Consiste en la extirpación total de una lesión sin remover las estructuras asociadas. Su principal ventaja es que se trata de un procedimiento en un solo tiempo quirúrgico y ofrece la posibilidad de obtener un diagnóstico microscópico.
- Epitelio: Tejido animal formado por células de estrecho contacto, que reviste la superficie, cavidades o conductos del organismo

- Epitelioma: Tumor o neoplasia maligna constituido por células epiteliales neoformadas con anaplasia en mayor o menor grado y capacidad de invadir tejidos vecinos y provocar metástasis a distancia en algún momento de su evolución.
- Escoliosis: Deformidad en la alineación de la columna, que produce una curvatura de la misma hacia los costados.
- Estrabismo: Desviación involuntaria y espontánea de los ejes oculares, este puede ser convergente o divergente.
- Escisión: Es la eliminación total de una lesión
- Fibroma: Neoplasia derivada del tejido fibroso generalmente por irritación mecánica.
- Fístula: Comunicación anormal entre dos órganos o dos secciones del mismo órgano entre sí o con la superficie. Posee un conducto de paredes propias. Conducto no natural.
- Gen cuyo efecto es autosómico dominante: Es un gen individual normal o anormal (mutado), localizado en uno de los 22 cromosomas autosómicos, los hijos los reciben de cualquiera de los padres. Cuando el gen se ha mutado puede causar ciertas enfermedades.
- Genética: Es la ciencia que estudia la herencia y la variabilidad.
- Glaucoma: Aumento de la presión intraocular, que se manifiesta por dolor de cabeza, y de no ser tratado, puede producir pérdida de la visión a largo plazo.
- Granuloma: Formación por tejido de granulación que se encuentra en procesos infecciosos u otras enfermedades.
- Hidrocefalia: Enfermedad producida por el aumento en el contenido de líquido cefalorraquídeo. En los niños se manifiesta por el aumento en el tamaño de la cabeza, en los adultos, por un aumento en la presión interna del cerebro.
- Hinchazón o edema: Acumulación excesiva de líquidos en los tejidos, después de un traumatismo, como consecuencia de un proceso infeccioso o una reacción alérgica.

- Hemimandibulectomia: Es la resección de la mitad de la mandíbula, por múltiples causas como lo son tumores.
- Hoz: Del latín Falx, repliegue longitudinal de la duramadre extendido desde la apófisis crista galli hasta la parte media de la tienda del cerebro que separa los hemisferios cerebrales.
- Incidencia: Refleja el número de nuevos “casos” en un periodo de tiempo. Es un índice dinámico que requiere seguimiento en el tiempo de la población de interés. Cuando la enfermedad es recurrente se suele referir a la primera aparición.
- Linfocito: Variedad de glóbulo blanco, relacionado con el sistema inmunológico. Existen dos tipos de linfocitos. Uno está dedicado a la producción de anticuerpos (linfocito B) y el otro interviene en la inmunidad mediada por células (linfocito T).
- Marsupialización: Recomendada cuando el quiste es muy grande o se encuentra próximo a estructuras vitales, y cuando existe riesgo significativo de daño con la enucleación a estructura vecinas. Se realiza una pequeña entrada y se coloca un drenaje, con el fin de lavar la cavidad diariamente. Esto logra una reducción de la presión intraquística, permitiendo la regeneración ósea y disminuyendo el tamaño de la lesión. Se remueve todo el techo del quiste, quedando el resto de éste en continuidad con los tejidos adyacentes.
- Meduloblastoma: Variedad de tumor cerebral, de tendencia rápidamente invasora, que sobreviene particularmente en el niño y se localiza a nivel del cerebro y cuarto ventrículo.
- Meningioma: Tumor de las meninges originado de las células piales de lento crecimiento, muy frecuentemente, de gran vascularización y con abundantes calcificaciones. Crece por expansión y nunca es infiltrante o metastásico, aunque por compresión es capaz de provocar atrofia.
- Mucosa: Se llama así al conjunto de tejidos que forman la cubierta superficial de las distintas cavidades del cuerpo que comunican con el exterior. Ej. Mucosa respiratoria, mucosa de la cavidad oral, etc.

- Necrosis: Conjunto de procesos irreversibles, mediante el cual se produce la degeneración celular luego de la muerte.
- Nevo: Del latín lunar, que deriva de las células basales del epitelio.
- Nódulos: Protuberancias en la piel, sólidas, elevado de mas de 10 milímetros de diámetro.
- Odontogénesis: Es la secuencia de etapas durante la formación de un diente
- Ortopantomografía: Radiografía panorámica que muestra la totalidad de las estructuras orales que se realiza con un aparato específico, denominado ortopantomografo. Esta técnica permite el estudio simultáneo y comparativo de ambas articulaciones, las ramas ascendentes y la totalidad de las arcadas alveolo dental.
- Patología: Parte de la medicina que estudia enfermedades.
- Prevalencia: Se refiere a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento, o periodo de tiempo (“prevalencia de periodo”) determinado.
- Prognatismo: El prognatismo mandibular es un defecto óseo común que se presenta desde el desarrollo y crecimiento y que tiene un origen multifactorial, debido tanto a factores ambientales y hereditarios, tendencia familiar, así como de hábitos bucales. Es un término descriptivo para referirse a una mandíbula inferior que sobresale más allá del plano de la cara.
- Queratoquiste: Quiste derivado de los restos de la lámina dental, con un comportamiento biológico similar al de una neoplasia benigna, revestimiento característico de seis a diez células de espesor y una capa basal de células junto con una superficie de queratina.
- Quiste: Cavidad patológica localizada en tejidos blandos o duros, formada por una cápsula de tejido conectivo y revestido interiormente de epitelio, cuyo contenido puede ser líquido o semisólido
- Quiste dentífero: quiste odontogénico que rodea la corona de un diente impactado, se debe a la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la superficie del esmalte,

produciéndose un quiste cuya luz esta situada la corona, mientras la raíz permanece por fuerza.

- Quiste de Erupcion: Quiste odontogénico, con características histológicas de un quiste dentífero, que rodea la corona de un diente, que ha hecho erupción a través del hueso pero no del tejido blando y se presenta clínicamente como una masa blanda fluctuante sobre la cresta alveolar.

- Quiste gingival: Pequeño quiste odontogénico de origen embrionario, situado en el tejido blando gingival, derivado de restos de la lámina dental, que contiene un revestimiento de epitelio embrionario de células cuboides y queratina

- Quiste nasolabial: Quiste embrionario del tejido blando del pliegue mucobucal anterior, situado debajo del ala de la nariz, muy probablemente derivados de restos de la porción inferior del conducto naso lagrimal.

- Quiste nasopalatino: Quiste intraoseo embrionario situado en la línea media de la parte anterior del paladar, derivado de los islotes de epitelio remanentes después del cierre del conducto nasopalatino embrionario.

- Quiste odontogénico: Quiste en el cual el revestimiento de la luz del quiste deriva del epitelio producido durante el desarrollo del diente.

- Quiste odontogénico glandular: Quiste odontogenico extraordinariamente grande, solitario o multilocular, derivado probablemente de restos de la lámina dental, constituido por un epitelio estratificado que contiene abundantes células secretoras de moco.

- Quiste periodontal: Quiste odontogénico embrionario, de crecimiento lento no expansivo, derivado de uno o más restos de la lámina dental, que contiene un revestimiento embrionario de una a tres células cuboidales.

- Quiste radicular: quiste odontogénico de origen inflamatorio que es precedido por un granuloma periapical crónico y estimulación de los restos de malassez presentes en la membrana periodontal.

- Resección en bloque: Involucra la remoción de la lesión junto con un margen óseo de 1 cm. Acá

la continuidad ósea se ha perdido y el periostio sí se encuentra involucrado.

- Recidiva: Reaparición de una patología previamente reseçada.
- Restos de Malassez: Son los remanentes o residuos de la vaina de Hertwig al finalizar la formación del diente.
- Restos de serrez: Son los remanentes o residuos de la lámina dental al finalizar a formación del diente
- Síndrome: Conjunto de signos y síntomas que se presentan siempre juntos, independientemente de la causa que los produzca.
- Síndrome de Gorlin-Goltz: Síndrome hereditario de carácter autosómico dominante, de alta penetrancia y expresión variable. Se caracteriza por carcinomas basocelulares múltiples, múltiples queratoquistes mandibulares y maxilares, una gran variedad de malformaciones esqueléticas como lo son presencia de costillas cervicales, costillas ensanchadas o bífidas.
- Tejido: Conjunto de células de características similares, organizadas en estructuras complejas para cumplir una función determinada. Ejemplo el tejido óseo se encuentra formado por osteocitos dispuestos en una matriz mineral para cumplir funciones de sostén.