

Estudio retrospectivo clínico-patológico de 418 quistes odontogénicos

Sergio Núñez-Urrutia ¹, Rui Figueiredo ², Cosme Gay-Escoda ³

¹ Odontólogo. Residente del Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona

² Odontólogo. Profesor asociado de Cirugía Bucal. Profesor del Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona. Investigador del Instituto IDIBELL

³ Doctor en Medicina. Estomatólogo. Especialista en Cirugía Maxilofacial. Catedrático de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial. Director del Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona. Investigador-Coordinador del Instituto IDIBELL. Jefe del Servicio de Cirugía Bucal, Implantología Bucofacial y Cirugía Maxilofacial del Centro Médico Teknon. Barcelona

Correspondencia:

Centro Médico Teknon

Instituto de Investigación IDIBELL

Vilana 12

08022 – Barcelona (Spain)

cgay@ub.edu

Recibido: 13/04/2009

Aceptado: 21/02/2010

Núñez-Urrutia S, Figueiredo R, Gay-Escoda C. Estudio retrospectivo clínico-patológico de 418 quistes odontogénicos. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010;15 (Ed. esp.):315-21.

© Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1698-4447

Indexed in:

- Science Citation Index Expanded
- Journal Citation Reports
- Index Medicus, MEDLINE, PubMed
- Excerpta Medica, Embase, SCOPUS,
- Índice Médico Español
- DIALNET
- LATINDEX

Originally cited as: Núñez-Urrutia S, Figueiredo R, Gay-Escoda C. Retrospective clinicopathological study of 418 odontogenic cysts. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010 Sep 1;15 (5):e767-73.
Full article in ENGLISH:
URL: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v15i5/medoralv15i5p767.pdf>

Resumen

Objetivos: Conocer la incidencia relativa de los quistes odontogénicos, así como identificar sus características clínico-patológicas más relevantes en pacientes tratados en el Servicio de Cirugía Bucal de la Clínica Odontológica de la Universidad de Barcelona.

Diseño del estudio: Se realizó un estudio retrospectivo observacional de 418 casos diagnosticados de quiste odontogénico en 380 pacientes incluidos en el archivo de 1.235 diagnósticos anatomopatológicos de los pacientes tratados en el Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial de la Universidad de Barcelona entre los años 1997-2006. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, características clínicas de la lesión (tamaño y localización), características radiológicas, tiempo de evolución, tratamiento, complicaciones y recidivas. Se efectuó un estudio descriptivo de las variables recogidas utilizando el SPSS versión 15.0.

Resultados: La incidencia de los quistes odontogénicos fue del 33,8%. La edad media de aparición fue de 42 años con un rango comprendido entre los 7 y 83 años. Hubo una ligera predilección por el sexo masculino (58,4%). El tamaño de la lesión osciló entre 2 y 60 mm con una media de 18,4 mm. La entidad más frecuentemente diagnosticada fue el quiste radicular con un 50,2%. La localización más frecuente de los quistes odontogénicos fue la mandíbula (61,5%), especialmente la región del tercer molar inferior con un 36,8% de los casos.

Conclusiones: La entidad más frecuentemente diagnosticada fue el quiste radicular. Los quistes odontogénicos mostraron una mayor predilección por el sexo masculino y una elevada incidencia mandibular. El conocimiento de la conducta biológica e histológica de los quistes odontogénicos y la frecuencia de aparición de estas lesiones son aspectos fundamentales para promover su detección precoz y el tratamiento adecuado.

Palabras clave: Quistes, quistes odontogénicos, quistes maxilares, malignización.

Introducción

Un quiste se define como una cavidad con contenido líquido, semilíquido o gaseoso, que está envuelta por una membrana de tejido epitelial (1-3). Los quistes odontogénicos (QO) son las lesiones más frecuentes de los maxilares y poseen una membrana compuesta por tejido epitelial de origen odontogénico. Su etiología se debe a la presencia de restos celulares odontogénicos, que quedan atrapados dentro del tejido óseo o del tejido gingival que cubre los maxilares, como por ejemplo los restos epiteliales de Malassez, de la lámina dentaria o del órgano del esmalte (QO de desarrollo), aunque en otras ocasiones se originan por procesos inflamatorios (QO inflamatorios) (Tabla 1). En la mayoría de los casos se tratan de verdaderos quistes con un revestimiento epitelial completo y cerrado (1-3). La clasificación más reciente de la OMS reubicó al queratoquiste (quiste primordial queratinizado) dentro de la clasificación de tumores de los maxilares con el nombre de tumor odontogénico queratoquístico (TOQ) (4). Su crecimiento lento, expansivo y no infiltrante son una clara muestra de su benignidad, lo que puede favorecer un diagnóstico tardío. La aparición de signos como expansión de las corticales (Fig. 1), desplazamientos dentarios o la aparición de sintomatología dolorosa o infecciosa deben alertar al facultativo de la posible presencia de patología quística. El examen radiográfico rutinario mediante la ortopantomografía (OPG) pondrá de manifiesto lesiones radiotransparentes características (Fig. 2) (1-3,5).

El tratamiento de elección, estará determinado por diversos factores como son el tamaño de la lesión, su localización, la posible afectación de espacios anatómicos vecinos o la lesión de estructuras dentarias, entre otros (1-3,5). El diagnóstico de presunción de los QO se obtiene mediante la valoración de diferentes signos clínicos y radiológicos, sin embargo, es el estudio histopatológico el que permitirá obtener el diagnóstico de certeza (1-3,5,6).

La justificación de este estudio responde a la elevada prevalencia de los QO y a la necesidad de conocer sus características clínico-patológicas, datos que pueden ayudar en la elaboración de protocolos específicos que permitan efectuar el diagnóstico precoz y aplicar así el tratamiento oportuno lo antes posible.

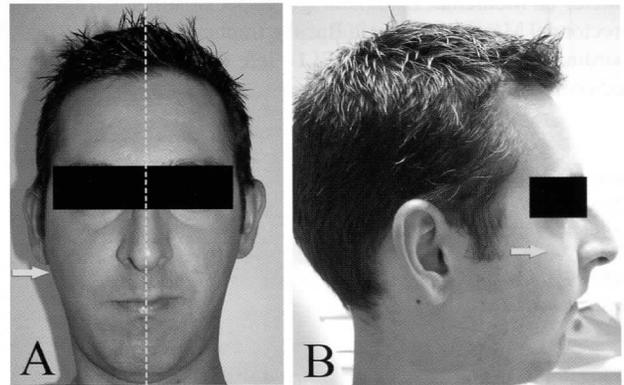


Fig. 1. Quiste del maxilar superior. (A) Asimetría facial producida por la expansión de la cortical vestibular debido a la presencia de un quiste odontogénico en la zona posterior derecha del maxilar superior. (B) Borrado del surco nasogeniano.



Fig. 2. Quiste residual en el primer cuadrante que rechaza la membrana sinusal.

Tabla 1. Clasificación de la OMS de los Quistes Odontogénicos (2005).

Quistes Epiteliales		Quistes No epiteliales	
Quistes odontogénicos		Quistes no odontogénicos	Quiste óseo traumático
De desarrollo	Inflamatorios		
Quiste gingival infantil	Quiste radicular	Quiste nasolabial	Quiste óseo aneurismático
Quiste primordial			
Quiste folicular	Quiste residual	Quiste nasopalatino	Cavidad de Stafne
Quiste de erupción			
Quiste periodontal lateral	Quiste paradental		
Quiste gingival del adulto			
Quiste odontogénico-glandular			

Pacientes y Método

Se trata de un estudio retrospectivo que incluye 1.235 diagnósticos anatomopatológicos de las biopsias de lesiones peri e intrabucales obtenidas entre 1997 y 2006 en el Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial de la Universidad de Barcelona con el objetivo de identificar los pacientes con lesiones diagnosticadas de QO. La recogida de los datos la hizo un único observador. Las muestras obtenidas fueron fijadas en solución de formol al 10% y remitidas al Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Bellvitge (L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona) para ser procesadas y teñidas con hematoxilina-eosina. Las muestras fueron observadas bajo microscopía óptica para obtener el diagnóstico histológico.

Los criterios de inclusión se basaron en la obtención de la confirmación histológica de QO. Se excluyeron del estudio las lesiones que no eran compatibles con el resultado histológico de QO. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, características radiológicas de la lesión, localización, tamaño del QO (se registró midiendo con regla el diámetro mayor de la lesión sobre la OPG), tiempo de evolución, tratamiento efectuado, resultado histológico y posibles recidivas. El estudio radiológico se hizo, en todos los casos, mediante el

uso de OPG, aunque en ocasiones se solicitaron radiografías periapicales o oclusales y tomografías computadorizadas (TC) para complementar el diagnóstico por la imagen. El seguimiento clínico fue evaluado en meses y se anotaron las complicaciones per y postoperatorias asociadas a cada QO. Una vez registrados los datos, se efectuó el análisis estadístico utilizando el Statistical Package for Social Sciences versión 15.0 (SPSS; SPSS Inc.; Chicago, EE.UU. Licencia de la Universidad de Barcelona).

Resultados

Se obtuvieron un total de 418 QO (380 pacientes) de un total de 1.235 biopsias realizadas en nuestro Servicio lo que corresponde al 33,8% de todas las lesiones remitidas para estudio anatomopatológico durante el período estudiado (1997-2006). Se identificaron 7 variedades distintas de QO.

La entidad más frecuentemente diagnosticada fue el quiste radicular (QR) con un 50,2% (n=210). La localización más habitual de los QO fue la mandíbula con un 61,5% (n=257), siendo el tercer cuadrante la zona más afectada, con una prevalencia del 33% (n=138). En la tabla 2 se muestra la frecuencia de aparición de los QO diagnosticados en ambos

Tabla 2. Frecuencia de aparición de los diferentes tipos de quistes odontogénicos.

Quistes odontogénicos	Maxilar superior (n; % relativo)	Mandíbula (n; % relativo)	Total Casos (n; % relativo)
Quiste radicular	(n=118; 56,2%)	(n=92; 43,8%)	(n=210; 50,2%)
Quiste folicular	(n=28; 30,8%)	(n=63; 69,2%)	(n=91; 21,8%)
Quiste paradental	(n=2; 2,3%)	(n=85; 97,7%)	(n=87; 20,8%)
Quiste residual	(n=9; 50%)	(n=9; 50%)	(n=18; 4,3%)
Quiste periodontal lateral	(n=3; 42,8%)	(n=4; 57,2%)	(n=7; 1,7%)
Quiste primordial	0	(n=4; 100%)	(n=4; 1%)
Quiste gingival del adulto	(n=1; 100%)	0	(n=1; 0,2%)
TOTAL	(n=161; 38,5%)	(n=257; 61,5%)	(n=418; 100%)

Tabla 3. Frecuencia de distribución de los quistes odontogénicos por grupos dentarios.

Maxilar superior	Casos	% relativo	Mandíbula	Casos	% relativo
Incisivos centrales	35	8,4%	Incisivos centrales	10	2,4%
Incisivos laterales	33	7,9%	Incisivos laterales	6	1,4%
Caninos	30	7,2%	Caninos	7	1,7%
Premolares	23	5,5%	Premolares	26	6,2%
1 ^{os} y 2 ^{os} molares	31	7,4%	1 ^{os} y 2 ^{os} molares	54	13%
Terceros molares	9	2,1%	Terceros molares	154	36,8%
TOTAL	161	38,5%	TOTAL	257	61,5%

maxilares. El grupo de dientes que reportó la mayor presencia QO fueron los terceros molares inferiores (36,8%), seguido de los primeros y segundos molares mandibulares (13%) (Tabla 3) .

La distribución por género de los QO mostró una ligera predilección por el sexo masculino con un 58,4% (n=244) reportando una proporción hombre/mujer de 1,4:1. La edad media de presentación de los QO fue de 42 años (desviación estándar - DE: 15), con un rango comprendido entre los 7 y los 83 años. El período más frecuente de aparición de los QO se observó entre la tercera y cuarta décadas de la vida.

Se solicitó, como prueba complementaria rutinaria, una OPG a todos los pacientes. En algunos casos, se requirieron como pruebas radiográficas complementarias la TC en 90 pacientes (24%), radiografías oclusales (n=13; 3%), radiografías laterales de cráneo (n=9; 2%), proyección de Waters (n=4; 1%), con la finalidad de delimitar el tamaño exacto de la lesión y de evaluar el posible compromiso de estructuras adyacentes. El tamaño medio de la lesión fue de 18,4 mm con un rango que osciló entre 2 y 60 mm.

Respecto al tratamiento quirúrgico se observó una elevada prevalencia de la enucleación quística con o sin extracción dentaria como opción más utilizada (n=300; 72%) seguida de la cirugía periapical (exéresis de la lesión + apicectomía + obturación retrógrada) (n=109; 26%). En la tabla 4 se expone la relación entre los tratamientos efectuados y las complicaciones que aparecieron durante y después de la intervención quirúrgica. Las perforaciones antrales fueron reparadas intraoperatoriamente mediante la colocación de una membrana de colágeno reabsorbible (Bio-Guide; Geistlich Pharma, Wolhusen, Suiza). En cuanto a los trastornos de la sensibilidad, debidos a la lesión del nervio dentario inferior

(n=12; 2,9%) se observó la remisión total de los síntomas en el 83% de los casos; en sólo 2 casos persistió una ligera hipoestesia en el último control realizado. Todas las demás complicaciones se solucionaron favorablemente a lo largo de los controles postoperatorios. El seguimiento medio fue de 11,7 meses con un rango entre 1 y 72 meses. El 14,8% (n=62) de las lesiones intervenidas quirúrgicamente necesitaron retratamiento quirúrgico incluyendo, entre otros, el legrado quirúrgico de la lesión, la realización de una segunda cirugía periapical o la extracción dentaria.

Discusión

Características clínico-patológicas

Al comparar los resultados obtenidos con los publicados por diferentes autores, hemos observado algunas diferencias (Tabla 5) . En nuestro estudio, el QO más frecuente fue el QR (n=210; 50,2%), dato que coincide con la literatura consultada (1-3). La concordancia en los resultados obtenidos en nuestro estudio con los diferentes artículos publicados tanto en la distribución de QR por arcada como por grupo dentario, puede estar favorecida por la elevada prevalencia de traumatismos y tratamientos conservadores por motivos estéticos que presentan este grupo de dientes (6). No encontramos, en la bibliografía consultada, diferencias significativas en la distribución por edad o género a pesar de la variabilidad en el tamaño de las muestras (1,3,6).

La segunda entidad más frecuentemente diagnosticada fue el QF con un 21,8% (n=91), dato que concuerda con las publicaciones revisadas (1-3). El QF se asocia a la corona de los dientes definitivos y los odontomas incluidos, aunque en menor frecuencia pueden afectar a los dientes deciduos incluidos (1-3,7,8). Un espacio folicular superior a 3 mm

Tabla 4. Relación entre los tratamientos efectuados y las complicaciones intra y postoperatorias.

Tratamiento	Infección	Lesión nerviosa	Perforación mucosa sinusal / Nasal	Sinusitis	Necrosis pulpar	Alveolitis	Total
Exéresis con o sin exodoncia (n=300; 72%)	0	(n=11; 3,6%)	(n=6; 2%)	0	(n=1; 0,3%)	(n=1; 0,3%)	n=19 (6,3%)
Exéresis del quiste + apicectomía + obturación retrógrada (n=109; 26%)	(n=6; 5,5%)	(n=1; 1%)	(n=2; 1,7%)	(n=1; 1%)	0	0	n=10 (9,2%)
Descompresión quística (n=8; 2%)	0	0	(n=4; 50%)	0	0	0	n=4 (50%)
TOTAL (n=418)	(n=6; 1,4%)	(n=12; 2,9%)	(n=12; 2,9%)	(n=1; 0,2%)	(n=1; 0,2%)	(n=1; 0,2%)	n=33 (7,9%)

Tabla 5. Comparación de la incidencia de los distintos tipos de quistes odontogénicos con algunos de los estudios más importantes.

Quistes odontogénicos	Ledesma y cols. (2000) (1) 304 casos	Mosqueda-Taylor y cols. (2002) (2) 856 casos	Ochsenius y cols. (2007) (3) 2.944 casos	Núñez-Urrutia y cols. (2009) 418 casos
Quiste radicular	38,8%	39,9%	50,7%	50,2%
Quiste folicular	35,5%	33%	18,5%	21,8%
Quiste paradental		1,4%	3,8%	20,8%
Quiste residual	4,9%	2,2%	11,2%	4,3%
Quiste periodontal lateral	1%	0,8%	0,6%	1,7%
Quiste primordial	18,7%	21,5%	14,3%	1%
Quiste gingival del adulto			0,3%	0,2%

debe ser considerado clínicamente como un quiste dentígero, ya que, histológicamente suele existir un engrosamiento epitelial debido a la presencia de cambios inflamatorios producidos por la acumulación de líquido entre la corona dentaria y el folículo dentario (9). Curran y cols. (7) sitúan al QF con una frecuencia observacional de un 45-75% dato que no concuerda con la mayoría de los trabajos consultados, que reportaron un porcentaje sensiblemente menor (18,5%-35,5%) (1-3). El QF posee una elevada predilección mandibular, como se observó en nuestro estudio con una frecuencia de aparición relativa en mandíbula del 69,2% (1-3). Aunque suelen ser lesiones unilaterales, existen múltiples casos descritos de quistes foliculares bilaterales en pacientes no sindrómicos (7,8). Debido al crecimiento lento y asintomático característico de los QF, pueden alcanzar grandes dimensiones (6). La extracción de los dientes incluidos no reubicables en la arcada dentaria o las revisiones periódicas de aquellos que no tengan una justificación clara de extracción son medidas que previenen las posibles complicaciones derivadas de los QF (6-8).

El quiste paradental (QP) es una entidad de origen inflamatorio que interesa principalmente al tercer molar inferior semiincluido (inclusión submucosa), aunque también existen casos reportados en el primer molar definitivo y en el segundo premolar mandibular (10,11). Suele presentarse como una imagen radiotransparente característica en forma de "croissant". Afecta, generalmente, a pacientes en la tercera década de la vida aunque existen descritos en la literatura casos en edades pediátricas (10,11). Se desarrolla cerca del margen cervical de la porción lateral de la raíz a consecuencia de un proceso inflamatorio de una bolsa periodontal. La mayoría de los autores coinciden en el papel que juega la pericoronaritis o la inflamación crónica en la etiopatogenia del QP (10,11). En nuestro estudio el QP representó el tercer QO en frecuencia de aparición con un

20,8% (n=87). Este resultado rebate los datos obtenidos por Mosqueda-Taylor y cols. (2) con una frecuencia de aparición de 1,4% para el QP o el de Ochsenius y cols. (3) con un 3,8% (Tabla 5). Esta diferencia en los resultados obtenidos puede estar justificada por la procedencia de nuestra muestra, al tratarse de un Servicio de Cirugía Bucal, donde la mayoría de los pacientes acuden por patologías relacionadas con los terceros molares incluidos.

El quiste primordial (QPM) representó el 1% de todos los QO diagnosticados y tratados en nuestro Servicio. Este porcentaje fue significativamente menor a la mayoría de estudios publicados (1-3). Los casos obtenidos muestran un leve predominio por el sexo femenino al contrario de lo descrito por otros autores (1-3). Durante el periodo de elaboración del artículo se incluyó el TOQ (antiguamente denominado queratoquiste (QQ)) dentro de la casuística de los QPM por motivos didácticos ya que la mayoría de autores confundían ambos conceptos en los diferentes trabajos consultados (QPM y QQ) (1-3). El potencial de crecimiento del TOQ está influenciado por su activa proliferación epitelial. Algunos autores creen que existe una relación entre la expresión de citoqueratina-10 y la elevada recurrencia de una parte de los TOQ (12). Ali (13) estudió, mediante pruebas inmunohistoquímicas, los tejidos obtenidos con anticuerpos anti-EMMPRIN (Extracellular Matrix Metalloproteinase Inducer). Estos autores reportaron diferentes resultados entre los QO en relación a su expresión de EMMPRIN, mostrando de manera significativa un aumento de la agresividad y la recurrencia de los QO con mayor expresión de EMMPRIN. Sus investigaciones mostraron que el TOQ era el QO con mayor expresión de EMMPRIN.

La cuarta posición por prevalencia de aparición fue para el quiste residual (QRS) (n=18; 4,3%). El QRS es un QO inflamatorio resultante de la exéresis incompleta de un tejido quístico en la zona periapical de un diente patológico que fue

exodonciado anteriormente. La bibliografía revisada muestra una mayor prevalencia de aparición del QRS entre la tercera y cuarta décadas de la vida, datos que corroboran los resultados de nuestro estudio (1-3). No encontramos preferencias por parte del QRS en la distribución de su localización tanto en el maxilar superior como en la mandíbula (50%).

El quiste periodontal lateral (QPL) es un quiste de desarrollo, con predilección por el sexo masculino y de aparición preferente en adultos entre la cuarta y sexta décadas de la vida (1-3,14,15). El QPL se presenta como una lesión radiotransparente redondeada con forma de "pera invertida" y bien delimitada que, a menudo, es diagnosticada de manera errónea como una imagen característica de un QO de origen inflamatorio. Será la vitalidad positiva de los dientes afectados la que permitirá el diagnóstico diferencial. En nuestro trabajo retrospectivo reportamos una mayor frecuencia en la aparición del QPL (n=7; 1,7%) con respecto a la literatura consultada (0,8-0,9%) (1-3,14,15). Rasmusson y cols. (14), en un análisis de 32 QPL, observaron que la localización más frecuente era entre los caninos y premolares mostrando una clara predilección mandibular. Nuestra experiencia consistió en 3 casos en el maxilar superior entre los incisivos laterales superiores (43%) y 4 en mandíbula (57%) coincidiendo con la bibliografía consultada (14,15).

Aspectos del abordaje terapéutico

El tratamiento de elección de una lesión radiotransparente, con un tamaño inferior a 10-15 mm de diámetro y que está asociada a un diente necrótico es la pulpectomía (6,16). La presencia de signos y/o síntomas, o el aumento o persistencia de la imagen radiotransparente pasados 6 meses del tratamiento de conductos, aconsejarán efectuar la cirugía periapical del diente causal mediante la exéresis completa de la lesión quística, apicectomía y obturación retrógrada (6,16).

En nuestro Servicio de Cirugía Bucal se practicaron un total de 109 intervenciones quirúrgicas que denominamos como cirugía periapical (26%), con un índice de fracasos del 5,5%. Carrillo y cols. (16) evaluaron 70 lesiones periapicales tratadas quirúrgicamente mediante un control radiográfico a los 12 meses. Reportaron, de manera significativa, un peor pronóstico en las lesiones de gran tamaño, dato que confirmamos en nuestro estudio. Se hizo el estudio anatomopatológico de todos los QO para obtener el diagnóstico de certeza, ya que existen casos descritos en la literatura de lesiones con características clínicas y radiológicas de benignidad que, posteriormente, resultaron ser malignas (1,5,16,17).

En lesiones superiores a 25-30 mm la OPG no aporta suficiente información para planificar el tratamiento quirúrgico adecuado (5,7-9). En nuestra serie se solicitaron, además de las OPG, TC, radiografías oclusales, radiografías laterales de cráneo y radiografías con la técnica de Waters para determinar mejor su extensión y minimizar al máximo el riesgo de complicaciones intraoperatorias ante cualquier QO que comprometiese otras estructuras anatómicas vecinas. En presencia de lesiones superiores a 30 mm de diámetro con

desplazamiento de estructuras adyacentes o con perforación de las corticales (7-9), se recomienda la descompresión quística (DQ) con o sin la extracción del diente causal. La DQ fue descrita por Brondum y Jensen (12) como alternativa a la enucleación de quistes de gran tamaño sin necesidad de ejecutar grandes resecciones mandibulares. Algunos autores como August y cols. (18) aseguran que la DQ favorece un cambio en la arquitectura histológica de los TOQ que disminuye su potencial de recurrencia.

La disminución de la presión intraquística tras efectuar la DQ permitirá la reducción de su volumen favoreciendo la aposición ósea (12,18,19). Esta técnica facilita la obtención de información respecto del tipo histológico del QO (12,18,19). La DQ reduce, de manera considerable, complicaciones tales como la fractura mandibular, las comunicaciones bucosinusales o la lesión de estructuras nerviosas (12,18,19). Sin embargo, presenta dos importantes inconvenientes. En primer lugar, la necesidad de cooperación por parte del paciente en el mantenimiento de una correcta higiene bucodental y la necesidad de acudir a los controles periódicos requeridos. El segundo inconveniente es debido a que la muestra obtenida para biopsiar es sólo de una parte de la lesión, por lo tanto, puede quedar enmascarado el diagnóstico histológico de certeza de toda la lesión. Se han reportado algunos casos de TOQ que en determinadas zonas de su pared quística no presentaban queratina (parcialmente queratinizados) (20). El correcto diagnóstico histológico, tras la exéresis de toda la lesión, puede detectar excepcionalmente células carcinomatosas en un epitelio celular bien diferenciado, aconsejando un cambio radical en el tratamiento del caso por la posible presencia de un carcinoma primario intraóseo (17).

Conclusiones

Este estudio confirma la mayor prevalencia del quiste radicular (50,2%) seguido del quiste folicular con una frecuencia relativa del 21,8%. Los quistes odontogénicos mostraron una moderada predilección por el sexo masculino (58,4%) con una marcada incidencia mandibular (61,5%). Se reportó una baja presencia del queratoquiste (1%) lo que contrasta con la mayor prevalencia del quiste paradental (20,8%). La importancia del conocimiento de la conducta biológica e histológica y la frecuencia de los quistes odontogénicos son aspectos fundamentales para promover su detección precoz y poder efectuar el tratamiento adecuado.

Bibliografía

1. Ledesma-Montes C, Hernández-Guerrero JC, Garcés-Ortiz M. Clínico-patológico study of odontogenic cysts in a Mexican sample population. Arch Med Res. 2000;31:373-6.
2. Mosqueda-Taylor A, Irigoyen-Camacho ME, Díaz-Franco MA, Torres-Tejero MA. Odontogenic cysts. Analysis of 856 cases. Med Oral. 2002;7:89-96.
3. Ochsenius G, Escobar E, Godoy L, Peñafiel C. Odontogenic cysts: analysis of 2,944 cases in Chile. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007;12:E85-91.
4. Madras J, Lapointe H. Keratocystic odontogenic tumour: reclassification of the odontogenic keratocyst from cyst to tumour. J Can Dent Assoc. 2008;74:165-165h.

5. Nary Filho H, Matsumoto MA, Fraga SC, Gonçalves ES, Sérvulo F. Periapical radiolucency mimicking an odontogenic cyst. *Int Endod J*. 2004;37:337-44.
6. Garcia-Pola MJ, Gonzalez M, Lopez JS. Odontogenic maxillary cyst. Clinicopathologic. diagnostic and therapeutic considerations. *Med Oral*. 1997;2:219-241.
7. Curran AE, Damm DD, Drummond JF. Pathologically significant pericoronal lesions in adults: Histopathologic evaluation. *J Oral Maxillofac Surg*. 2002;60:613-7.
8. Iatrou I, Theologie-Lygidakis N, Leventis M. Intraosseous cystic lesions of the jaws in children: a retrospective analysis of 47 consecutive cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2009;107:485-92.
9. Edamatsu M, Kumamoto H, Ooya K, Echigo S. Apoptosis-related factors in the epithelial components of dental follicles and dentigerous cysts associated with impacted third molars of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2005;99:17-23.
10. Philipsen HP, Reichart PA, Ogawa I, Swei Y, Takata T. The inflammatory paradental cyst: a critical review of 342 cases from a literature survey, including 17 new cases from the author's files. *J Oral Pathol Med*. 2004;33:147-55.
11. Morimoto Y, Tanaka T, Nishida I, Kito S, Hirashima S, Okabe S, et al. Inflammatory paradental cyst (IPC) in the mandibular premolar region in children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2004;97:286-93.
12. Brøndum N, Jensen VJ. Recurrence of keratocysts and decompression treatment. A long-term follow-up of forty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1991;72:265-9.
13. Ali MA. Expression of extracellular matrix metalloproteinase inducer in odontogenic cysts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2008;106:258-63.
14. Rasmusson LG, Magnusson BC, Borrmann H. The lateral periodontal cyst. A histopathological and radiographic study of 32 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1991;29:54-7.
15. Formoso Senande MF, Figueiredo R, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Lateral periodontal cysts: a retrospective study of 11 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13:E313-7.
16. Carrillo C, Peñarrocha M, Bagán JV, Vera F. Relationship between histological diagnosis and evolution of 70 periapical lesions at 12 months, treated by periapical surgery. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008;66:1606-9.
17. Chaisuparat R, Coletti D, Kolokythas A, Ord RA, Nikitakis NG. Primary intraosseous odontogenic carcinoma arising in an odontogenic cyst or de novo: a clinicopathologic study of six new cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2006;101:194-200.
18. August M, Faquin WC, Troulis MJ, Kaban LB. Dedifferentiation of odontogenic keratocyst epithelium after cyst decompression. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003;61:678-83.
19. Jung YS, Lee SH, Park HS. Decompression of large odontogenic keratocysts of the mandible. *J Oral Maxillofac Surg*. 2005;63:267-71.
20. Kolokythas A, Fernandes RP, Pazoki A, Ord RA. Odontogenic keratocyst: to decompress or not to decompress? A comparative study of decompression and enucleation versus resection/peripheral ostectomy. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007;65:640-4.

Agradecimientos

Este estudio ha sido realizado por el grupo de investigación consolidado "Patología y Terapéutica Odontológica y Maxilofacial" del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL), con el soporte económico del convenio docente-asistencial de Cirugía Bucal entre la Universidad de Barcelona, el Consorcio Sanitario Integral y el Servicio Catalán de la Salud de la Generalitat de Catalunya.