



Universidad Nacional Autónoma de México



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**Antología de
Queratoquiste Odontogénico**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

GILDARDO ZALDIVAR PACHECO

DIRECTORA: MTRA. BEATRIZ CATALINA ALDAPE BARRIOS



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.

El fin.

Jamás ningún hombre escribiría sobre el fin de sus días; pero esto es el último suspiro de una pasión por la gloria que tomó mucho tiempo y con esto; a la vez, se cierra un ciclo de grandes acontecimientos por los cuales he vivido y he luchado para olvidar lo malo y dejar lo bueno.

Jamás pensé que se llegaría, jamás pensé que se pudiera dar, pero ahora es el fin. Con esto; quiero resaltar el aspecto humano que todos deberíamos tener y nunca olvidar, que es el agradecimiento. Quiero agradecer a todas aquellas personas que me brindaron algo de ellos por la amistad y que yo alguna vez cultivé para ellos por el tiempo de haberlos conocidos, por la relación familiar que nos unió y que hoy solo son recuerdos de amarga tristeza y nostalgia, agradecer a los conocidos y desconocidos que evitaron que yo muriera de hambre, frío o sed, que me dejaron dormir en sus casas, que me dieron de comer, que me prestaron dinero para poder sobrevivir, que se conmovieron de mi tristeza, de mi derrota y mi pérdida, de mi soledad y de mi humillación, agradecer a mis padres que se durmieron en el camino; y que nunca les pude dar una conclusión grandiosa a toda su labor tan abnegada, agradecer a mis hermanos de primaria que no me olvidaron, y que me dejaron dormir en su taller para poder continuar con mi lucha, a mis hermanos de la secundaria que con su educación, me hicieron ver que el amor nunca muere, a mis hermanos de preparatoria que nunca me abandonaron en la desgracia y que hoy les puedo decir "nunca los olvidaré," a Javier y Lucy mis últimos familiares; a la madre Universidad que me permitió continuar a través del tiempo, a mis hermanos del C.G.H. que me dieron la oportunidad de luchar por la educación y darme una nueva forma de ver la vida aunque nos haya costado la cárcel, a aquella señora que me dejó dormir en su casa a cambio de que les diera clases de inglés a sus hijos por unas quesadillas, a mi tierra Fresnillo por la cuál nunca dejaré de serlo y siempre te seré fiel, a la música que gracias a ti puedo terminar esta carrera ajena a tu naturaleza, a la madre de mi hija que no puedo ver y a la hija que no conozco pero se que eres hermosa "Dania mi hija", a mis maestros de piano que siempre me impulsaron a defender la realidad de nuestro país y que nunca me dejaron sin clase de piano, a las doctoras de patología que me guiaron por el buen camino y que gracias a sus entrega virtuosa la Universidad se siente orgullosa de ustedes y yo, agradecido, al poeta del silencio mi último amigo que no pude despedir y nunca me vio triunfar, pero dedico toda mi vida y trabajo para el hombre que me adoptó cuando me quedé sin familia y cuando me vio caído, cuando me vio hincado pidiendo perdón, cuando me vio en la calle sufriendo de hambre y se conmovió de mi dolor, ese hombre eres tu "CRISTO EL HOMBRE, TU QUE ERES PAN Y GLORIA DICHA Y AMOR GRACIAS por que a tu lado no volví a sentir hambre, sed ni frío y que tienes a tu lado a todos mis seres queridos que yo mismo enterré, perdonen si alguien falta pero bien saben que ninguno falta por que mis hermanos de la infancia también están aquí.

Margarita: bien sabes que sin ti la vida no será igual, sin ti tendré un vacío eterno que nunca llenaré, tú que me diste casa, tu comida, tu amor, tus besos, pero más que nada tu corazón a ti gracias por todo, aunque no me baste una vida para apagar el dolor que siento por tu partida.

Índice

Introducción.....	Pág.1
Queratoquiste odontogénico en el hospital Juárez.....	Pág.3
Queratoquiste odontogénico en acta venezolana	Pág.5
Queratoquiste odontogénico multilocular en Sanmarquina	Pág.6
Queratoquiste odontogénico que sobre pasa la línea media	Pág.7
Queratoquiste odontogénico en maxila primer caso	Pág.8
Queratoquiste odontogénico con transformación carcinomatosa.....	Pág.10
Queratoquiste odontogénico en un análisis de 865 casos	Pág.11
Queratoquiste odontogénico y su comportamiento recurrente	Pág.13
Queratoquiste odontogénico en un estudio conservativo	Pág.14
Queratoquiste odontogénico protocolo de un tratamiento conservativo en un estudio pre-eliminar	Pág.15
Queratoquiste odontogénico sus características inmunohistoquímicas.....	Pág.16
Queratoquiste odontogénico otro caso en maxila	Pág.18
Queratoquiste odontogénico con displasia epitelial.....	Pág.19
Queratoquiste odontogénico en seno maxilar	Pág.21
Queratoquiste odontogénico y la influencia inflamatoria sobre la polarización cromática de las fibras de colágeno	Pág.23
Queratoquiste odontogénico y su tratamiento en la recurrencia	Pág.24
Queratoquiste odontogénico estudio comparativo asociado y no asociado a los terceros molares impactados.....	Pág.25
Queratoquiste odontogénico y dentígero en un análisis radiológico asociado a terceros molares inferiores	Pág.26
Queratoquiste odontogénico con imágenes modales correlacionadas con el síndrome carcinoma nevo basocelular.....	Pág.27
Revisión retrospectiva sobre el tratamiento del queratoquiste.....	Pág.28
Descompresión del queratoquiste odontogénico de amplio espacio en mandíbula.....	Pág.30
Descompresión del queratoquiste y su diferenciación del	

epitelio odontogénico después de la descompresión quística.....	Pág.31
Patrones de expresión citoqueratínico para distinguir el queratoquiste odontogénico del radicular.....	Pág.32
Comentario para la revisión del comportamiento sobre la recurrencia del queratoquiste	Pág.34
El uso de enucleación y nitrógeno líquido en la cistectomía.	Pág.35
Carcinoma de células escamosas de un queratoquiste odontogénico en maxilar.....	Pág.36
Queratoquiste odontogénico con un mural de metaplasia cartilaginosa	Pág.38
La naturaleza agresiva del queratoquiste odontogénico como neoplasia benigna	Pág.39
Tratamiento del queratoquiste odontogénico por excisión de la precisa sobre posición de la mucosa.....	Pág.40
La correlación entre la proliferación de células epiteliales y la inflamación del queratoquiste odontogénico.....	Pág.41
Queratoquiste odontogénico con formación dentinoide	Pág.43
Aparición simultánea de un queratoquiste odontogénico y un granuloma de células gigantes con lesión en mandíbula	Pág.44
Queratoquiste odontogénico en un seguimiento de 225 pacientes Chinos	Pág.46
Recurrencia múltiple y un novo queratoquiste odontogénico asociado al síndrome oro-facio-digital.....	Pág.47
Marsupialización como un tratamiento definitivo del queratoquiste Odontogénico.....	Pág.48
Tratamiento de queratoquiste odontogénico por medio de descompresión y marsupialización.....	Pág.50
La naturaleza agresiva del queratoquiste odontogénico Como neoplasia benigna y la inmunohistoquímica	Pág.51
Queratoquiste odontogénico como tumor benigno.....	Pág.52
Queladores de hierro inducidos e inmortalizados en un apoptosis independientes de células cancerígenas en el queratoquiste	

odontogénico.....	Pág.53
Queratoquiste odontogénico análisis inmunohistoquímico del su potencial biológico	Pág.55
Queratoquiste odontogénico en el conducto naso palatino.....	Pág.56

Introducción.

El presente trabajo tiene como principal objetivo enriquecer al cirujano dentista sobre el tratamiento del queratoquiste; ya que en su práctica diaria puede descubrir al quiste por casualidad o por un examen de rutina; y con los conocimientos actuales se busca que él practicante pueda tener el mayor número de elementos, así como opciones para poder atender el queratoquiste

Con los artículos y publicaciones aquí expuestos se pretende dar una idea de lo que otras naciones hicieron para presentar este problema ya que la literatura odontológica lo califica como una lesión evidente y palpable en la población, presentándose al menos un caso por cada mil habitantes, de modo tal que el queratoquiste odontogénico no es un caso aislado

Se dice que los especialistas en cirugía y patología bucal son los únicos capacitados para atender este problema pero la pregunta existirá: ¿Qué pasaría si yo tuviera la suerte de detectar este quiste en mi consultorio? al menos si no se puede atender o tratar al queratoquiste, se pueda tener la suficiente capacidad para saber remitir al paciente que está siendo afectado

Algunas de las soluciones aquí vertidas; sin duda alguna, están lejos del alcance del cirujano dentista general pero esto debe motivar a los odontólogos así como a los especialistas en patología bucal a buscar mejores soluciones a los afectados por el queratoquiste ya que la salud es un derecho natural y con base en lo anterior; poder promover en las instituciones a que den mayor atención al queratoquiste.

La mayor parte de los autores que aquí han escrito coinciden en muchos aspectos como: métodos de tratamiento y o curación, material, formas de detección e innovaciones de vanguardia. Al mismo tiempo de estar investigando sobre el queratoquiste odontogénico; se pudo ver que en México no se escribe en gran escala porque solo se encontró un solo artículo mexicano referido del hospital Juárez de México del año 1997 y solo refiere

sobre la aparición del queratoquiste odontogénico en un paciente joven y que se le extirpó de forma quirúrgica.

Lo cierto es; que otras naciones se han adelantado en la publicación sobre el tratamiento del queratoquiste, encontrándose a la cabeza en artículos en español a los venezolanos, los cuales aportaron un total casi diez artículos. Se sugiere a las instituciones mexicanas aporten más métodos de tratamiento así como una posible tratamiento terapéutico para poder evitar cirugías de tan amplio margen, buscar que las instituciones hospitalarias tengan todos los métodos de detección y de cura para el queratoquiste odontogénico y a la vez; promover exámenes radiográficos rutinarios que estén al alcance de todos.

Haciendo un poco de historia se puede decir que:

El queratoquiste odontogénico, constituye un tipo histológico de los quistes odontogénicos de desarrollo; cuya mayor incidencia ocurre entre la segunda y tercera década de vida, pudiendo tener un segundo pico de aparición hacia la quinta década.

La zona de tercer molar inferior, ángulo mandibular desde donde progresan hacia la rama y cuerpo constituyen la ubicación más frecuente en la aparición del queratoquiste. Entre los quistes odontogénicos éste presenta mayor importancia debido a la alta tasa de recurrencia ubicada entre 25 y 60% y porque presenta características histopatológicas que lo difieren de otras lesiones quísticas.

El queratoquiste odontogénico fue inicialmente descrito en la literatura por Philipsen en 1956, posteriormente, en 1963 Pindborg, Philipsen y Henriksen establecieron criterios histológicos y caracterizaron un comportamiento clínico específico para el queratoquiste odontogénico.

El queratoquiste puede ser asociado con el síndrome del carcinoma nevo basocelular o también conocido como Síndrome Gorlin-Goltz por lo que se tiene que especificar la diferencia de estos dos y o cuando se detecte este quiste con el examen histopatológico, y con ello confirmar el diagnóstico,

porque de lo contrario; como se explicará más adelante el quiste puede malignizarse pasando este a carcinoma.

Según la Asociación mundial de la Salud (OMS) se define como quiste a "Toda cavidad con un contenido semi-sólido revestida de epitelio" aunado a esto dentro de la literatura odontológica el término queratoquiste se la tiene que llamar de la siguiente forma: "Tumor queratoquístico odontogénico". Este término se cambió durante el fin de la década de los años noventa por la misma asociación; los actuales patólogos todavía discuten la aceptación y veracidad de la designación pero uno de los artículos aquí expuesto de origen alemán que enriquece el término llamándolo tumor benigno, los alemanes con base en lo anterior, afirman que por su grado de recurrencia y su baja malignización así como los métodos que emplean para su tratamiento, mejor se le designa "Tumor benigno queratoquístico".

CD- No. 1

Autor: Aguilar SJA, Lara KR, González RC

Título: Queratoquiste odontógeno.

Presentación de un caso clínico

Rev. Hosp. Jua Méx. 1997; 64(3) 49-50

Localización: Google-Queratoquiste-Internet en español

Objetivo: Se presenta un caso clínico de paciente femenina de 23 años, quien cursó con retención dentaria de tercer molar superior izquierdo y del tercer molar superior derecho, presentándose el queratoquiste de manera ectópica en seno maxilar derecho. En estos terceros molares se relacionaron lesiones quísticas, esto se confirma a través de tomografía computarizada de cortes axiales y coronales.

El resultado del estudio histopatológico fue de queratoquiste odontógeno. Recordando que el queratoquiste odontógeno es una lesión característica que amerita una categorización particular por su histología y conducta biológica específica. En la etiología y patogenia se acepta que el queratoquiste odontogénico se origina en restos de la lámina dental localizados en la mandíbula o maxilar.

Algunas de sus características clínicas es que ocurre con mayor frecuencia en la segunda y tercera décadas de la vida, pero puede presentarse en un gran rango de edades. Los queratoquistes odontógenos afectan en forma predominante a la mandíbula, en una proporción de 2:1 con respecto al maxilar, lo que motivó a la presentación de este caso. Las área más involucrada y o afectada por el queratoquiste odontogénico es la mandíbula, porción posterior del cuerpo mandibular y rama ascendente, en el maxilar se presenta en la región de los terceros molares pero con menos frecuencia que en la región de caninos.

Radiológicamente, la lesión característica es radiolúcida, bien circunscrita y presenta bordes radiopacos delgados, sin embargo, pueden observarse

lesiones multiloculares. Más de 40% de las lesiones son adyacentes a la corona de un diente sin erupcionar.

Esta lesión es altamente recidivante con una tasa del 5 al 62%, por lo que se recomienda control a largo plazo de los pacientes tratados. Las primeras recidivas se reportan dentro de los primeros cinco años del postoperatorio. Los pacientes con lesiones múltiples presentan tasas mayores de recurrencia. Al igual que otras lesiones quísticas odontogénicas, pueden presentarse cambios neoplásicos. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica.

CD. No. 2

Autor: Rafael Darío Sosa S.

Título: Queratoquiste odontogénico en la literatura medico odontológica venezolana

Revista. ACTA ODONTOLÓGICA VENEZOLANA

Vol.40 Pág. 1 a 10 2000

Una de las primeras conclusiones a las que puede llegar es que a pesar de que la literatura asevera que los queratoquistes se presenten con mayor frecuencia en la zona del tercer molar inferior y rama ascendente y predominantemente en el sexo masculino, cuando se encuentran lesiones en la línea media del maxilar superior o inferior en cualquiera de los sexos no se puede descartar la posibilidad de que se trate de un queratoquiste, pues ya se han reportado casos.

Estas lesiones son muy importantes por su alta tasa de recurrencia. Lo ideal es vigilar al queratoquiste odontógeno mediante radiografías anuales, al menos 5 años después de realizada la cirugía. También es importante evaluar médicamente a los pacientes que presentan un queratoquiste odontógeno, especialmente si es múltiple, para descartar la posibilidad de que ocurra un Síndrome del carcinoma nevo baso celular

Con respecto al primer caso: aparece un queratoquiste en la zona anterior del maxilar inferior en un paciente de 56 años, cuando según la mayoría de la literatura asevera que predominan en el área de la rama mandibular y en la 2da y 3era década de la vida. Por otro lado cuando radiográficamente se observó una imagen periapical no se debe descartar la posibilidad que se trate de un Queratoquiste.

En el segundo caso lo más importante fue el gran tamaño de la lesión. El tratamiento según esto hubiese sido la resección mandibular, pero se trataba de una paciente muy joven y las consecuencias de este tratamiento son muy severas, afectando además de la estética, las funciones de la paciente. Por otro lado se debe hacer énfasis en la importancia que el paciente regrese a la consulta a sus respectivos controles radiográficos, pues seguramente esta lesión tan grande pudo haber tenido recurrencia y cuando sea así; los cuidados y el tratamiento deben tener mayor precaución, porque se tiene que tomar en cuenta que es casi seguro que en la primera intervención se perdió tejido óseo y el queratoquiste en la recurrencia es más agresivo.

CD. No. 3

Autor José Cornejo Salazar.

Tema: Queratoquiste odontogénico Multilocular la importancia de la ortopantomografía

Revista: Odontología Sanmarquina.

Vol.6 Pág. 18 a 20. 2003

El término Queratoquiste (Q.Q.) fue introducido por Phillipsen en 1956. Los Queratoquistes representan alrededor del 10% de los quistes de los maxilares. Su hallazgo es más frecuente en la 2ª y 3ª década, pero también se encuentran entre la 1ª y 8ª década de vida la ubicación más frecuente es en la zona de la 3a molar, ángulo y rama mandibular, afectando más a hombres. Clínicamente, se presentan raramente como un aumento de volumen que compromete una tabla ósea (lingual en la mandíbula y vestibular en la maxila), en cambio, el ameloblastoma, suele producir gran expansión de las corticales,

siendo más común en el QQ su hallazgo radiográfico en los exámenes complementarios como en este caso, es por eso que remarca la importancia de la ortopantomografía

El QQ puede alcanzar grandes dimensiones ya que crece más a través de los espacios medulares con forma transversal. Las lesiones multiloculares son frecuentes y muy extensas. El QQ puede ser recurrente de forma similar a una neoplasia, en un 25% a 60%, más en multiloculares.

Microscópicamente las células basales columnares son parecidas a ameloblastos con núcleos ovalados, lo que pudo dar por citología el reporte de ameloblastoma, la tendencia a la recurrencia también se debe a que la capa fibrosa del quiste es generalmente muy delgada y a veces es posible hallar en ella quistes satélites y proliferación de brotes epiteliales odontogénicos, es por eso el criterio oncológico del tratamiento.

Es importante descartar en casos de Q.Q. múltiples una entidad clínico patológica asociada a la presencia de éstos, el Síndrome del carcinoma nevo basocelular o Síndrome de Gorlin – Goltz. Por último, se debe enfatizar la responsabilidad del cirujano dentista en el cuidado integral de la salud bucal, y la necesidad de realizar un tamizaje con ortopantomografía a todo paciente nuevo.

CD. No. 4

Autor: José María González H.

Tema: Queratoquiste odontogénico que sobre pasa la línea media

Revista: Acta odontológica venezolana

Vol. 38 Pág. 1 a 8 2000

El tejido conjuntivo fibroso de la pared del quiste es delgado y no suele presentar infiltración de células inflamatorias. La capa basal es típica y presenta células pálidas con núcleos prominentes y polarizados. El estrato

superficial es desigual o corrugado y posee una capa superficial de paraqueratina.

Entre el 85 al 90 % de los queratoquistes odontogénicos son de tipo paraqueratinizado y el resto corresponde a la variante ortoqueratinizada. En las paredes de algunos quistes es posible apreciar islas de células epiteliales que muestran queratinización central que se denomina quistes satélites. (Beovide y Kornecki 1994) Reportan un tumor odontogénico escamoso asociado a la pared de un quiste odontogénico. Los casos de tumores odontogénicos escamosos desarrollados en membranas no muestran o revelan una agresividad parecida a la del propio queratoquiste

Una vez evaluado el caso se puede concluir que el queratoquiste odontogénico muestra predilección por la zona de la rama ascendente y molares inferiores, sin embargo es de hacer notar que en nuestro caso se reporta un queratoquiste que atraviesa la línea media de la mandíbula fenómeno poco frecuente y para estos casos se propone como terapéutica ideal para el manejo multidisciplinario de estas patologías, combinados con diferentes especialidades (Cirugía-endodoncia-Patología)

Inclusive; si por alguna circunstancia se observa un líquido amarillento, pastoso que drena por donde se presume que hay lesión y no se ha hecho ningún análisis, se puede decir que se trata de un quertoquiste odontogénico.

C.D. No. 5

Autor: Galvão Cavalcanti Hébel

Título: Queratoquiste odontogénico en maxila.

Revista: Acta odontológica venezolana

VOL. 1- 2 Pág.1-8 2004 No. 3

Motivo de la consulta Tratamiento de ortodoncia; y en el examen de rutina se descubrió una lesión radio lúcida unilocular, circunscrita con un halo

radiopaco, provocando ocupación del seno maxilar derecho extendiéndose al piso de la órbita desplazando al diente 18 hacia la pared mesial del seno. Se solicitó biopsia excisional Resultados: cavidad patológica con superficie queratinizada corrugada Diagnóstico: queratoquiste odontogénico.

Características Clínicas.

- 1) Aumento de volumen en la región afectada.
 - 2) Expansión ósea
 - 3) Dolor
 - 4) Generalmente asintomático
 - 5) Detección por examen de rutina. Características generales.
- 1) Predilección por sexo masculino
 - 2) Predilección por mandíbula, cuerpo y rama.
 - 3) Examen histopatológico el más certero para su diagnóstico

Tratamiento: Excisión quirúrgica con legrado óseo bajo anestesia general y darle seguimiento semestral por espacio de cinco años.

Relación: como se dijo el examen histopatológico es el más certero para su detección o de lo contrario puede ser confundido con ameloblastoma y al mismo tiempo puede estar asociado con el síndrome del carcinoma nevoide y células basales

C.D. No. 6

Autor: A. KESZLER

Título: Queratoquiste odontogénico con transformación carcinomatosa.

Caso clínico (Argentina)

Revista: Medicina y patología

Vol. 7 Pág. 331-335 2002

Introducción: Primer caso de queratoquiste reportado fue en el año de 1889 Adolfo Herrmann. Casos como este solo se encuentran 12 con evolución hacia carcinoma y este no fue detallado y se falló en establecer la hipótesis de que el carcinoma se desarrolló a partir del revestimiento epitelial de un quiste odontogénico.

Paciente de veinte años, caucásico, refiere que aproximadamente seis meses antes comenzó a presentar dolor a la masticación en la mandíbula de lado izq. e irradiado en zonas vecinas. Al presentarse con el dental tomó radiografía de zona afectada y se encontró en la zona de la pieza 38 una lesión osteolítica de gran tamaño que se extendía de la zona apical del molar hasta la rama ascendente. Se extrajo el molar y tiempo seguido el paciente mostró dolor y la aparición de una tumefacción en post-operatorio en la región trígono retromolar, para darle mayor certeza se tomó una radiografía panorámica y se descubrió la misma lesión osteolítica a partir de la pieza 37 y se drenó esa zona pero la lesión no cicatrizó y aumentó la tumefacción ocasionando un trismus que impedía la apertura bucal correcta; por tanto se hizo una biopsia y el resultado fue queratoquiste odontogénico y el paciente fue intervenido quirúrgicamente bajo anestesia gral. Se resecó el cuerpo y rama mandibular izq. mediante osteotomía vertical del cuerpo mesial de la pieza 37.

Después de la operación y el examen histopatológico al diagnóstico fue de carcinoma de células escamosas bien diferenciado a partir de queratoquiste odontogénico. El tratamiento oncológico se completó con radioterapia "Acelerador Lineal de electrones" completando una dosis total de 45 gramos (4500 radianes) El seguimiento de este paciente fue por un espacio de cuatro años y no presentó recurrencia.

La frecuencia de malignización de los queratoquistes es extremadamente baja. Sin embargo, esa posibilidad debe ser tomada en cuenta al realizar el estudio histológico para detectar alteraciones precoces y reafirmar la necesidad de un cuidadoso seguimiento de los casos después del tratamiento.

C.D. No. 7

Autor: Adalberto Mosqueda Taylor

Título: Quistes odontogénicos análisis de 865 casos

Revista: Medicina y patología

Vol. 7 Pág. 89-96 2002

Este reporte muestra más que la definición de quiste y de queratoquiste odontogénico; cuál es la población mexicana más afectada, sin embargo se encontró que hay pocos casos de este quiste; y en este artículo, muestra porcentajes, material métodos y resultados sobre origen detección y tratamiento sobre el queratoquiste odontogénico.

Se revisaron archivos de laboratorio de histopatología de la UAM, Xochimilco en el periodo de 1990 a 2002 y de servicio privado de patología bucal con el objetivo de dar a conocer al queratoquiste odontogénico así como la relación de estos casos que llevaron las instituciones públicas y privadas

La UAM. recibió material y especímenes de la misma en una cantidad de 4410 muestras de los cuales 371 correspondieron a queratoquiste odontogénico (8.42%) mientras que en servicio privado de patología bucal se recibieron un total de 3030 muestras de las cuales 485 (16%) correspondientes a este tipo de lesiones; en conjunto, los 856 queratoquistes representaron el 11.5% a todas las biopsias recibidas. En la siguiente estadística se encontró ocho variedades de un total de diez entidades reconocidas en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud. (World Health Organization) El mayor número de casos correspondió a quistes radiculares (342) seguidos por quistes dentígeros 283 casos y queratoquiste odontogénico 184 casos. Se puede determinar que el queratoquiste odontogénico ya no es un caso aislado y que existe en al menos tres pacientes de cada diez con predilección por el sexo masculino y que ninguno de los casos aquí expuestos se puede tratar de forma farmacológica o medicamentosa.

En África; en Witwaterland se estudiaron 2616 casos de quistes y el 11.2% eran queratoquistes. De lo analizado en la UAM Xochimilco el estudio de queratoquistes comprendió el 21.5% de todos los quistes recibidos cifra superior

a todos los publicados. De acuerdo con toda la información clínica en este estudio, 23 de los 184 queratoquiste odontogénico recibidos 12.5% provenientes de 17 pacientes afectados por el síndrome Gorlin-Goltz (síndrome del carcinoma nevo baso celular) con múltiples queratoquistes odontogénicos, que es el de mayor recurrencia de los quistes. En EE.UU. se estudiaron 3538 quistes odontogénicos y destaca su baja frecuencia en Q.Q.O. en un total de 62 casos (1.7%) En Canadá se estudiaron 40000 casos y solo 335 (4.8%) a queratoquistes. En México en el “20 de Noviembre” en un periodo de cinco años se revisaron 15 956 casos y solo tres eran queratoquistes odontogénicos.

CD No 8

Autor Duangrudee Chirapathomsakul.

Título: Revisión del queratoquiste odontológico y su comportamiento recurrente

Revista: Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology and endodontology

Vol. 100 No. 1 Pág.5-9 2006.

Este estudio tiene como objetivo conocer el comportamiento recurrente del queratoquiste odontológico ya que la literatura ha marcado la necesidad de seguir y evitar la recurrencia que es un factor preponderante y para ello se tomó un grupo de pacientes de entre once y cuarenta años de edad con presencia de este queratoquiste odontogénico predominante en el cuerpo y rama ascendente.

La mayor parte de las lesiones fueron diagnosticadas y reafirmadas con examen histopatológico sin embargo veinte pacientes se retiraron antes de un corto periodo de tratamiento y los siguientes casos se encuentra la presencia del queratoquiste en siete de treinta y un pacientes con recurrencia de alto rango; a lo cuál, se concluyó que no se debe fallar ni omitir ningún examen así

como minimizar ningún diagnóstico histopatológico y hacer exámenes de rutina constante.

Dentro de este estudio se muestran tablas y estadísticas de la presencia del queratoquiste y su recurrencia, estas tablas fueron tomadas de la siguiente serie de resultados: consistieron en 67 lesiones con presencia de queratoquiste odontogénico en 23 pacientes masculinos representando el 45.1% y 28 queratoquistes odontogénicos en pacientes femeninos con un porcentaje de 54.9%. El rango de diferencia fue de 1:1.2. y la diferencia de edad al tiempo de la presentación fue de 36.9 años con un rango de nueve a 65 años. La mayor parte de los casos fueron encontrados en la segunda y cuarta década de vida y solo un paciente fue menor a diez años de edad.

La duración de los síntomas varió de uno a seis años y la mayoría de los pacientes tuvieron una duración de síntomas menor a tres meses; veinte de veinticuatro pacientes quines tuvieron síntomas menores a tres meses se presentaron con signos de infección y dolor y la mayoría de los casos 37 de 51 se presentaron con síntomas combinados. Las lesiones fueron diagnosticadas en exámenes de rutina en siete pacientes y el total de los 67 lesiones 46 de estas con un porcentaje 68.7% fueron encontradas en la mandíbula principalmente en el cuerpo, rama y ángulo mandibular, veintiuna de estas lesiones con un porcentaje de 33.3% fueron encontradas en la maxila, nueve de las veintiún lesiones fueron encontradas en estructuras adyacentes, seno maxilar, fosa pterigo palatina y piso de la nariz.

CD. No 9

Autor Michelle Giuliani

Título: Estudio conservativo de queratoquiste odontogénico en el reporte de un caso y la revisión de la literatura.

Revista: Journal Maxillofac and oral surg.

Vol. 641 Pág. 308-316 2006

En el siguiente estudio conservativo nos presenta un caso de un paciente de treinta años con la presencia de un queratoquiste con un tiempo de dos meses de evolución y con parestesia del nervio alveolar inf. Izq.

El paciente no mostró el síndrome del carcinoma nevo basocelular pero si un gran crecimiento y aumento de tamaño en la mejilla izquierda.

Tras muchas dificultades se presentó el paciente con el caso del segundo molar izq. completamente necrosado con movilidad del segundo grado, después de los diagnósticos preferentes del caso al paciente se le diagnosticó queratoquiste odontogénico y se le intervino quirúrgicamente bajo anestesia general.

Lo importante de este artículo son las recomendaciones en diagnóstico y los cuidados post-operatorios para evitar su reincidencia haciendo destacar también la enucleación, curetaje y marsupialización.

Este artículo explica en que consiste la enucleación, casos específicos y método de aplicación

- 1) Se tiene que remover o limpiar como si fuera lesión tumoral
- 2) En el curetaje se tiene que remover la parte afectada y también quitar partes circundantes.

- 3) La descompresión consiste en una operación quirúrgica para liberar la presión en el compartimiento del cuerpo.
- 4) La marsupialización consiste un desprendimiento aplicado a la capa exterior que se retirará de forma quirúrgica y se removerá el queratoquiste de la pared anterior con la saturación del corte de las partes remanentes de quiste y de los tejidos adyacentes de la piel.

C.D. 10

Autor: Paul Edward Maurette

Título: Protocolo de un tratamiento conservador sobre un estudio pre-eliminar de un queratoquiste odontogénico.

Revista: Journal Maxillofac of surg

Vol. 64 Pág. 379-383. 2006

El objetivo de este estudio fue para reportar nuestra experiencia en el tratamiento de treinta queratoquistes con un protocolo de un tratamiento conservativo sobre un estudio preliminar sobre queratoquistes y su recurrencia.

Se hizo este estudio sobre 19 pacientes femeninas y 9 masculinos en un total de 28 para saber la posible etiología del quiste y buscar otras alternativas de tratamiento en lugar de la cirugía con legrado óseo y así evitar lo más posible la recurrencia de recurrencia.

Las opciones presentadas mostraron una baja de morbilidad y un rango similar a aquellos que coinciden con otros casos reportados en la literatura; coincidiendo hacia el tratamiento de elección, que fue la cirugía y legrado óseo ya que con ello se evita en mayor medida la recurrencia, el resultado manejado por estos tratamientos los toma como éxito ya que con ello se logró bajar los niveles de recurrencia.

Se tiene que tomar en cuenta el tiempo de evolución de la lesión desde su inicio y desde el momento en que el paciente se presente con síntomas

marcados, que pueden ser desde para-estecia, inflamación, agrandamiento de la parte afectada, distalización dental y salivación en exceso.

Generalmente cuando una persona afectada por este tumor recurre por ayuda, el tumor ya ha avanzado demasiado involucrando tejidos adyacentes y con una pérdida ósea de aspecto considerable por lo que los estudios por realizar tendrán que hacerse lo más pronto posible para evitar mayor daño.

CD No. 11

Autor Javier Leonardo Martínez Téllez

Título: Queratoquiste odontogénico características inmunohistoquímicas

Revista: Venezolana de patología.

Vol. Odont-on line Pág. 1 a 5 2003

Shuler y Shiver identificaron 7 proteínas específicas de queratina con una masa molecular de un rango de 46 a 59 milímetros cúbicos de masa atómica dentro del revestimiento de 3 queratoquistes.

Howell estudió la reactividad de 7 queratoquistes a un antígeno carcino-embriónico (CEA) y encontraron que todos los casos eran positivos a este marcador de intensidad variable. Ellos sugirieron que este antígeno (CEA) tenía el potencial como marcador para diferenciar lesiones agresivas como queratoquistes odontogénicos de quistes menos agresivos.

Li aplicó un panel de anticuerpos monoclonales para evaluar el modelo de expresión del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) en quistes odontogénicos de la mandíbula. Ellos encontraron que los queratoquistes desarrollaban niveles altos de EGFR.

Chong encontró en su estudio que uno de los quince queratoquistes estudiados por ellos se mostró positivo a la proteína S-100.

Barreto encontró que en los queratoquistes se encontraban en niveles de MDM2 superiores a otras lesiones.

Ogden y Lombardi encontraron una expresión positiva para la proteína p53 en el epitelio de revestimiento de queratoquistes odontogénicos.

Conclusiones

Es importante concientizar al odontólogo general a realizar un estudio panorámico y no limitarse solo al uso de radiografías periapicales; para que, de esta forma, se pueda realizar un diagnóstico precoz de la existencia de este tipo de patologías. Además; es importante un control periódico posterior a la enucleación de esta lesión ya que su recidiva se puede presentar en 5 o 10 años después de la exéresis de la misma.

CD No. 12

Autor: Luís Orlando Rodríguez

Título: Quistes Maxilares

Revista: Venezolana de odontología.

Vol. Odontología-online Pág. 1-13 2004

Los quistes representan sin duda, un peligro para la integridad del componente maxilo-facial ocasionando trastornos funcionales y estéticos de variable intensidad por lo que deben ser diagnosticar precozmente y tratados de forma adecuada.

La práctica ha demostrado que existen dificultades en la interpretación clínica y radiológica de estas afecciones por lo que se asemejan entre sí. Debido a esto; se exponen criterios y diagnósticos erróneos y a veces conductas terapéuticas inadecuadas, apareciendo lesiones recidivantes cuyos comportamientos clínicos histológicos difieren sustancialmente de las lesiones primarias, esto hace que las consideraciones quirúrgicas de los quistes

maxilares estén relacionadas con los patrones clínicos e histológicos de cada uno de ellos.

Entre los procesos que integran la patología quirúrgica bucal y máxilofacial, uno de los más complejos es el de las lesiones tumorales de los maxilares. Entre todos los procesos tumorales, quizás el más importante sea el referido a los quistes maxilares por su frecuencia y aparición y por el papel que en su diagnóstico tiene el estomatólogo.

El quiste se define como una cavidad bien delimitada y circunscrita radiolúcida, tapizada en su interior por epitelio y recubierta en su cara externa por tejido conectivo, que encierra un contenido líquido o semilíquido, son asintomáticos y se descubren en estudios radiográficos de rutina.

Kramer lo define como una cavidad patológica con un contenido líquido, semilíquido o gaseoso, no originado por el acumulo de pus, y que suele estar aunque no siempre, revestida de epitelio. Así se engloban como quistes las lesiones de los maxilares, epiteliales o no y las de los tejidos blandos, descartando los abscesos por acumulo de pus.

Otros autores definen el quiste como cavidades formadas por epitelio y tejido conectivo, con contenido líquido o semilíquido.

Desde la primera clasificación propuesta por Robinsón en 1945, se han sucedido múltiples clasificaciones.

CD No. 13

Autor: Ligia Pérez

Título: Queratoquiste odontogénico con displasia moderada.

Vol. Ciencia odontológica Pág. 1 – 8 Maracaibo 2004

El caso a reportar es el de un paciente del sexo femenino de 28 años de edad, quién acude a consulta en la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia, por presentar dolor leve en la región facial derecha, de aproximadamente un año de evolución. Clínicamente no se observó ningún

cambio en la zona afectada. La paciente negó traumatismo en el área, así como hábitos o situaciones que pudiesen ser consideradas como factores de riesgo de su enfermedad. Los antecedentes familiares y médicos fueron no relevantes. La paciente no se encontraba bajo ningún tipo de medicación, al examen físico fue considerada normal. Se le realizó una radiografía panorámica, donde se detectó una imagen radiolúcida que ocupaba el seno maxilar derecho en su totalidad y que contenía una pieza dental con anatomía de molar. El examen tomográfico reveló claramente la anatomía de esta pieza dental, rodeada por una zona hipodensa. El queratoquiste odontogénico se considera el quiste más agresivo y el segundo más común de los quistes odontogénicos, se cree que se origina de la lámina dental. Es una lesión que afecta con mayor frecuencia el sexo masculino, creciendo en sentido antero posterior, por lo que la expansión ósea no es una de sus características más comunes.

Tiene predilección por el cuerpo y la rama de la mandíbula y se asocia a un diente retenido entre el 25% y 40% de los casos. En ocasiones, puede causar reabsorción de las raíces. Histopatológicamente este quiste exhibe un epitelio delgado paraqueratinizado con superficie corrugada, cuyas células de la capa basal se observan en empalizada, con todos sus núcleos al mismo nivel. La unión del epitelio con el tejido conectivo subyacente es lisa, lo que dificulta su remoción, ya que en el momento del acto quirúrgico estos dos tejidos se separan, fragmentándose el epitelio y esta es una razón por la que esta entidad es altamente recidivante. La pared quística está conformada por tejido conectivo fibroso, donde dependiendo del caso se puede o no encontrar un infiltrado inflamatorio mono o polimorfo nuclear. La displasia epitelial se caracteriza por alteraciones citológicas celulares en el epitelio, tales como: pleomorfismo e hiper cromatismo nuclear, pérdida de la relación núcleo-citoplasma, además de la presencia de mitosis atípicas. Esta lesión puede clasificarse en leve, moderada y severa, dependiendo hasta que altura del epitelio se extiendan estos cambios celulares. Si sólo está afectada la capa basal, se considera leve, si llega hasta la capa espinosa, moderada, y severa si los cambios se observan abarcando la capa granulosa. Hay ocasiones donde la presencia de inflamación marcada puede causar alteraciones citológicas en las

células, sin embargo, en ausencia de cambios inflamatorios la displasia se considera real.

Si estas lesiones displásicas no se tratan de alguna manera, el resultado final podría ser la formación de un carcinoma de células escamosas, lesión considerada como la neoplasia maligna más común en la cabeza y el cuello de los adultos, la cual dependiendo de su diferenciación, en la mayoría de los casos lleva al paciente a la muerte. Existen varios casos reportados en la literatura mundial donde el epitelio del queratoquiste odontogénico ha presentado variables grados de displasia, incluso hay autores que reportan casos donde el epitelio se ha transformado en un carcinoma de células escamosas. Este reporte es importante debido a que a pesar de que la frecuencia de estos cambios epiteliales no es marcada, estos son lentos y asintomáticos, demostrándose que pueden llegar a convertirse en una lesión maligna que puede comprometer la vida del paciente, por lo que estas lesiones quísticas deben estudiarse aun cuando su apariencia sea inocente.

Caso No. 14

Autor: Guilherme Costa Carvahlo Silva

Título: Queratoquiste en seno maxilar

Revista: ciencia directa

Vol. 31 Pág. 231 – 234

Belo horizonte Brazil 2005

El actual artículo muestra dos casos interesantísimos sobre la presencia del queratoquiste odontogénico en seno maxilar rompiendo con casi todo caso comprobado en la literatura odontológica.

Otros casos presentados nos mostraron la presencia de estos en cuerpo y rama ascendente por lo que el presente artículo relata la complejidad de este caso en tratamiento y recurrencia; ya que, nos da a entender que la cirugía en seno es muy difícil, teniendo que llegar directamente en seno y en el cuál no

puede haber un legrado óseo porque podría comunicarse a alguna otra cavidad provocando serios problemas.

Las características de los casos presentados en este artículo son en jóvenes de 14 y 17 años de edad respectivamente, los dos son de raza caucásica.

El primer paciente muestra como primer síntoma dolor de cabeza persistente por espacio de una semana y el otro con un pronunciado mal sabor de boca además; de mal aliento, descubierto esto último por una fístula en la cara bucal del segundo molar derecho.

Los exámenes radiográficos así como la tomografía computarizada bastaron para que el diagnóstico se afirmara en queratoquiste odontogénico, para continuar con examen histopatológico y tener la total certeza de tener del diagnóstico sobre queratoquiste odontogénico.

En los dos casos presentados se les practicó la enucleación por la complejidad de llegar hasta seno maxilar y los quistes fueron retirados de forma completa sin recurrencia, ya que se siguieron tomando radiografías por espacio de tres años y no mostraron recidiva alguna; también se debe tomar en cuenta los cuidados post-operatorios que se le designaron a los pacientes, ya que fueron cuidadosos y disciplinados por lo que el factor recidiva no apareció.

CD No 15

Autor: Abraham Hirshberg

Título: La influencia inflamatoria sobre la polarización cromática de las fibras de colágeno en la pared del queratoquiste odontogénico

Revista: Direct cience oral oncology

Las interacciones epiteliales mesenquimatosas han sido encontradas y estas juegan un papel importante del queratoquiste odontogénico. En el presente estudio se investigó el efecto inflamatorio en la pared del queratoquiste odontogénico y polarización cromática de las fibras de colágeno rojo. Cincuenta casos de queratoquiste fueron seleccionados y separados en dos grupos de acuerdo con la intensidad inflamatoria.

El primer grupo correspondió a aquellos con inflamación moderada o leve; el siguiente grupo con inflamación intensa. La polarización cromática de las fibras de colágeno fueron grabados separadamente por fibras puntiagudas y delgadas. La polarización de los colores y de las fibras de colágeno fue de espectro amarillo y verde, sin diferencias significativas entre los dos. Sin embargo la polarización de las fibras puntiagudas y delgadas mostraron diferencias significativas; aun que las fibras con colores rojos polarizados se incrementaron con una frecuencia del 4.6% y del 4.4% respectivamente comparado con el grupo "A" contra el 12.3% y el 23.6% respectivamente.

Se puede concluir que la inflamación tiene un impacto en el paquete de fibras de colágeno en la pared de tejido conectivo del queratoquiste odontogénico, como reflejada refracción de colores bajo la luz polarizada en la presencia de inflamación intensa.

La literatura dental refiere que los queratoquistes generalmente son asintomáticos por lo que; si existe inflamación, se puede decir que esta lesión esta ya en otro nivel, que se traduce como que el paciente no hizo caso de algún síntoma mínimo y lo dejó pasar y claro no hubo algún examen de rutina para su localización.

CD No. 16

Autor: Martín Clark – David R Ball

Título: Tratamiento para la recurrencia de Queratoquiste odontogénico. "Punto olvidado"

Revista: British oral surgery

Vol. 44 Pág. 71-77

2005

Se sabe que el queratoquiste es el tumor (el termino quiste lo cambió la Organización Mundial de la Salud por Tumor) o quiste de mayor agresividad, que se presenta en la mayoría de los casos en varones, en cuerpo y rama ascendente, que aparece en la tercera y cuarta década de vida, que es asintomático, que se detecta por un examen radiográfico de rutina, que no tiene medicación, que se puede eliminar con intervención quirúrgica marsupialización o enucleación, que se le tiene que dar seguimiento por espacio de cinco años para evitar la recidiva, pero no se ha dicho como tratarlo en la recurrencia ya que en esta etapa puede ser mucho más agresivo y los síntomas pueden variar así como estar en la etapa de malignización directa pasando a "carcinoma". Si la formas de detección son iguales , si avanza con mayor rapidez, si es mas invasivo y que tan traumático puede ser para el paciente intervenirlo por segunda vez

El presente artículo tiene como objetivo ilustrar sobre las formas de detección y de tratamiento del queratoquiste en la recurrencia ya que si no tiene seguimiento por un espacio de cinco años este puede malignizarse y aumentar la perdida ósea en la remoción e inclusive la total perdida ósea y mayores afectaciones a los tejidos adyacentes.

La intervención quirúrgica sigue siendo el tratamiento de elección en la primera y segunda etapa de aparición, pero si se le da seguimiento por el periodo antes mencionado todas las posibles afectaciones anteriores podrán evitarse.

Aún habiendo extirpado el quiste por segunda vez las recomendaciones de continuidad se tiene que seguir haciendo por el mismo periodo de tiempo y con los mismos elementos, básicamente con exámenes radiográficos semestral durante cinco años.

CD No. 17

Autor Goichi Tsukamoto.

Título: Estudio comparativo sobre queratoquiste odontogénico asociado y no asociado en terceros molares impactados en mandíbula.

Revista: Oral surg, oral med, oral pathol, oral radiol endod.

Vol. 94 Pág. 272-275 2002

El siguiente artículo muestra grupos de queratoquistes asociados y no asociados con terceros molares inferiores impactados; en el cuál arroja los siguientes resultados en los dos grupos: uno con quince pacientes con asociados y el otro de veinticinco no asociados con edades que fueron de 25 a 45 años.

Los pacientes con grupos no asociados eran más grandes en edad con respecto a los pacientes del grupo de asociados. El grupo asociados (15) doce eran varones (80 %) y tres eran mujeres (20%).

El siguiente grupo de los no asociados eran 25 de los cuales 18 eran varones (72%) y siete mujeres (28%) El porcentaje de varones fue dominante en los dos grupos quísticos.

Básicamente nos dice donde predominó y donde no predominó la asociación y la no asociación de los terceros molares impactados y no impactados; así como, en la ausencia de estos ya que la literatura nos refiere que tiene el queratoquiste predilección en cuerpo y rama ascendente.

Si se puede afirmar que los terceros molares impactados si influyen en la aparición de los quistes, pero esto no pueden ser definitivos porque el artículo no lo refiere ya que la literatura dice que el queratoquistes odontogénico puede aparecer en otras circunstancias por lo que la etiología exacta no ha encontrado.

CD No. 18

Autor: Goichi Tsukamoto

Título: Un análisis radiológico de queratoquiste odontogénico y quiste dentígero asociados a terceros molares inferiores.

Revista: Oral surg, oral med, oral pathol, oral radiol endod.

Vol. 91 Pág. 743-747 2001

El propósito de este estudio fue para discriminar radiográficamente el queratoquiste odontogénico del dentígero en 44 pacientes con Q.Q.O. y 45 con quiste dentígero todos los cuales fueron relacionados con terceros molares inferiores. Las imágenes fueron analizadas con referencias de los pacientes en edad y síntomas.

La edad de los pacientes del grupo de queratoquistes fue menor que la de los dentígeros. El área de los queratoquistes odontogénicos fue mayor que la de los dentígeros.

La distancia entre estos y los primeros y segundos molares de los quistes dentígeros fue más grande que la de los queratoquistes. Sin embargo hubo una correlación significativa entre los dos grupos comparando el área y la distancia de c/u de los quistes.

En este estudio se concluyó que el queratoquiste odontogénico tiene tendencia a crecer más rápido en pacientes jóvenes y con muy poca movilidad de los terceros molares a comparación de aquellos con quiste dentígero.

El queratoquiste odontogénico y los quistes dentígeros no aparecen con un desarrollo gradual proveniente del periodo cuando la lámina dental y los folículos dentales fueron formadas para alcanzar los tiempos de desarrollo.

Se puede decir que la relación o similitud de las dos afecciones es muy estrecha pero lo que distingue la relación entre los dos es el examen histopatológico lo cuál al mismo tiempo los va a diferenciar.

CD No. 19

Autor: Edielle Sant

Título: Imágenes modales correlacionadas con el Síndrome del carcinoma nevo basocelular. Reporte de un caso.

Revista: Oral surg, oral med, oral pathol, oral radiol endod

Vol. 98, Pág. 232-236 2004

Múltiples quiste son la principal característica del Síndrome del carcinoma nevo baso celular. Se presenta un caso de este Síndrome con queratoquiste odontogénico donde fueron analizados y comparados los hallazgos de planos firmes de una tomografía computarizada clínica y exámenes histopatológicos. Las manifestaciones sistémicas incluyeron huesos frontales, queratoquiste odontogénico y con calcificación ectópica en paciente; además de una estela bífida. La tomografía computarizada desplegó aspectos de morfología ósea no visibles en los planos firmes. En el queratoquiste odontogénico y sus hallazgos patológicos fueron de gran ayuda en la identificación del Síndrome del carcinoma nevo basocelular

Las características identificadas por este combinado clínico, imagen y hallazgos histopatológicos también fueron de gran ayuda para la identificación de este Síndrome, distinguiendo al queratoquiste odontogénico de otros quistes o lesiones neoplásicas y que puede; sin embargo, influir en el manejo quirúrgico.

El Síndrome del carcinoma nevo basocelular es un raro cáncer autosómico dominante, con predisposición a síndrome, en el cual es importante reconocer cuando el paciente tiene múltiples queratoquistes que fueron identificados por el monitoreo esencial del paciente.

CD No. 20

Autor: Teresa Moran

Título: Revisión retrospectiva sobre el Tratamiento del Queratoquiste

Revista: Oral maxillofac and surg.

Vol. 63, Pág. 635-639 2006

El propósito de este estudio fue para evaluar la diferencia en el método del tratamiento quirúrgico del queratoquiste odontogénico y los tratamientos provenientes en un periodo de 25 años.

Una revisión retrospectiva fue mostrada por 40 pacientes tratados en el Hospital de la Universidad de Iowa y sus clínicas de 1997-2002 con un diagnóstico de queratoquiste odontogénico.

Los datos demográficos fueron recolectados solo con lesiones locales, síntomas en el presente inicio, tratamiento quirúrgico, seguimiento post-operatorio y recurrencia.

El tratamiento quirúrgico incluye enucleación con solución Carnoy, osteotomía periférica, osteotomía periférica con solución de Carnoy y la secisión del bloque, la recurrencia fue encontrada en 9 de 40 pacientes y 7 recurrencias de 9, en un porcentaje del 78%. Esto ocurrió en un periodo de menos 5 años, con dos pacientes 22% esto último ocurrió después de 5 años de haber iniciado el tratamiento.

Los pacientes tratados con enucleación y con solución Carnoy tuvieron recurrencia. Aquellos tratados con osteotomía periapical, también tuvieron recurrencia en un rango de 18.2% diferencia de 2 de 11, la osteotomía periapical con solución Carnoy no tuvieron recurrencia.

Otro objetivo que se puede sugerir es buscar e investigar sobre elementos que ayuden o no permitan la recurrencia y o también encontrar medicación post operatorio ya que el autor usó solución "Carnoy" después de la

osteotomía y no hubo recurrencia por lo que la precisión anterior sería de mucho beneficio.

Otra forma que se puede sugerir podría ser “La cultura de la prevención” como fomentar en las grandes instituciones la toma de radiografías panorámicas, ya que en muchas de estas instituciones de beneficio social existe muy poca difusión sobre prevención de males dentales enfocándose a lo más simple y no a los grandes quiste como el referido queratoquiste odontogénico.

CD 21

Autor: YOUNG –SOO –IUNG

Título: Descompresión de un queratoquiste de amplio espacio en mandíbula

Revista: Oral Maxillofac and surg.

Vol.63 Pág. 267-271 2005

Varios métodos de tratamiento para el queratoquiste odontogénico han sido reportados fluctuando en cirugía conservativa y radical. Por que la naturaleza de recurrencia es alta en el queratoquiste odontogénico. La meta del tratamiento del queratoquiste odontogénico es evitar la recurrencia. Sin embargo se han recomendado cirugías más agresivas incluyendo resección del hueso involucrado, raspado externo y curetage agresivo en la cavidad quística ósea. Además, cuando el cirujano considera la estrategia ideal para la construcción del defecto relacionado con el queratoquiste odontogénico podría ser difícil seleccionar la mejor opción que implante óseo enucleación con implante óseo o regeneración ósea secundaria, esto es por las complicaciones después del tratamiento radical, marsupialización y o descompresión han sido sugeridas mas como un tratamiento conservador aún cuando hay necesidad de frecuentar los seguimientos. Sin embargo la descompresión para un quiste largo o de espacio amplio es una modalidad simple para la regeneración ósea.

Durante los últimos tres años dos casos de queratoquiste largo o de amplio espacio involucrando a la mandíbula, fueron tratados

conservadoramente con una aplicación especial de descompresión y la regeneración ósea fue inducida exitosamente y sin recurrencia.

Los casos aquí expuestos nos muestran el tamaño del queratoquiste que se puede ver en la figura "1" en radiografía panorámica; y el espacio que ocupa, que es del segundo molar inferior izquierdo hasta el primer molar inferior derecho.

Esta técnica de descompresión resulta la más adecuada para retirar el queratoquiste odontogénico por que de lo contrario la pérdida ósea sería demasiada y con esta técnica también se estimula la regeneración ósea; además de reducir la recurrencia de forma significativa, porque de lo contrario se podría llegar a la mandibulectomía, en casos ya extremos de detección fuera de tiempo y tomando en cuenta lo anterior, las funciones masticatorias se verían afectadas.

Cabe hacer mención que esta técnica no siempre se puede aplicar ya que se tiene que tomar en cuenta el tamaño del quiste ya que este artículo lo aplica al de amplio espacio, si el tumor es mas pequeño la intervención quirúrgica puede ser la más adecuada y se puede pensar que la regeneración ósea es automática.

CD No. 22

Autor: Meredith August

Tema: Diferenciación de epitelio odontogénico después de la descompresión quística.

Revista: Oral Maxillofac and surg.

Vol. 61 Pág. 678 – 683

2003

Citoqueratina, diez expresiones por epitelio quístico han sido mostrados en los niveles supra-basales del queratoquiste no así en quiste dentígero en el resultado de la irrigación y descompresión quística con la perdida de queratinización. En este estudio usamos queratina diez de anticuerpo estable

para evaluar cambios en el epitelio del quisto odontogénico para determinar los resultados del tratamiento si es por irrigación y o por descompresión en una modulación epitelial que puede ser asociada con términos menores a recurrencia.

Catorce casos fueron exteriorizados para remover mucosa y hueso. Un porta irrigante fue puesto en el quiste para doce irrigaciones diarias a intervalos de tres meses, fueron obtenidas radiografías panorámicas y las paredes de células quísticas fueron ensambladas y permanecieron para la citoqueratina. La cistectomía ensamblada y encajonada a continuación de la diferenciación fue puesta cuando necesariamente se basó en un criterio clínico radiográfico y los lineamientos fueron evaluados por un examen histológico o inmunohistoquímico.

Hubo seis hombres y ocho mujeres con una edad media de treinta y dos años en los cuales; diez quistes fueron mandibulares y cuatro fueron maxilares. La duración en la diferencia de esta irrigación fue de 8.4 meses (rango de seis a doce meses) y el encajonamiento de la radiolucidez fue de 65 % (rango del 5% al 91 %) Todos los ensambles citológicos obtenidos en los tres y seis meses contuvieron citoqueratina 10 positivo de células epiteliales. Al tiempo de la cistectomía nueve de catorce casos fueron citoqueratina 10, el grupo positivo fue de siete meses, y aquellos de la citoqueratina 10 fue grupo negativo de nueve meses

CD 23

Autor: Christian Stoll

Título: Patrones de expresión citoqueratínico para la distinción del quisto odontogénico y del radicular.

Revista: Oral pathol med.

Vol. 34 Pág. 558-564 2005

El tratamiento clínico proveniente de quistes odontogénicos difiere dependiendo de las entidades separadas. La particular relevancia clínica debe

ser precisada para la distinción entre los queratoquistes odontogénicos, los cuales tiene una tendencia evidente a la recurrencia junto con otros quistes odontogénicos. El blanco de este estudio fue para evaluar los patrones de expresión citoqueratínica como una herramienta adicional para la caracterización de diferentes quistes; como la histomorfología que frecuentemente aparece y que no es decisiva pero con base en esto fueron considerados quistes.

Treinta casos de quistes dentígeros así como de quistes radiculares; respectivamente, también como casos de queratoquistes odontogénico. Los patrones de expresión de citoqueratina empleados aquí fueron: de 5-6, 7, 10, 13, 17, 19 y 20 fueron determinantes en adición para queratina -67 de forma inmunohistoquímica

La expresión de citoqueratina 17 fue discernible en 93.3% del queratoquiste odontogénico, pero solo en el 35.0% del quiste dentígero y radicular esta por debajo del estudio ($p < 0.001$). La citoqueratina 19 pudo ser detectada en 48.3% de los quistes dentígeros y radiculares, y aunque los queratoquistes odontogénicos fueron completamente negativos ($p < 0.003$) la detección inmunohistoquímica de citoqueratina 17 y 19 parecen ser válidos adicionales al parámetro de distinción entre el queratoquiste y otros quistes odontogénicos-son los que como un todo tiene más diferencias clínicas diagnósticas dentro del contexto.

Se puede decir que estos patrones no son definitivos pero son los que los autores emplearon para determinar si resultaba positivo o negativo el patrón de citoqueratina; después el artículo nos ilustra con otros patrones que auxilian la forma de detección.

CD 24

Autor: Thomas P. William

Título: Comentario para la revisión del comportamiento sobre la recurrencia del queratoquiste.

Revista: Oral sugerí.

Vol. 10 2005

Este estudio examina el comportamiento clínico, radiográfico y biológico y la respuesta del tratamiento de 51 pacientes con queratoquistes odontogénicos.

Una de estas propuestas de investigación fue para analizar los datos tocantes a la respuesta para la terapia de recurrencia.

Los autores son comunes tocando a este interesante quiste odontogénico que ha ingeniado controversia perteneciente a ambas formas clínicas y a los investigadores. Hay algunos puntos dentro de reporte que sin embargo beneficiarían dichas clarificaciones y elaboraciones hechas por los autores. Los autores permanecieron con 67 queratoquistes odontogénicos que aparecieron en 51 pacientes. Seis pacientes tuvieron múltiples quistes, sin embargo no tuvo estable si estos tuvieron el síndrome carcinoma nevo basocelular. Si no tuvieran el síndrome debieron haber sido evaluados en un estudio separado como los datos tocantes a estos pacientes que tendrían nulo el evidente rango de recurrencia de los que no tenían dicho síndrome. En esta serie, la cual fue una revisión retrospectiva, veinte pacientes se fueron perdiendo en asistencia y cuidados dentro de primer año; no obstante solo 31 pacientes fueron evaluados en el comportamiento respectivo a la respuesta al tratamiento de recurrencia. Sin embargo, no estuvo claro el número de quiste tratados en este número de pacientes. El rango del periodo de seguimiento del primer año hasta 14.6 años. De intereses, sin embargo es que la permanencia de los autores que del 28.6% de sus recurrencias desarrolladas después de cinco años y 14.3% desarrollado después de diez años todavía, incluyeron pacientes en el estudio del seguimiento por un periodo de un año.

Aquí cabe destacar, que la recurrencia en estos casos rompió el protocolo literario de que la recurrencia es de un periodo de cinco años pasado el primer tratamiento; si no que ahora, queda en un periodo más amplio que este autor maneja que es de diez años por lo que sugiere un seguimiento diferente al anterior de cinco años.

CD 25

Autor: Brain L. Schmidt.

Título: El uso de enucleación y nitrógeno líquido en la citoterapia en el manejo del queratoquiste odontogénico.

Revista: Maxillofac oral sugery

Vol. 59 Pág. 720-725

2001

El actual estudio sugiere el estudio del nitrógeno líquido en el tratamiento de la remoción y extirpación del queratoquiste odontogénico. El nitrógeno líquido tiene como función congelar la base de queratoquiste odontogénico así como su contenido y la bolsa que lo guarda. Esto permite que el quiste pueda ser extraído de forma completa y que la remoción ósea sea menor o casi sin esta.

Después de extraerlo completo solo se empareja el tejido óseo y el rango de recurrencia se consideró mínimo bajando los niveles de esta, hasta en un 15 % de los pacientes tratados y o reportados en otras literaturas.

Cabe hacer mención que la mayor parte de los tratamientos aquí expuestos a lo largo de esta trabajo y o estudios tiene una aplicación específica, ningún tratamiento es absoluto y esto depende de tamaño del quiste, lugar de aparición, tiempo de evolución, gravedad en la presencia de este, sexo del paciente edad y afectación de otros tejidos.

Se ha referido muchos métodos de tratamiento; pero c/u se aplicó a casos específicos en las anteriores acotaciones expuestas. También lo que se busca en este y otros tratados así como artículos y estudios de los autores como segundo término de tratamiento, es evitar al máximo la recurrencia, de ahí por el cual se sugieren varios métodos de tratamiento y sistemas de seguimiento por los periodos base que son de 5 a diez años con evaluaciones radiográficas periódicas semestrales.

Todos los métodos han resultado con un 99 % de efectividad y solo el 1% ha demostrado malignización; esto quiere decir que el método de uso del nitrógeno líquido es efectivo en el mismo porcentaje.

CD 26

Autor: Glenn J. Makowsky

Título: Células carcinómicas escamosas en un caso de queratoquiste odontogénico en maxilar.

Revista: Maxillofac oral surgery

Vol. 59 Pág. 76- 80 2001.

Todas las literaturas aquí expuestas hablan de muchos casos clínicos de queratoquiste odontogénico ya sea en porcentaje de aparición, de predilección, métodos de tratamiento, pero el actual artículo nos va a referir como este quiste puede presentar células carcinómicas escamosas o simplemente malignizarse.

La literatura dice que la asintomática aparición del queratoquiste es lo más peligroso, porque si el paciente no asiste por un mínimo síntoma, el queratoquiste crecerá en todos los aspectos pasando así a la malignización.

Dependiendo de la raza, país o nación es la forma de actuar del paciente o del afectado, ya que cualquier tipo de odontalgia puede ser minimizada con analgésicos y responder de forma casi efectiva. Habrá otros países o naciones que simplemente no se atiendan por lo que el resultado simplemente será desastroso.

Este artículo muestra la presencia de células carcinómicas escamosas en un caso de quiste maxilar debido al tiempo de evolución el cuál no se trató por espacio de dos años por lo que el paciente presentó síntomas como: líquidos purulentos, sangrado en nariz, mal sabor de boca, agrandamiento lateral facial, movilidad dentaria entre otros.

La remoción del quiste fue quirúrgica y el seguimiento base post-operatorio fue de cinco años para evitar o detectar la recurrencia.

El otro aspecto que maneja el autor y que asocia al tiempo de malignización; es el momento en que se detecta el queratoquiste hasta el momento en el que este es tratado, que puede ser de una semana hasta de un mes; y que en este tiempo la situación puede empeorar, al cual se puede agregar que no existe ningún tipo de medicación para este en ninguna de sus fases, solo en el plano post-operatorio, y que se usan analgésicos. Por lo que el citado quiste seguirá su curso hacia la malignización.

CD 27

Autor: María L. Fornatura.

Título: Queratoquiste odontogénico con un mural de metaplasia cartilaginosa.

Reporte de un caso.

Revista: Oral surg, oral med, oral pathol, oral radiol endod. .

Vol. 92 Pág. 430-434 2001.

El desplazamiento de un queratoquiste sobre metaplasia cartilaginosa en la pared de tejido conectivo ha sido previamente reportada pero es un caso considerado como raro. Se reporta un caso de una persona de la tercera edad de 66 años con un queratoquiste odontogénico en mandíbula. Siendo y apareciendo cartílago metaplásico y fue apareciendo en la pared del quiste y también apareció en la recurrencia. Siendo este un curso clínico documentado y una revisión literaria detallada de seis casos previamente reportados.

La metaplasia condróide en la pared del queratoquiste es un hallazgo que histopatológicamente raro con solo seis casos reportados prioritarios publicados para la fecha. La examinación de la literatura científica de casos no cercanos de cambios cartilaginosos en la pared de cualquier otro tipo de quiste odontogénico. El repote exacto describe siete casos de metaplasia condróide en la pared del tejido conectivo del queratoquiste odontogénico.

En 1997, un hombre de la tercera edad de 66 años fue referido a un cirujano maxilofacial, para la evolución de una lesión radiolúcida en el cuerpo de la mandíbula.

La historia clínica del paciente fue significativa para un manejo cardiaco con hidrocloruro de prazosin y atenolol. Tenía un historial tumoral negativo. Las radiografías periapicales revelaron radiolucencia en el lado izquierdo del cuerpo de la mandíbula, situado entre los premolares. Las raíces de estos dientes aparecieron desplegadas por la lesión y ninguna absorción de la raíz se notó, pero una gran parte del tejido óseo mandibular ya había sido absorbido por el queratoquiste odontogénico, lo importante aquí era como recuperar el tejido óseo faltante. El autor refiere más adelante como se solucionó esto pero por lo pronto se extirpó el quiste por medio de la cirugía de legrado óseo.

CD 28

Autor: Mervyn Shear.

Título: La naturaleza agresiva del queratoquiste odontogénico como neoplasia benigna.

Primera parte: Evidencias clínicas experimentales prematuras del comportamiento agresivo.

Revista Oral oncology.

Vol. 38 Pág. 219-226 2001

En este, el primero de tres artículos sobre la naturaleza agresiva del queratoquiste odontogénico, hay una revisión clínica y observaciones histológicas las cuales indicaron que este fue una lesión agresiva con predilección a la recurrencia no comparada con la mayoría de otros quistes en mandíbula. Esta permitida sugerencia tentativa sobre el queratoquiste odontogénico de que podría ser una neoplasia benigna.

Subsecuentemente hubo una serie de investigaciones de laboratorio tempranas que compararon los rangos de proliferación del epitelio del queratoquiste con otro quiste de mandíbula, la enzima histoquímica

comparativa para los aspectos de los orificios de cada metabolismo y marcas que funcionarían en la precisión del diagnóstico prequirúrgico de este quiste. Estudios comparativos fueron también puestos sobre las paredes de queratoquiste odontogénico y otro quiste de mandíbula para identificar los factores que podrían influenciar la capacidad de reabsorción ósea del queratoquiste odontogénico alrededor de este. Los estudios clínicos y de laboratorio revisados en esta sección proveyeron evidencia congénita presuntiva de la naturaleza agresiva distintiva del queratoquiste que los números permitidos por los investigadores para perseguir los estudios inmunohistoquímicos y de forma congénita.

Se buscó de varias formas para encontrar la naturaleza agresiva del citado quiste con el fin de apoyar o revocar su nueva designación que es la de "TUMOR" o devolverle la original o llamarla como neoplasia benigna, que muchos coinciden en devolverle el antiguo nombre.

Los puntos de acuerdo fueron: naturaleza agresiva y el contenido. Comparando las dos entidades resulta que el contenido y o su consistencia son diferentes pero los dos comienzan de menos a más y los dos pueden malignizarse.

CD 29

Autor: Paúl J.W.Stoelinga

Título: El tratamiento del queratoquiste odontogénico por excisión de la sobreposición precisa de la mucosa, enucleación y tratamiento de defecto óseo por solución "Carnoy."

Revista; Maxillofac oral surgery.

Vol.63 Pág.1662-1666 2005

Por bien sabido es la propensión a la recurrencia del queratoquiste odontogénico y el rango recurrencia es probable y largamente dependiente del modo y uso del tratamiento. Desafortunadamente solo hay algunos estudios rescatables y funcionales de algunas conclusiones de poco significado que

pueden ser dibujadas con solo tocar y o alcanzar la mejor estrategia y tratamiento posible. El principal patrón de la mayoría de los estudios es la naturaleza retrospectiva del mismo estudio, la variable en el tiempo de seguimiento, la poca información acerca del porcentaje de pacientes habilitados para el seguimiento post-operatorio o recurrente y los pocos detalles acerca de las actuales cirugías.

Muchos de los artículos escritos por los patólogos quienes obviamente son dependientes sobre los escritos y las frecuentes notas incompletas de los cirujanos, sin embargo el enlace con los parámetros clínicos es frecuentemente basado en menos de la óptima información. Este es el blanco del artículo, presentar un protocolo de tratamiento racional basados en estudios clínicos histológicos.

Para atender la presentación clínica de queratoquiste odontogénico y su propensión a la recurrencia es necesario tener algunos conocimientos de la etiología y patogénesis del queratoquiste odontogénico.

La etiología es probable y cercanamente relacionada con el desarrollo de la lámina dentaria y en particular remanente de este órgano que ha servido para este propósito.

El actual artículo destaca la etiología de este quiste por lo que se puede reforzar que esto ayudaría a prevenir y o detectarlo en sus inicios o poder tratarlo sin tanto trauma para el paciente y por lo cuál evitar la recurrencia sin olvidar que debemos de ser capaces de atender esta mal en cualquiera de sus estadíos incluyendo los sistemas de tratamiento.

CD 30

Autor: Llana Kaplan

Título: La correlación entre la proliferación de células epiteliales y la inflamación en el queratoquiste odontogénico.

Revista: Oral oncology

Vol. 40

Pág. 985-991

2004

En este artículo se hace notar la participación de la nación Israel que comenta al respecto que el objetivo de este artículo busca correlacionar la inflamación y la proliferación de células epiteliales en el queratoquiste odontogénico.

El estudio incluyó 45 casos de queratoquiste odontogénico. De cada caso tres secciones de cinco milímetros fueron cortadas y permanecieron con hematoxilina y eosina con anticuerpos monoclonales por proliferación de células epiteliales y Ki-67. En 10 campos de alto poder, el tipo de unión epitelial fue grabado separadamente por cada campo (escamas metaplásicas clásicas y o paraqueratinizadas). Nivelando los índices la proliferación de células epiteliales y la densidad inflamatoria infiltrada, en el espacio de uno de los campos de alto poder adyacente a la membrana baja la cuál fueron grabadas por cada campo de alto poder. Los parámetros fueron comparados entre los campos, y para cada caso el score de la diferencia inflamatoria y la diferencia en los índices de unión fueron calculados y comparados.

La no inflamación fue observada en doce pacientes siendo este un porcentaje de 24.5% de los casos, mientras que el 30.5% fue calificada de moderada a severa en 45%. Hubo hallazgos de epitelio no queratinizado metaplásico y fueron observados en el 64% de los casos, los cuales fueron igualmente comunes en quistes inflamados (90% más que en los quistes no inflamados con un porcentaje de 44%). La diferencia de unión por los índices de proliferación por células epiteliales y Ki-67 no aportaron diferencias significativas entre los quiste inflamados y los no inflamados. Cuando se comparó los campos de alto poder, hubo un incremento de Ki-67 en la unión del índice del epitelio metaplásico en áreas con moderada y severa inflamación y el score de ($p=0.036$). La unión en el índice de proliferación de

células epiteliales no significó cambios entre las áreas de bajo y alto índice inflamatorio.

Cabe hacer mención que para los judíos es el mismo principio la inflamación y la proliferación de células epiteliales.

CD 31

Autor: Kok Han

Título: Queratoquiste odontogénico con formación dentinoide

Revista: Oral surg, oral med, oral pathol, oral radiol endod

Vol.95 Pág. 601-606

2003

Aunque raro, existen depósitos de tejidos duros, nombradamente calcificaciones distróficas y de cartílago, han sido reportadas por aparecer en la pared del tejido conectivo del queratoquiste. Sin embargo la formación dentinoide no ha sido previamente documentada. Un caso que involucra la región premolar izquierda de la mandíbula en un paciente masculino de 37 años es descrito aquí solo que con una breve revisión sobre reportada de los tejidos duros en el queratoquiste odontogénico. El diagnóstico diferencial de este caso proveniente de otro quiste odontogénico con formación dentinoide además de tumores y un quiste odontogénico notablemente calcificado, odontoma, fibro odontoma ameloblastico, fibroma central odontogénico y tumor odontogénico adenomatoide que pueden presentarse con formación dentina/dentinoide-con discusión previa.

También agrega este artículo que hubo colágena positiva, amiloide negativa y notadas masas irregulares eosinofílicas en la pared del tejido conectivo del queratoquiste odontogénico.

La examinación microscópica del todo el tejido suave del espécimen, revelaron la relación quística compuesta por tejido conectivo fibroso unido por epitelio estratificado escamoso paraqueratinizado de cerca de 5 a 8 picos de células y la corrugación superficial.

La unión epitelial exhibida palideció la célula columnar basal y una sostenida interface de tejido conectivo. Algunas áreas de la pared del tejido conectivo fibroso mostraron por todo el sitio masas irregulares de eosina con evidente formación tubular y un tipo de cálculos mineralizados. Estas masas permanecieron positivas por colágeno, pero fueron negativas por hallazgos amieloides. En otras partes de la pared quística el enfoque de la calcificación distrófica e irregular y estructuras capilares fueron observadas con las libremente presencias en el tejido conectivo entre los lazos aparecidos dentro de restos epiteliales odontogénicos. Algunos de estos restos epiteliales o restos escamiodes aparecidos aunque otros consistieron en células que tenían una vista vacía en un quiste no cianofílico y citoplasma no ciano-carnofílico.

CD 32

Autor: J.H. YOON

Título: Aparición simultanea de un queratoquiste y granuloma de células gigantes como lesión en mandíbula.

Revista: Oral maxilofac surgery.

Vol. 33 Pág.615-617 2004.

Un queratoquiste odontogénico y un granuloma de células gigantes en la mandíbula son entidades bien conocidas, las cuales han sido extremadamente revisadas. Sin embargo, no hay reporte en la literatura de apariciones simultáneas de estas dos lesiones. Un caso de queratoquiste odontogénico con desplazamiento en la mandíbula enfocándose a un granuloma de células gigantes es descrito como una lesión. Es algo que no está muy claro que dos lesiones fueran justamente coincidentes o que fueran actualmente relacionadas una con otra.

El granuloma de células gigantes consiste en una proliferación fibroquística masiva con niveles hemosiderina pesadamente numerosa y células gigantes y multinucleadas osteoides nuevamente formadas o hueso que son frecuentemente observadas entre los tejidos lesionados. Ha sido sugerido que la lesión es reparativa en lugar de una lesión neoplásica natural.

La búsqueda en la literatura ha fallado para revelar la aparición simultánea de estas dos lesiones.

En este reporte describimos un caso de queratoquiste odontogénico desplazando el enfoque de un granuloma de células gigantes como lesión en la pared de tejido conectivo de un niño coreano de diez años.

La literatura aquí expuesta da a entender que la lesión y o aparición del queratoquiste odontogénico y otros quiste; así como otras lesiones, varían de raza en raza, de pueblo en pueblo, de país a país, esto con base en la alimentación así como el desarrollo social de las personas, pero la literatura solo relaciona los puntos anteriores porque el queratoquiste odontogénico será igual en cualquier raza, país, pueblo, nación etc. y como se ha dicho tiene características base incambiables. Además de destacar que según la raza y los demás puntos, él queratoquiste odontogénico puede venir acompañado de otras lesiones, neoplasias y granulomas, con lo que también el grado agresividad puede llegar a variar de menor, estable, moderada a completamente severo y o maligno.

CD 33

Autor: Yi Fan Zhao.

Título: Tratamiento del queratoquiste odontogénico en un seguimiento de 225 pacientes chinos.

Revista: Oral surg, oral med, oral pathol, oral radiol endod.

Vol. 94 Pág. 151-152

2002

Los cambios que hizo China a lo largo de su historia después de ser el país con más adelantos tecnológicos de la antigüedad, parece que la están encausando a llegar a destacar en el ámbito médico odontológico.

El actual artículo refiere como tratan el queratoquiste odontogénico; ya que la raza china, tiene una naturaleza dental diferente a cualquier otra nación. Sus consultorios dentales y o clínicas de igual naturaleza podrían variar con los del continente americano.

La mayor parte de la población china (50% aprox.) tiene los dientes giroversados afectando esto a la población masculina; y la población femenina no se ve tan afectada por este problema estético teniendo dentaduras casi perfectas, además de tener en la población masculina las dentaduras expuestas muy marcadamente.

El artículo comienza con una evidente descripción de queratoquiste y destaca que trataron al quiste con los demás tratamientos base ya referidos en los anteriores artículos como: la enucleación, descompresión, legrado óseo, marsupialización, técnica de nitrógeno líquido, cistectomía, solución de “**Carnoy**” etc.

Lo interesante de esto es que dan estadísticas muy importantes sobre: cantidad de pacientes afectados por este quiste, cuantos de recurrencia, que tratamientos y los más usados así como los más exitosos.

Número de queratoquistes odontogénicos 327 (66.87%) que se encontraron en mandíbula, 162 (33.13%) en la maxila. El seguimiento de los datos fue obtenido en 225 pacientes.

La recurrencia fue encontrada en 31 casos (15.27%), en 203 pacientes fueron tratados con enucleación. Después de un periodo de observación se encontraron veintinueve recurrencias (17.79%) y fueron encontrados en sesenta y tres pacientes tratados con enucleación solo dos recurrencias (6.70%), además de fueron vistos otros veintinueve pacientes quienes fueron tratados con solución Carnoy y no presentaron recurrencia. En 11 casos tratados con marsupialización en combinación con enucleación secundaria no hubo recurrencia.

CD 34

Autor: Jerome A. H. Lindeboom.

Título: Recurrencia múltiple y de un novo del quereatoquiste odontogénico asociado con el síndrome Oro-facio-digital

Revista: Oral surg, oral med, oral pathol, oral radiol endod.

Vol. 95 Pág.458-462 2003.

En 1954 la liga Papillon y Psaume fueron los primeros en describir las características clínicas del síndrome oro-facio-digital. En la base de sus opciones clínicas y los patrones inherentes, dos variantes fueron inicialmente distinguidas, nombradamente "Síndrome oro-facio-digital del tipo 1" al cuál se le agrega el tipo II, o síndrome Mohr. En lo presente dos tipos de este síndrome han sido descubiertos.

El primer síndrome representa un grupo heterogéneo de desordenes caracterizados por manifestaciones bucales como el frenillo, lengua lobulada separada, paladar arqueado y clinodactilidad. Dependiendo el tipo de síndrome las subnormalidades pueden estar presentes en otro órgano, así como cerebro y corazón. Se reporta un paciente con este síndrome en cuya recurrencia múltiple y novo queratoquiste odontogénico son comúnmente

encontrados en el síndrome de Gorlin-Goltz o el síndrome del carcinoma nevo baso celular, en la que una relación entre estos dos síndromes y los múltiples queratoquiste, no han sido descrita.

El caso es de un niño de diez años, por lo cuál una vez más se ve la aparición del queratoquiste odontogénico en personas de menor edad rompiendo así las reglas citadas por esta literatura.

El paciente referido le fue diagnosticado el síndrome oro-facio-digital con los síntomas base a los cuales se les agrega, crecimiento lateral derecho del cuello, mandíbula crecida y o segmentada, frenillo hiperplásico, hematoma lingual, polidactilidad en manos y reduplicación y sindactilidad en dedos de los pies.

CD 35

Autor: Anthony Pogrel.

Título: Marsupialización como un tratamiento definitivo del queratoquiste odontogénico.

Revista: Association of oral maxillofac and maxillofac of surgery

Vol.-62 Pág. 651-655- 2004

El presente artículo muestra que la marsupialización puede ser un tratamiento definitivo para el queratoquiste.

Catorce pacientes referidos, diez hombres y 4 mujeres con edades que fluctuaron entre los once y los 64 años, con biopsia prevista para reafirmación de diagnóstico de queratoquiste odontogénico con aparición en mandíbula en un número de ocho y dos en maxila, midiendo entre 2 y 8 cm. los cuales fueron tratados por marsupialización consistiendo en corte de mucosa y abriendo una ventana de 1 cm. En la cavidad quística y, donde fue posible, la saturación del quiste y la unión de la mucosa bucal. La determinación inmunohistológica de células basales fue hecha por los ensambles de la unión quística. Las cavidades fueron guardadas y abiertas por cada uso de virus que el paciente

descubrió en su casa o por saturación en el lugar flácido y aperturas cortas de una vía naso faríngea. Alguna vez el quiste ha tenido todas sus longitudes llenas, el material histológico fue tomado de la base residual despresurizada y estudiada por microscopios fotónicos y por expresiones de células basales número II.

En diez pacientes, el diagnóstico de queratoquiste odontogénico se resolvió por ambos exámenes: clínico y radiográfico. El tiempo tomado para la resolución varió de siete a diecinueve meses. En todos los casos, el material histológico obtenido después de la marsupialización mostró solo un epitelio normal, sin signos de remanente quística, quistes-hijos, o el cuerpo basal del epitelio. Al inicio de la biopsia, las células basales II fueron expresadas en la unión del queratoquiste odontogénico, pero no el material histológico obtenido después de la marsupialización y el rango en el tiempo de seguimiento proveniente de un mínimo de 1.8 años a 4.8 años. Los dientes en la periferia del queratoquiste fueron observados para mantenerlos en su sitio así como cuidar la erupción de aquellos que no habían erupcionado.

Como se describió, ningún tratamiento para queratoquiste puede ser definitivo por que las razas son diferentes así como su alimentación; ya que a lo largo de este trabajo los investigadores usaron muchísimos tratamientos y algunos de ello fallaron con el resultado, provocando con esto recurrencia y o malignización, por lo que se piensa que un tratamiento definitivo no existe.

CD 36

Autor: Anthony Pogrel.

Título: Tratamiento de queratoquiste por medio de descompresión y marsupialización.

Revista: Association of oral maxillofac and maxillofac of surgery

Vol. 63 Pág. 1667-1673 2005.

La descompresión de un queratoquiste involucra cualquier técnica que libere la presión dentro del queratoquiste así como su causa y la reabsorción

de esta, emparejada con la liberación de las prostaglandinas y factores de crecimiento. La descompresión por cualquier significado, aparece para cambiar el desarrollo y el decremento en la cantidad de interlocutor “alfa” que es liberado. La descompresión puede presentarse haciendo una pequeña apertura en el quiste y manteniéndola así para que drene el líquido en su interior. La marsupialización, por otra parte, involucra la conversión del quiste en una bolsa. (La palabra marsupialización viene de la palabra griega marsupialis que significa bolsa) Por convertimiento del quiste en una bolsa, la lesión es descomprimida, pero este es un tratamiento más definitivo para la cavidad y expone la unión del quiste con toda la cavidad oral.

Los quistes mandibulares son normalmente marsupializados en la cavidad oral, aunque los quistes maxilares también pueden ser marsupializados en maxila pero concretamente se hace en seno maxilar o en la cavidad nasal al igual que en la cavidad oral.

La descompresión y marsupialización es el tratamiento que se debería usar y fue el primero sugerido por Partsch en la literatura alemana a finales del siglo XIX. En muchas partes del mundo la marsupialización es conocida como procedimiento “Partsch I” (La número II es procedimiento de enucleación y acercamiento primario) Al tiempo de que este método fue puesto adelante como tratamiento alternativo debido a la no existencia de antibióticos por lo que el tratamiento del queratoquiste, sin duda alguna vendría acompañado de una fuerte alta y prosperante infección.

La descompresión y marsupialización, o apertura de paquete de la lesión apareció para tener mucho mejor pronóstico.

CD 37

Autor: Mervyn Shear

Título: La naturaleza agresiva del queratoquiste odontogénico como una neoplasia benigna y la inmunohistoquímica de la citoqueratina y otros marcadores de células epiteliales.

Numerosos estudios de queratina para el más común de los quistes odontogénicos, fueron hechos para determinar si los patrones permanentes de queratina pudieran proveer un diagnóstico preciso de los fabricantes de las diferentes variedades, para ver si los estudios comparativos con la mucosa bucal y el desarrollo de epitelio odontogénico explicaría la patogénesis de los quistes; si los patrones de citoqueratina, que pudieran proveer las claves en dilucidar la naturaleza agresiva del queratoquiste odontogénico. Esta revisión fue una compleja tarea con un rango en los enlistados con diecinueve diferentes citoqueratina siendo estudiado además de un rango estrecho de anticuerpos en el uso de la misma citoqueratina o grupos de esta. Además no siempre hubo una estandarización de las técnicas de laboratorio en la selección de material. Estas dificultades fueron; en general, fueron reconocidos por los diferentes trabajadores en este campo, particularmente cuando hubo desacuerdos en los resultados y la procuración fue expresada con dibujos concluyentes provenientes de algunos hallazgos positivos. Sería aventurado a decir que la queratina de la inmunocitoquímica no ha avanzado hacia ningún sitio exento de significado, este utiliza una marca como diagnóstico para el queratoquiste sin estar eludiendo la patogénesis. Tocante al comportamiento del queratoquiste odontogénico, ha sido apuntado hacia una fuerte reacción de la unión de queratina 16 y queratoquiste odontogénico al cual se le agrega una queratina asociada con la alta actividad proliferativa. Todavía en otros estudios también ha mostrado expresión de queratina 16 en quiste dentígero y radicular.

La diferencia en citoqueratina, marcadores epiteliales y células epiteliales en la relatividad inmunocitoquímica entre la paraqueratina fueron demostradas variaciones quísticas ortoparaqueratinizadas y la sugerencia hecha por el tipo de queratina tiene comportamiento agresivo considerablemente menor, es una entidad diferente y debería cargar un diferente nombre. Además las células positivas Ki-67 en la unión del

queratoquiste odontogénico paraqueratinizado fue considerablemente más frecuente que en las uniones ortoqueratinizadas

CD 38

Autor: Michael Bonstein

Título: El queratoquiste odontogénico como tumor benigno.

Revista: Schweiz Monatsschr Zahmed

Vol. 115 Pág.111-115 2005

Con este artículo los alemanes dicen y refuerzan a la vez que el nombre queratoquiste odontogénico tiene la necesidad de cambiar de nombre por el grado de agresividad, recurrencia y tamaño además de su carácter asintomático y su tiempo de evolución y su predilección por la mandíbula.

La organización mundial de la salud cambió el anterior nombre por tumor queratoquístico odontogénico, con esto el nombre solo se enriquece con la palabra tumor, porque quiste y o quístico prevalece lo cual indica que los nombres se compartirán esto con base en los siguientes aspectos: tamaño, recurrencia, agresividad, localización, extraíble y o curable con tratamientos definidos.

Al mismo tiempo dicen que el tumor y el quiste tiene consistencias diferentes, ya que el quiste tiene un contenido semisólido y el tumor un contenido sólido amorfo, por que el quiste si tiene un forma simétrica por su presencia en mandíbula, maxila y ángulo mandibular.

El tumor se presenta casi siempre en tejidos blandos por que cuando se presenta en tejidos duros casi siempre el tumor es maligno, pero el queratoquiste es la excepción porque se presenta en tejido duro todas las veces y si no trata a tiempo o se equivoca el plan de tratamiento se puede malignizar convirtiéndose en carcinoma.

Por lo que el artículo concluye con el nombre de tumor benigno queratoquístico odontogénico, por que se puede extraer completo y de una sola intención y la recurrencia la comparten tanto tumor como el queratoquiste odontogénico.

CD 39

Autor: Sun-Kyung Lee.

Título: Queladores de hierro inducidos e inmortalizados en una apoptosis independiente de células cancerígenas en los queratoquistes bucales.

Revista: Oral pathol med.

Vol. 35

Pág. 218-226

2006

Muchos estudios han mostrado los efectos antiproliferativos de la deprivación de hierro en células cancerígenas, pero el efecto de los queladores de hierro en el cáncer bucal no ha sido clarificado ni dilucidado.

Para investigar los efectos de un queladores de hierro desferrioxamina en el campo inmortalizado de la queratinocística bucal humana, las células de cáncer bucal primario y células metastásicas de cáncer bucal y los queratinocitos de la piel humana en la metodología tri-dimensional, western-blooting, análisis cíclico celular, permanencia nuclear y expresión citocrómica en la cual fue usado el señalamiento de apoptosis patológico.

Desferrioxamina inhibida del campo de la mucosa bucal por que demasiada no influyó en la aparición de queratoquistes. La literatura de la tercera dimensión órgano tropica también reveló que la desferrioxamina en células tratadas mostró una menor saturación epitelial, menor superficie de queratinización y decremento en las puntas epiteliales. El mayor mecanismo del campo de inhibición con el tratamiento micromolar de desferrioxamina por la inducción de apoptosis, la cual fue apoyada por la permanencia nuclear, análisis de fragmentación de D.N.A. y análisis volátil citométrico.

Todo esto se hizo para saber si dentro de queratoquiste odontogénico también existía productores de hierro y asociarlo con otros elementos, la cual se tomó como prueba sanguínea la de “western blooth” y si las células cancerigenas se asociaban al hierro encontrado por la anterior prueba sanguínea la cual si reviste importancia por que el cambio de color del queratoquiste cuando este se maligniza es por la presencia de hierro.

CD 40

Autor: Zdenek Kolar

Título: Análisis inmunohistoquímico del potencial biológico del queratoquiste odontogénico.

Revista: Oral pathol med.

Vol. 35 Pág.75-80 2006

La precisión de este estudio fue para analizar la importancia en la utilidad de la detección de la apoptosis y en los marcadores de proliferación en la destrucción del potencial biológico de queratoquiste odontogénico y así seleccionar el mejor plan de tratamiento para esta lesión.

La inmunohistoquímica indirecta y los métodos relevantes estadísticos fueron usados para analizar las formas de arreglo y ensambles de parafina para noventa y ocho pacientes.

El síndrome del carcinoma nevo baso celular basales junto con el queratoquiste se caracterizaron por una alta expresión de células basales así como de células carcinogénicas y una baja actividad proliferativa de Ki 67 en el epitelio de células basales y por la baja respuesta inflamatoria en comparación con los esporádicos queratoquistes, quistes dentígeros y radiculares y otros quiste odontogénicos no especificados diferidos por el anterior síndrome y los queratoquistes esporádicos en un amplio espectro de apoptosis y o células ciclo-relacionadas con expresiones proteínicas, la alta proliferación de células basales y viceversa, baja proliferación de células suprabasales

El síndrome del carcinoma nevo baso celular tiene un inmunofenotipo diferente de los queratoquistes esporádicos y ambos tipos son distinguibles de los dentígeros, quistes radio oculares y quiste odontogénicos no específicos. Estos hallazgos confirman la separación del potencial biológico de esta lesión y los resultados de los análisis inmunohistoquímico tiene implicaciones en diagnostico y en pronostico.

CD 41

Autor: Wei Yih

Título: Queratoquiste odontogénico en el conducto nasopalatino asociado con un mural de metaplasia cartilaginosa.

Revista: Maxillofac oral surgery.

Vol. 63 Pág. 1382-1384 2005

Es el reporte de un paciente de 53 años con un 2 x 2 con una imagen radiolúcida bien circunscrita en la parte anterior de la maxila. La lesión fue asintomática, había mostrado un crecimiento por un par de años. La lesión fue enucleada bajo anestesia local e intravenosa. Una lesión quística con la unión de tejidos suaves fue encontrada y el tejido fue sometido a una evaluación histológica.

El examen microscópico reveló segmentos de tejido conectivo fibroso unidos por tejidos corrugados no queratinizados y paraqueratinizados, epitelio escamoso estratificado consistente con el queratoquiste odontogénico. El epitelio no queratinizado fue Inter.-puesto con células englobadas las cuales fueron negativas en cuanto a exámenes de detección se trata. El tejido conectivo contenía picos basales de sangre acumulada, fibras nerviosas e infiltración inflamatoria crónica consistente en linfocitos y macrófagos. Apareciendo cartílago benigno fue presente en la pared del quiste. El diagnostico fue inflamación por queratoquiste odontogénico con pared cartilaginosa.

Este es el quiste que mayor problema ha presentado en su tratamiento debido a su ubicación ya que el acceso, y la extirpación tuvieron grandes dificultades teniendo que remover una parte del malar para llegar directamente a este.

Referencias

CD- No. 1

Autor: Aguilar SJA, Lara KR, González RC
Título: Queratoquiste odontógeno.
Presentación de un caso clínico
Rev. Hosp. Jua Méx. 1997; 64(3) 49-50
Localización: Google-Queratoquiste-Internet en español

CD. No. 2

Autor: Rafael Darío Sosa S.
Título: Queratoquiste odontogénico en la literatura medico odontológica venezolana
Revista. ACTA ODONTOLÓGICA VENEZOLANA
Vol.40 Pág. 1 a 10
Localización: Google-Queratoquiste -Internet en español.

CD. No. 3

Autor José Comejo Salazar.
Tema: Queratoquiste odontogénico Multilocular la importancia de la ortopantomografía
Lugar: Sanmarquina Facultad de odontología
Vol.6 Pág. 18 a 20. Año: 2003
Localización: Google-Queratoquiste-Internet en español

C.D. No. 4

Autor: José María González H.
Tema: Queratoquiste odontogénico que sobre pasa la línea media
Revista: acta odontológica
Vol. 38 Pág. 1 a 8 Lugar. Caracas junio 2000
Localización: Google-Queratoquiste-Internet en español

C.D. No. 5

Autor Orlando Yoris

Título: Queratoquiste odontogénico en maxila

VOL. 1- 2 Pág.1-8 Fecha 2004

Localización: Google Queratoquiste-Internet en español

C.D. No. 6

Autor: A. KESZLER

Título: Queratoquiste odontogénico con transformación carcinomatosa.

Caso clínico (Argentina)

Revista: Medicina oral

Vol. 7 Pág. 331-335 Fecha 2002

Localización: Google-Queratoquiste-Internet en español

C.D. No. 7

Autor: Adalberto Mosqueda Taylor

Título: Quistes odontogénicos análisis de 865 casos

Revista: Medicina oral.

Vol. 7 Pág. 89-96 Fecha 2002

Localización: Google-Queratoquiste Odontogénico -Internet en español

CD No 8

Autor Duangrudee.

Título: Revisión del queratoquiste odontológico y su comportamiento recurrente

Revista: Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology and endodontology

Vol. 100 Enero 2006.

CD. No 9

Autor Michelle Giuliani

Título: Estudio conservativo de queratoquiste odontogénico en el reporte de un caso y la revisión de la literatura.

Revista: Journal Maxillofac and oral surg.

Vol. 641 Pág. 308-316 2006

C.D. 10

Autor: Paul Edward Maurette

Título: Protocolo de un tratamiento conservador sobre un estudio preliminar de un queratoquiste odontogénico.

Revista: Journal Maxillofac of surg

Vol. 64 Pág. 379-383. 2006.

CD No. 11

Autor Javier Leonardo Martínez Téllez

Título: Queratoquiste odontogénico

Características Inmunohistoquímicas

Vol. Odont-on line Pág. 1 a 5

Localización: Google queratoquiste-Internet en español

CD No. 12

Autor: Luís Orlando Rodríguez

Título: Quistes Maxilares

Vol. Odontología-online Pág. 1-13

Localización: Google queratoquiste-Internet en español

CD No. 13

Autor: Ligia Pérez

Título: Queratoquiste odontogénico con displasia moderada.

Vol. Ciencia odontológica Pág. 1 – 8 Maracaibo diciembre 2004

Localización Google Internet en español

Caso No. 14

Autor: Guilherme Costa Carvahlo Silva

Título: Queratoquiste en seno maxilar

Revista: ciencia directa

Vol. 31 Pág. 231 – 234

Belo horizonte Brazil 2005

Localización: Google queratoquiste Internet en español

CD No 15

Autor: Abraham Hirshberg

Título: La influencia inflamatoria sobre la polarización cromática de las fibras de colágeno en la pared del queratoquiste odontogénico

Revista: Direct cience oral oncology

Vol. 10 Pág. 3 – 19 Fecha 2006.

CD No. 16

Autor: Martín Clark – David R Ball

Título: Tratamiento para la recurrencia de Queratoquiste odontogénico.
"Punto olvidado"

Revista: British oral surgery

Vol. 44 Pág. 71-77

Fecha 2005

CD No. 17

Autor Goichi Tsukamoto.

Título: Estudio comparativo sobre queratoquiste odontogénico asociado y no asociado en terceros molares impactados en mandíbula.

Revista: Oral surg, oral med, oral pathol, oral radiol endod.

Vol. 94 Pág. 272-275 Fecha 2002

CD No. 18

Autor: Goichi Tsukamoto

Título: Un análisis radiológico de queratoquiste odontogénico y quiste dentígero asociados a terceros molares inferiores.

Revista: Oral surg, oral med, oral pathol, oral radiol endod.

Vol. 91 Pág. 743-747 Fecha 2001

CD No. 19

Autor: Edielle Sant

Título: Imágenes modales correlacionadas con el síndrome del carcinoma nevo basocelular. Reporte de un caso.

Revista: Oral surg, oral med, oral pathol, oral radiol endod

Vol. 98, Pág. 232-236 Fecha: 2004

CD No. 20

Autor: Teresa Morgan

Título: Revisión retrospectiva sobre el Tratamiento del Queratoquiste

Revista: Oral maxillofac and surg.

Vol. 63, Pág. 635-639 Año: 2006.

CD 21

Autor: YOUNG -SOO -IUNG

Título: Descompresión de un queratoquiste de amplio espacio en mandíbula

Revista: Oral maxillofac and surg.

Vol.63 Pág. 267-271 2005

CD No. 22

Autor: Meredith August

Tema: Diferenciación de epitelio odontogénico después de la descompresión quística.

Revista: Oral Maxillofac and surg.

Vol. 61 Pág. 678 - 683 2003

CD 24

Autor: Thomas P. William

Título: Comentario para la revisión del comportamiento sobre la recurrencia del queratoquiste.

Revista: Oral sugery, una sola página Vol. 10 2005

CD 25

Autor: Brain L. Schmidt.

Título: El uso de enucleación y nitrógeno líquido en la citoterapia en el manejo del queratoquiste odontogénico.

Revista: Maxillofac oral sugery

Vol. 59 Pág. 720-725 2001

CD 26

Autor: Glenn J. Makowsky

Título: Células carcinómicas escamosas en un caso de queratoquiste odontogénico en maxilar.

Revista: Maxillofac oral surgery

Vol. 59 Pág. 76- 80 2001.

CD 27

Autor: María L. Fornatura.

Título: Queratoquiste odontogénico con un mural de metaplasia cartilaginosa.

Reporte de un caso.

Revista: Oral surg, oral med, oral pathol, oral radiol endod.

Vol. 92 Pág. 430-434 2001.

CD 28

Autor: Mervyn Shear.

Título: La naturaleza agresiva del queratoquiste odontogénico como neoplasia benigna.

Primera parte: Evidencias clínicas experimentales prematuras del comportamiento agresivo.

Revista Oral oncology.

Vol. 38 Pág. 219-226 2001

CD 29

Autor: Paúl J.W.Stoelinga

Título: El tratamiento del queratoquiste odontogénico por excisión de la sobreposición precisa de la mucosa, enucleación y tratamiento de defecto óseo por solución "Carnoy."

Revista; Maxillofac oral surgery.

Vol.63 Pág.1662-1666 2005

CD 30

Autor: Llana Kaplan

Título: La correlación entre la proliferación de células epiteliales y la inflamación en el queratoquiste odontogénico.

Revista: Oral oncology

Vol. 40 Pág. 985-991 2004

CD 31

Autor: Kok Han

Título: Queratoquiste odontogénico con formación dentinoide

Revista: Oral surg, oral med, oral pathol, oral radiol endod

Vol.95 Pág. 601-606 2003

CD 32

Autor: J.H. YOON

Título: Aparición simultanea de un queratoquiste y granuloma de células gigantes como lesión en mandíbula.

Revista: Oral surgery.

Vol. 33 Pág.615-617 2004.

CD 33

Autor: Yi Fan Zhao.

Título: Tratamiento del queratoquiste odontogénico en un seguimiento de 225 pacientes chinos.

Revista: Oral surg, oral med, oral pathol, oral radiol endod.

Vol. 94 Pág. 151-152 2002

CD 34

Autor: Jerome A. H. Lindeboom.

Título: Recurrencia múltiple y de un novo del quereatoquiste odontogénico asociado con el síndrome Oro-facio-digital

Revista: Oral surg, oral med, oral pathol, oral radiol endod.

Vol. 95 Pág.458-462 2003.

CD 35

Autor: Anthony Pogrel.

Título: Marsupialización como un tratamiento definitivo del queratoquiste odontogénico.

Revista: Association of oral maxillofac and maxillofac of surgery

Vol.-62 Pág. 651-655- 2004

CD 36

Autor: Anthony Pogrel.

Título: Tratamiento de queratoquiste por medio de descompresión y marsupialización.

Revista: Association of oral maxillofac and maxillofac of surgery

Vol. 63 Pág. 1667-1673 2005.

CD 37

Autor: Mervyn Shear

Título: La naturaleza agresiva del queratoquiste odontogénico como una neoplasia benigna y la inmunohistoquímica de la citoqueratina y otros marcadores de células epiteliales.

Revista: Oral oncology

Vol.38 Pág.407-415 Parte 3 2002

CD 38

Autor Michael Bonstein

Título: El queratoquiste odontogénico como tumor benigno.

Revista: Schweiz Monatsschr Zahmed

Vol. 115 Pág.111-115 2005

CD 39

Autor: Sun-Kyung Lee.

Título: Queladores de hierro inducidos e inmortalizados en una apoptosis independiente de células cancerígenas en los queratoquistes bucales.

Revista: Oral pathol med.

Vol. 35 Pág. 218-226 2006

CD 40

Autor: Zdenek Kolar

Título: Análisis inmunohistoquímico del potencial biológico del queratoquiste odontogénico.

Revista: Oral pathol med.

Vol. 35 Pág.75-80 2006

CD 41

Autor: Wei Yih

Título: Queratoquiste odontogénico en el conducto nasopalatino asociado con un mural de metaplasia cartilaginosa.

Revista: Maxillofac oral surgery.

Vol. 63 Pág. 1382-1384 2005