

REVISTA DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA

13
EDICIÓN
2021

Decano: Dr. Marcelo Cazar Almache

Subdecana: Od. Esp. Ma. Fernanda Torres Calle

**Publicación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca
Edición 2021. Número 13.**

Decano: Dr. Marcelo Cazar Almache
Subdecana: Od. Esp. Ma.Fernanda Torres Calle

***Revista de Publicación Anual Indexada
en LATINDEX***

Sistema Regional de Información en Línea
para Revistas Científicas de América
Latina, el Caribe, España y Portugal.

ISSN: 1390-0889

Editorial, Prólogo y Artículos publicados en la presente Revista de la
Facultad de Odontología son de exclusiva responsabilidad de sus
autores.

**Prohibida su reproducción total o parcial sin permiso de los autores o editor, y citas
correspondientes.**

Diseño y maquetación





COMITÉ EDITORIAL

∞

Cristian Gustavo Abad Coronel

Dunia Elizabeth Abad Coronel

Esteban Andres Astudillo Ortiz

Yadira Lucia Piedra Bravo

CONTENIDO

7 Eficacia anestésica de lidocaína al 2% con epinefrina 1:80000 y mepivacaína 2% con epinefrina 1:80000 en el bloqueo del nervio infraorbitario

Clarena Miranda Silva, Laura González Salgado, Federico Víctor Rodríguez, Jonathan Harris Ricardo, Natalia Fortich Mesa

17 Tratamiento conservador del queratoquiste odontogénico con seguimiento a largo plazo: reporte de un caso

Yeniffer Bulla Sáenz, Diana Barrios Carval, Erich López Aparicio, Jonathan Harris Ricardo

23 Pigmentaciones orales patológicas endógenas. Una revisión narrativa

Oscar García Dean, Stella Esquivel Rivera, Jonathan Harris Ricardo

35 Blanqueamiento dental vital combinado: reporte de un caso clínico

José Amengual Lorenzo, Marta Peydro Herrero

41 Tratamiento de amelogénesis imperfecta mediante un flujo de trabajo digital: reporte de un caso clínico

Cristopher Oswaldo Buele Lanchi, Juan Pablo Tinoco Arévalo, Andrea Fernanda Bernal Álvarez, Nicole Adriana Juela Corte, Cristian Abad Coronel

Prólogo



El esfuerzo académico para difundir la producción científica odontológica, sigue sobreviviendo a pesar de las difíciles condiciones que ha impuesto la pandemia a nuestra sociedad y por ende a las entidades de educación superior.

El empeño de los docentes e investigadores que conforman el comité editorial de la revista de la Facultad de odontología de la Universidad de Cuenca, ha permitido la revisión de trabajos académicos de alto nivel, para esta publicación que es la número 13.

Se aprobaron cinco artículos originales de gran mérito académico y científico; dos de los cuales son colaboraciones internacionales, uno de la Universidad de Cartagena Colombia y otro de la Universidad de Valencia España.

Uno de los trabajos publicados en este número, determina la eficacia anestésica de lidocaína al 2% con epinefrina 1:80000 y mepivacaína 2% con

epinefrina 1:80000 en el bloqueo del nervio infraorbitario. Otro aborda el manejo de la Amelogenesis Imperfecta y su retos en la odontología restauradora.

Se publican además dos casos clínicos de gran interés para la práctica clínica, el primero ofrece un reporte, que describe la técnica de blanqueamiento dental combinado y el segundo reporte, describe el tratamiento conservador del queratoquiste odontogénico con seguimiento a largo plazo.

Este volumen además cuenta con un artículo de revisión titulado "Pigmentaciones orales patológicas endógenas. Una revisión narrativa"

Es así como la Revista de la Facultad de odontología de la Universidad de Cuenca, continua con su cometido de difundir la ciencia odontológica, siempre apegada a las normativas pertinentes y con el apoyo de los profesores y estudiantes de grado y postgrado, para lograr con éxito el compromiso de la tarea emprendida.

Con la publicación de estos trabajos académicos, apoyamos la difusión gratuita a la comunidad científica odontológica nacional e internacional, agradeciendo la dedicación de cada uno de los autores y de las instituciones a las que se deben.

DR. MARCELO CAZAR ALMACHE

Tratamiento conservador del queratoquiste odontogénico con seguimiento a largo plazo: reporte de un caso

Conservative treatment of odontogenic keratocyst with long-term follow-up: a case report

Yeniffer Bulla Sáenz¹, Diana Barrios Carval¹, Erich López Aparicio², Jonathan Harris Ricardo³

1. Odontóloga. Residente de Estomatología y Cirugía oral. Universidad de Cartagena, Colombia.
2. Odontólogo. MSc. Departamento de Cirugía. Universidad de Cartagena, Colombia.
3. Odontólogo. MSc. Departamento de Cirugía. Corporación Universitaria Rafael Núñez Cartagena, Colombia.

RESUMEN

El queratoquiste odontogénico es conocido por su potencial de crecimiento extenso, subclínico y una tasa significativa de recurrencias, es la tercera lesión quística más común de la región maxilofacial, el tratamiento es quirúrgico, puede ser conservador o radical, siendo importantes los controles posquirúrgicos a largo plazo. Se reporta caso clínico de paciente masculino con 31 años, con queratoquiste odontogénico en la mandíbula, se describen los resultados obtenidos con el abordaje quirúrgico conservador y seguimiento de 36 meses, sin recurrencia.

Palabras clave: *quistes maxilomandibulares, tratamiento conservador, recurrencia.*

ABSTRACT

The odontogenic keratocyst is known for its potential for extensive, subclinical growth and a significant rate of recurrence, it is the third most common cystic lesion of the maxillofacial region, the treatment is surgical, it can be conservative or radical, long-term postoperative controls being important term. A clinical case of a 31-year-old male patient is reported, with an odontogenic keratocyst in the jaw, the results obtained with the conservative surgical approach and a 36-month follow-up are described, without recurrence.

Keywords: *jaw cysts, conservative treatment, recurrence.*

Introducción

El queratoquiste odontogénico (QO) es una lesión intraósea benigna, que tiene un comportamiento localmente agresivo y presentan una alta tasa de recurrencia después del tratamiento. En el 2005 la OMS lo clasificó como tumor odontogénico; sin embargo, se consideró que no existía evidencia suficiente para catalogarlo como una neoplasia y en el 2017 la OMS lo reconoció nuevamente dentro de la categoría de quiste como QO ¹.

El QO es un quiste del desarrollo que surge de restos de la lámina dental, además se ha comprobado la asociación con mutación o inactivación del gen PTCH1, en casos relacionados con síndromes ². Se presenta en todas las edades con un pico de incidencia en la segunda y cuarta década de la vida, afecta comúnmente la mandíbula, con mayor frecuencia el ángulo y la rama mandibular ¹. Clínicamente los pacientes con QO pueden presentar desplazamiento de los dientes, parestesia del labio inferior por la expansión del quiste en el espacio medular del hueso mandibular, inflamación y sintomatología dolorosa o no ².

En algunos casos el QO pueden identificarse inesperadamente durante el examen radiográfico de rutina, se presenta como una imagen unilocular o multilocular con un patrón típico en pompas de jabón o en panal de abejas y con márgenes corticalizados, entre el 25 y 40 % de los casos, suele haber un diente no erupcionado en relación con la lesión, el desplazamiento de dientes, la reabsorción o la extrusión de dientes erupcionados suele ser evidente ^{1,3}.

Histopatológicamente se componen de epitelio escamoso paraqueratinizado y una capa basal bien definida habitualmente corrugada. Las células de la capa basal son distintivas de esta entidad, de forma polarizada y empalizada, además de estar rodeadas por tejido con-

juntivo fibroso denso. La pared del quiste suele ser de grosor uniforme y delgada ⁴. La presentación radiográfica es variada, por lo que hace que el diagnóstico sea difícil de determinar únicamente basándose en las características radiográficas, es importante sumar el estudio histopatológico y las características clínicas ³.

Con relación al tratamiento se presentan dos opciones: conservador y agresivo, las modalidades incluyen enucleación con o sin legrado, marsupialización y ostectomía periférica, cauterización química con solución de Carnoy, crioterapia, electrocauterización o resección ^{1,2}.

La tasa de recurrencia del QO varía desde 0% hasta 62%, una de las razones probables para la recurrencia es la dificultad de erradicar completamente el revestimiento epitelial debido a la naturaleza friable de la pared delgada, la eliminación incompleta de la lesión permite la formación de nuevos quistes o islas epiteliales en la pared del quiste original que permanecen en el hueso circundante o tejido blando. Se ha demostrado que la fragmentación de la cápsula quística durante la escisión quirúrgica no afecta la tasa de recurrencia ^{4,5}.

Como la tasa de recurrencia es alta, los controles radiográficos son importantes, autores como Santana y cols, reportaron seguimiento de 8 años con resultados positivos, después del tratamiento conservador del QO ⁶, Kleber y cols, destacaron el seguimiento de 5 años de un caso de paciente con QO ⁷, Moctezuma y cols, afirman que los controles de seguimiento del QO deben ser a largo plazo, logrando llegar hasta los 20 años o más, después de la cirugía ⁴.

El propósito del reporte de caso fue describir los resultados obtenidos con un abordaje quirúrgico conservador en un paciente con QO y la importancia del seguimiento de 36 meses.

Reporte del caso

Paciente de sexo masculino de 31 años, que acude a consulta por presentar exudado purulento asociado a órgano dentario anteroinferior, en la revisión de órganos y sistemas no presentó alteraciones. En el examen clínico se evidenció asimetría facial, intraoralmente se observó edema en fondo de surco anterior, el color y textura de la mucosa son normales, tiempo de evolución de dos meses, sin sintomatología dolorosa, los dientes involucrados en la lesión presentaron respuesta negativa a la prueba de sensibilidad térmica al frío.

En la radiografía panorámica se observó imagen radiolúcida en zona mandibular anterior, con bordes definidos, que se extiende desde diente 45 hasta el 33, involucrando línea media mandibular, no se evidenció la presencia de diente incluido asociado a la lesión (Figura 1).



Figura 1. Radiografía inicial

De acuerdo con lo reportado en la anamnesis, los hallazgos clínicos y radiográficos son presuntivos de un queratoquiste. Se realizó biopsia incisional previa aspiración de la lesión y el estudio histopatológico reveló ameloblastoma.

Se contempla como opción de tratamiento la enucleación y curetaje de la lesión quística, más tratamiento de conducto en los dientes incluidos en la lesión. Se realizó procedimiento quirúrgico bajo anestesia general, abordaje

quirúrgico a través del surco vestibular para obtener acceso a la lesión quística, se realizó la enucleación y curetaje de la lesión, con una muestra patológica de 5 cm aproximadamente (Figura 2A, 2B).



Figura 2. 2A. Enucleación y curetaje de la lesión, **2B.** Muestra patológica

Al informe histológico la muestra revela lesión quística tapizada por epitelio escamoso, sin evidencia de cambios displásicos formando cordones y trabéculas, descansando en estroma mixoide, ricamente vascularizado acompañado de infiltrado inflamatorio agudo y crónico severo. En otras áreas se observa islotes de tejido ameloblástico sin cambios atípicos rodeado de estroma fibroso y fragmentos de tejido óseo, no se observó malignidad en la muestra evaluada, compatible con queratoquiste odontogénico.

Discusión

Se realizó control clínico en el que se observó tejidos gingival y mucoso con buen proceso de cicatrización y sin alteraciones, en el estudio radiográfico se evidenció imagen radiolúcida y radiodifusa en zona anterior mandibular, asociada a la remoción de lesión quística de 3 meses de evolución, órganos dentarios asociados a la lesión en buen estado periodontal y tratamientos endodónticos.



Figura 3. Control radiográfico a los 3 meses.

Al control radiográfico de los 36 meses se evidenció una mejor cicatrización ósea, sin muestras de recidiva, paciente no refiere sintomatología asociada, por lo cual se decide continuar con los controles radiográficos anuales.



Figura 4. Control radiográfico a los 36 meses

El QO es una forma distintiva del quiste odontogénico del desarrollo, en comparación con otros quistes de los maxilares, el QO es único debido a sus características clínicas que incluyen un comportamiento potencialmente agresivo, una alta tasa de recurrencia y una asociación con el síndrome de carcinoma nevoide de células basales ⁸.

Khan y cols en el 2019, en un estudio reportaron el QO puede ocurrir a cualquier edad, sin embargo, presenta una mayor incidencia entre la segunda y tercera década de la vida, afecta principalmente en el sexo masculino ⁹, el caso reportado el paciente es de sexo masculino, con 31 años y la lesión se encontraba localizada en sínfisis mandibular.

Al-Moraissi y cols en el 2017, con respecto al tratamiento del QO y la tasa de recurrencia baja, reportaron que la resección radical sigue siendo la opción segura para obtener la menor recurrencia. Sin embargo, otras técnicas quirúrgicas más conservadoras también presentan baja recurrencia, como la enucleación, marsupialización y quistectomía secundaria ¹⁰. Mohanty y cols en el 2021, describieron la experiencia a largo plazo con el manejo del QO, todos los casos tratados entre 1999 y 2015, con un mínimo de 5 años de seguimiento hasta diciembre de 2019, concluyen que el QO, aunque tiene una alta tasa de recurrencia, es una lesión benigna y responde bien a los procedimientos conservadores en la mayoría de los casos, los procedimientos radicales deben reservarse para lesiones que no responden y aquellas con destrucción tisular extensa ¹¹; coincidiendo con el presente caso de QO manejado con enucleación y curetaje de la lesión como tratamiento conservador con buenos resultados, se realizó seguimiento a 36 meses y no presenta recurrencia.

Chrcanovic y cols en el 2017, evaluaron la probabilidad de recurrencia del QO en 6.427 casos analizados, en los resultados describieron que se evidenciaron 1.464 recurrencias, los pacientes con síndrome de carcinoma nevoide de células basales presentaron recurrencia en un 35,4%; según en sexo y localización, los hombres reportaron mayor recurrencia 20,3% y en la mandíbula representó un 21,5%; las lesiones con aspecto unilocular fueron menos recurrentes en un 14,7%, comparándolas con las multiloculares con 24,4%, mientras que la marsupialización / descompresión presentó una tasa de mayor recurrencia de 28,7%¹²; concordando con algunos aspectos ya que se consideraron como factores favorables para el tratamiento conservador la edad del paciente, el patrón unilocular, la ubicación, extensión de la lesión sobre la sínfisis mandibular y la no perforación de las corticales.

Referencias

1. Nath P, Menon S, Sham ME, et al. Conservative Management of Odontogenic Keratocyst in a Tertiary Hospital. *Ann Maxillofac Surg.* 2020;10(1):122-126.
2. Rajesh Ashok Kshirsagar, Rajat Chandrashekar Bhende, Pratik Hemantkumar Raut, Vrushika Mahajan, et al. Odontogenic keratocyst: Developing a protocol for surgical intervention. *Ann Maxillofac Surg.* 2019; 9 (1):152–157.
3. Forteza López A, Sáez Alcaide L, Molinero Mourelle P, Helm Alexandra, de Paz-Hermoso V, et al. Tratamiento del tumor odontogénico queratoquístico: revisión sistemática. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.* 2019; 41(1):26-32.
4. Moctezuma AA, Jaimes ES, Castañeda EZ, et al. Tratamiento con descompresión de un queratoquiste odontogénico. *Rev Odont Mex.* 2020;24(2):124-133.
5. Daroit NB, da Rocha Vieira R, Visioli F, Maito FDM, de Oliveira MG, Rados PV. Does Surgical Fragmentation of Odontogenic Keratocyst Interfere With the Recurrence Rate? *J Oral Maxillofac Surg.* 2018;76(4):770-774.
6. Santana D C P.; Garcia J J, Kusterer, L E F L, Sardinha S C S, Cavalcante W C. Odontogenic keratocyst: Eight-Year follow-up after conservative treatment. *Int. J. Odontostomat.* 2021; 15 (2):520-525.
7. Vallejo-Roseroa K, Vianna Camolesi G, Duarte de Sáb P, et al. Conservative management of odontogenic keratocyst with long-term 5-year follow-up: Case report and literature review. *Int Journal of Surg Case Reports.* 2020; 66:8-15.
8. Kshirsagar RA, Bhende RC, Raut PH, Mahajan V, Tapadiya VJ, Singh V. Odontogenic Keratocyst: Developing a Protocol for Surgical Intervention. *Ann Maxillofac Surg.* 2019 Jan-Jun;9(1):152-157.
9. Khan AA, Qahtani SA, Dawasaz AA, Saquib SA, Asif SM, Ishfaq M, Kota MZ, Ibrahim M. Management of an extensive odontogenic keratocyst: A rare case report with 10-year follow-up. *Medicine (Baltimore).* 2019;98(51):e17987.
10. Al-Moraisi EA, Dahan AA, Alwadeai MS, Oginni FO, Al-Tairi NH, Almaweri AA, et al.

What surgical treatment has the lowest recurrence rate following the management of keratocystic odontogenic tumor?: A large systematic review and meta-analysis. *J Craniomaxillofac Surg.* 2017; 45(1):131-144.

11. Mohanty S, Dabas J, Verma A, Gupta S, Urs AB, Hemavathy S. Surgical management of the odontogenic keratocyst: A 20-year experience. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2021;50(9):1168-1176.
12. Chrcanovic BR, Gomez RS. Recurrence probability for keratocystic odontogenic tumors: An analysis of 6427 cases. *J Craniomaxillofac Surg.* 2017;45(2):244-251.