

TRATAMIENTO CONSERVADOR DE UN QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO MEDIANTE DESCOMPRESIÓN EN PACIENTE PEDIÁTRICO. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Martínez Mata Guillermo¹, Carlos Ballesteros Laura¹, Monreal Humberto¹, Pacheco Santiesteban Rosaura¹, Medina López Jorge Alberto¹, Suárez Cervantes Marcela¹, Oropeza Ruiz Karla¹, Jesús Alberto Luengo Ferreira².

¹ UACH Av. Escorza #900, Zona Centro, C.P. 31000, Chihuahua, Chih, México.

² UAZ, Jardín Juárez #147, Col. Centro, Zacatecas, Zacatecas, C.P. 98000.

Resumen

Los queratoquistes odontogénicos (QO) representan el 11% del total de quistes odontogénicos de los maxilares, su presentación suele ser en la segunda/tercera década de vida, con predilección por el género masculino y mandíbula posterior, ocasionalmente puede formar parte del Síndrome de Gorlin. El QO se caracteriza por presentar un comportamiento localmente agresivo, con un patrón infiltrante y alta recurrencia. Se presenta un caso clínico en paciente pediátrico, cuya localización y edad de presentación no fueron los de mayor frecuencia, resaltando el comportamiento invasivo y su tratamiento mediante una técnica quirúrgica no invasiva (descompresión/marsupialización), preservando estructuras anatómicas adyacentes y cuya resolución permitió recuperar la función y la estética.

Palabras clave: Quiste, descompresión, marsupialización, queratoquiste odontogénico.

Conservative treatment of an odontogenic keratocyst through decompression in a pediatric patient. Case report and literature review.

Fecha de recepción: 14 de enero de 2026

Dirección de correspondencia: Martínez Mata Guillermo, UACH Av. Escorza #900, Zona Centro, C.P. 31000, Chihuahua, Chih, México. Email: gmata@uach.mx

Abstract

Odontogenic keratocysts (OKCs) represent 11% of odontogenic cysts. They usually present in the second or third decade of life, with a preference for males and the posterior mandible, and can occasionally be part of Gorlin syndrome. OKCs are characterized by locally aggressive behavior, with an infiltrative pattern and high recurrence. A clinical case is presented in a pediatric patient, whose location and age of presentation were not the most common, highlighting the invasive behavior and its treatment through a minimally invasive surgical technique (decompression/marsupialization), preserving adjacent anatomical structures and allowing for the restoration of function and aesthetics.

Keywords: Conservative management, cysts, decompression, marsupialization, odontogenic keratocyst.

Fecha de aceptación: 16 de febrero de 2026

Los queratoquistes odontogénicos (QO) son lesiones quísticas intraoseas benignas, originadas de la lámina dental o de células del epitelio basal las cuales representan alrededor del 11% del total de los quistes odontogénicos de los maxilares, su localización más frecuente es el ángulo y rama de la mandíbula, se observa una mayor prevalencia por el género masculino principalmente entre la segunda y tercera década de vida¹.

Cuando se presenta en localizaciones menos frecuentes y múltiples, se asocia con el Síndrome de Gorlin. En algunos casos puede ser un hallazgo radiográfico incidental, como una radiolucidez uni o multilocular. Debido a su crecimiento agresivo e infiltrante de tipo medular, provoca una reabsorción ósea que clínicamente en etapas avanzadas puede provocar asimetrías faciales, con desplazamiento dentario y expansión a estructuras circundantes.²

El tratamiento de QO es aún controversial, siendo considerados tratamientos conservadores como son la descompresión (marsupialización), enucleación simple con cierre primario hasta técnicas más invasivas como son la criocirugía, uso de sustancias químicas y eventualmente, resecciones óseas.³⁻⁶

El objetivo del presente manuscrito es describir el tratamiento clínico conservador y evolución postoperatoria de un caso de QO en una paciente pediátrica, resaltando la importancia del diagnóstico oportuno, tratamiento conservador y seguimiento continuo para prevenir recurrencias y evitar secuelas estéticas y funcionales posteriores.

Descripción del caso clínico

Paciente femenina de 7 años 4 meses de edad, quien acudió a valoración con odontopediatra de práctica privada por presentar un aumento de volumen en hemicara derecha con compromiso del piso de la órbita ipsilateral, descartándose un proceso infeccioso de origen dental, refiriéndose a la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Chihuahua para diagnóstico y tratamiento integral.

Durante el interrogatorio no se encontraron antecedentes de importancia para su padecimiento actual o alteraciones en el estado general de salud. Al examen extrabucal muestra aumento de volumen de tercio medio de la cara de lado derecho que se extiende a párpado inferior, se observa desplazamiento de estructuras nasales y comisurales ipsilaterales, (Figura 1a).

Intrabucalmente presentó una dentición mixta temprana con giroversión del órgano dental 11, lesión cariosa de órgano dental 54 y aumento de volumen en región palatina derecha, (Figura 1b).



Figura 1.- (a) Fotografía extrabucal e (b) intrabucal iniciales, con asimetría facial y aumento de volumen en cuadrante superior derecho.

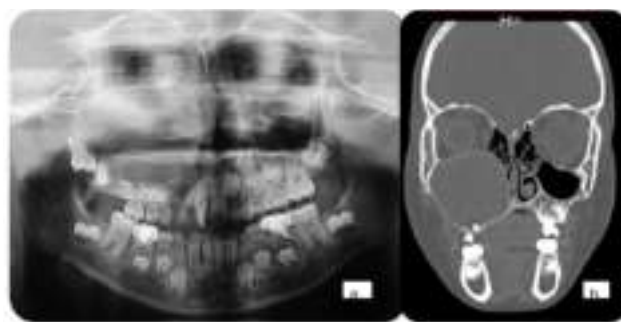


Figura 2. a) Radiografía panorámica y b) TC donde se observa una lesión radiolúcida involucrando seno maxilar.

En radiografía panorámica se observó una lesión radiopaca bien delimitada ocupando seno maxilar superior derecho, con desplazamiento de tabique nasal y órganos dentarios adyacentes, (Figura 2a).

Se indica tomografía computarizada (TC) confirmándose los hallazgos radiográficos antes mencionados, (Figura 2b). El plan de tratamiento consistió en toma de biopsia incisional, obteniendo muestra para estudio histopatológico, estableciéndose el diagnóstico de QO, (Figura 3).

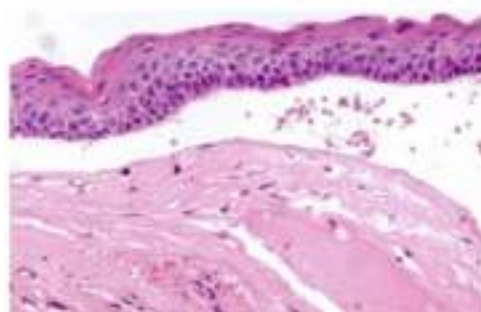


Figura 3. Imagen histopatológica mostrando un epitelio odontogénico con capa basal en palizada, de núcleos hipercromáticos y desprendimiento con respecto a la cápsula fibrosa (H&E, x40).

Dada la naturaleza quística de la lesión, se decidió mantener permeable la cavidad quística para realizar lavado con clorhexidina tres veces por día por tiempo indefinido, (Figura 4). Tras la evolución satisfactoria en un seguimiento de 18 meses y regeneración ósea significativa, (Figura 3 a,b,c y d), se inició tratamiento ortopédico-ortodóntico asegurando la rehabilitación funcional y estética de la paciente. Después de 24 meses de seguimiento, no se observaron recurrencias.



Figura 4. A) Imagen clínica del sitio donde se realizó la descompresión b) Irrigación con clorhexidina utilizando aguja hipodérmica.

Discusión

El QO es una lesión que deriva de remanentes de la lámina dental, presentándose en pacientes masculinos en región mandibular posterior y rara vez afecta a pacientes pediátricos y maxilar superior.¹⁻⁶ Como en nuestro caso, cerca de 30% de los casos pueden asociarse a dientes no erupcionados principalmente terceros molares mandibulares y pocos casos afectando áreas extensas en maxilar, con una dimensión significativa que se asocia a tiempo de evolución largo, como en el presente caso reportado.^{2,4}

El tratamiento de QO ha sido motivo de debate, en el que se ha considerado el alto porcentaje de recidivas, las cuales en buena medida dependen del sitio anatómico afectado, tratamiento usado y la posibilidad de la presencia de quistes satélites.⁶

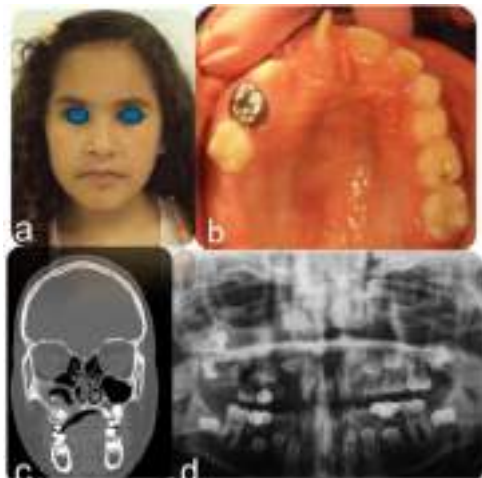


Figura 5. a y b) Disminución de asimetría facial en tercio medio, se observa alineación de plano comisural, pupilar y en paladar duro c y d) Disminución sustancial en el tamaño de la lesión, se observa seno maxilar parcialmente permeable.

Entre los tratamientos considerados para QO, se puede mencionar a los tratamientos radicales (resecciones óseas, curetajes, uso de sustancias químicas y crioterapia) y conservadores (marsupialización, descompresión, enucleación y curetajes cavitarios).^{5,6}

De acuerdo a algunos autores, la respuesta a la disminución en el tamaño de QO está relacionado a la variación en la presión quística, modificando las características celulares del epitelio de recubrimiento quístico así como en el tejido conectivo subyacente, alterándose la expresión de mediadores químicos de la inflamación que contribuyen a la activación de los osteoclastos y promoviendo la regeneración ósea mediante la actividad osteoblástica.^{4,6}

En algunos casos en los que QO posee dimensiones considerables, se ha considerado a la marsupialización como una opción viable de tratamiento, además de combinarse con tratamientos como la enucleación una vez que se ha conseguido la disminución en el tamaño de la lesión.

Conclusiones

No existe un consenso para el tratamiento del QO en pacientes adultos y mucho menos en pacientes pediátricos debido a su baja frecuencia en este grupo etáreo, sin embargo, en estos últimos se sugiere un tratamiento conservador con la intención de disminuir los riesgos de afectar estructuras en desarrollo que provoquen alteraciones estéticas y funcionales significativas.

Es conveniente realizar un diagnóstico temprano apoyados en estudios de imagen e histopatología, considerar tratamientos conservadores principalmente en pacientes jóvenes, teniendo en cuenta múltiples factores como son : edad, tamaño de la lesión, ubicación, compromiso de estructuras anatómicas vecinas, entre otras.

En los abordajes conservadores se pueden evidenciar beneficios tales como la preservación de la integridad ósea, la neuromuscular, la estética y el equilibrio psicosocial.

Referencias:

1. Ribeiro-Júnior O, Borba AM, Alves CAF, Gouveia MM, Deboni MCZ, Naclério-Homem MDG. Reclassification and treatment of odontogenic keratocysts: A cohort study. *Braz Oral Res.* 2017 Dec 18;31:e98. doi: 10.1590/1807-3107bor-2017.vol31.0098.
2. Winters R, Garip M, Meeus J, Coropciuc R, Politis C. Safety and efficacy of adjunctive therapy in the treatment of odontogenic keratocyst: a systematic review. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2023 Jun;61(5):331-336. doi: 10.1016/j.bjoms.2023.04.006.
3. Valdivia ADCM, Ramos-Ibarra ML, Franco-Barrera MJ, Arias-Ruiz LF, García-Cruz JM, Torres-Bugarín O. What is Currently Known about Odontogenic Keratocysts? *Oral Health Prev Dent.* 2022 Jul 22;20:321-330. doi: 10.3290/j.ohpd.b3240829. Mohamed AA, Babiker AA, Khalfa-llah MS, Eltohami YI. Odontogenic Keratocysts: Presentation and Surgical Outcome in a Sample of Sudanese Patients. *Int J Dent.* 2023 Oct 12;2023:8763948. doi: 10.1155/2023/8763948.
4. Chen P, Liu B, Wei B, Yu S. The clinicopathological features and treatments of odontogenic keratocysts. *Am J Cancer Res.* 2022 Jul 15;12(7):3479-3485.
5. Santana, Daiana Cristina Pereira, García, Juliana Jorge, Kusterer, Lilia- ne Elze Falcão Lins, Sardinha, Sandra de Cássia Santana, & Cavalcante, Weber Ceo. (2021). Odontogenic Keratocyst: Eight-Year Follow-Up After Conservative Treatment. *International journal of odontostomatology*, 15(2), 520-525.