Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Odontología
Unidad de Posgrado

Tratamiento de quiste maxilar grande con descompresión. Seguimiento y reporte de caso clínico

TRABAJO ACADÉMICO

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Cirugía Bucal y Maxilofacial

AUTOR

Silvia Karin MALPICA PIMENTEL

ASESOR

Dr. José Luis CORNEJO SALAZAR

Lima - Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Malpica S. Tratamiento de quiste maxilar grande con descompresión. Seguimiento y reporte de caso clínico [Trabajo Académico de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Unidad de Posgrado; 2026.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Silvia Karin Malpica Pimentel
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	42619633
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0008-6647-7393
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	José Luis Cornejo Salazar
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	07349888
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-2052-0244
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Elmo Sigifredo Palacios Alva
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06628162
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Delia Olinda Huapaya Paricoto
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06636320
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Alejandro Alberto Cornejo García
Tipo de documento	DNI

Número de documento de identidad	10474146
Datos de investigación	
Línea de investigación	B.3.2.3. Patologías y alteraciones bucales y maxilofaciales
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: La Victoria Centro poblado: Lima Metropolitana Urbanización: La Victoria Calle: Av. Miguel Grau N.º 800 Latitud: -12.05955 Longitud: -77.02226 12°03′34″S 77°01′20″O
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2018 - 2026
URL de disciplinas OCDE	Odontología, Cirugía oral, Medicina oral https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14

Facultad de Odontología
Universidad Nacional Mayor de San Marcos

UNIDAD DE POSGRADO

"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

ACTA N° 016-FO-UPG-2026

ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL

Siendo las 9:00 horas, del martes 14 de julio de dos mil veintiséis, el Jurado de Sustentación conformado por los docentes:

- Presidente : Dr. Esp. Elmo Sigifredo Palacios Alva
- Miembro : Mg. Esp. Delia Olinda Huapaya Paricoto
- Miembro : C.D. Esp. Alejandro Alberto Cornejo García
- Miembro Asesor : Dr. Jose Luis Cornejo Salazar

Se reunieron para la sustentación del trabajo académico titulado: **"TRATAMIENTO DE QUISTE MAXILAR GRANDE CON DESCOMPRESIÓN. SEGUIMIENTO Y REPORTE DE CASO CLÍNICO",** presentado por la **C.D. Silvia Karin Malpica Pimentel,** egresada del Programa de Segunda Especialidad Profesional en Cirugía Bucal y Maxilofacial, desarrollado en la Unidad de Posgrado de la Facultad de Odontología.

Concluida la sustentación, los miembros del jurado procedieron a formular sus preguntas las que fueron absueltas por la titulando. Acto seguido se procedió con la evaluación correspondiente. En forma colegiada, el jurado asignó la calificación de:

Dieciocho	18	APROBADO POR DESTACADO
Letras	Números	Escala

Habiendo sido aprobada la sustentación del trabajo académico, el Jurado de Sustentación recomienda al Consejo de Facultad apruebe el **otorgamiento del Título de Segunda Especialidad Profesional en Cirugía Bucal y Maxilofacial** a **Doña Silvia Karin Malpica Pimentel.**

Siendo las 10:30 horas, se levantó la sesión. Se deja constancia del acto, mediante las firmas del Jurado de Sustentación y Asesor del Trabajo Académico en la presente acta.

Dr. Esp. Elmo Sigifredo Palacios Alva
Presidente

Mg. Esp. Delia Olinda Huapaya Paricoto
Miembro

C.D. Esp. Alejandro Alberto Cornejo García
Miembro

Dr. Jose Luis Cornejo Salazar
Miembro Asesor

Nota: La calificación se consigna en letras, números y nivel, de acuerdo con el Reglamento General de Estudios de Posgrado.

El resultado de la calificación de la sustentación de tesis corresponderá a uno de los siguientes niveles

- 20 Aprobado por excelencia
- 18 - 19 Aprobado por destacado
- 16 - 17 Aprobado por logro
- 14 - 15 Aprobado
- 0 - 13 Desaprobado

El promedio de la calificación con fracción de 0.5 o más, se redondea al entero inmediato superior.

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE
SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, José Luis Cornejo Salazar en mi condición de asesor acreditado con el Dictamen de la UPG N°000129-2026 del trabajo académico, cuyo título es "TRATAMIENTO DE QUISTE MAXILAR GRANDE CON DESCOMPRESION. SEGUIMIENTO REPORTE DE CASO CLÍNICO" presentado por la CD. Silvia Karin Malpica Pimentel para optar el título de Segunda Especialidad Profesional en Cirugía Bucal y Maxilofacial.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de 15 % de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título de Segunda Especialidad Profesional en Cirugía Bucal y Maxilofacial.

Lima, 15 de agosto de 2026

Firma del Asesor:

DNI: 07349888

Nombres y Apellidos del asesor: José Luis Cornejo Salazar

* Según corresponda: bachiller, magíster, doctor; título profesional o título de segunda especialidad

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la

fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. José Cornejo por enseñarme a cuestionar y profundizar en cada paso de este Trabajo Académico, contribuyendo significativamente a mi formación profesional.

DEDICATORIA

A Dios y a toda mi familia por estar siempre presente en cada paso de este trayecto".

1. TITULO:

TRATAMIENTO DE QUISTE MAXILAR GRANDE CON DESCOMPRESIÓN. SEGUIMIENTO Y REPORTE DE CASO CLÍNICO

2. PALABRAS CLAVE:

Quiste Maxilar

Quiste Maxilar Grande

Descompresión

3. RESUMEN:

Introducción: En la actualidad los tratamiento mínimamente invasivos reportados, determinan ser efectivos ante los invasivos de quistes maxilares odontogénicos de gran tamaño mediante la técnica de descompresión. Estos quistes odontogénicos grandes (CIE 10- M27.40) de crecimiento lento, que tienen revestimiento epitelial del ápice de un diente, a causa de un daño bacteriano, físico o químico; resultando así, la muerte pulpar que continua hacia la estimulación de los restos epiteliales de Malassez. El objetivo de este trabajo es presentar un tratamiento conservador mediante el uso de un tutor para descomprimir el quiste odontogénico inflamatorio para la remisión exitosa de lesión quística.

Se reporta un caso clínico de un paciente de 50 años que presentó un aumento de volumen en hemicara derecha con dolor agudo en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI). El estudio anatomopatológico e imagenológico confirmaron el diagnóstico de quiste odontogénico inflamatorio. Como plan de tratamiento de decide realizar la descompresión quística y la colocación de un tutor descompresivo realizado para posteriormente la enucleación de la membrana quística que se llevó la nuestra a estudio anatomo patológico. Se le realizó controles y lavado, también, se le instruyó al paciente y a su familia sobre la buena higiene domiciliaria. Esta lesión fue reduciéndose de tamaño progresivamente, evitando el daño de las estructuras adyacentes. Se le realiza un seguimiento de tres años con buenos resultados.

CONCLUSIÓN: El tratamiento conservador de los quistes odontogénicos grandes posee buen resultado con una mínima intervención. Esta patología principalmente es asintomático por lo que no son detectados tempranamente en la mayoría de veces, ocasionando un crecimiento lento y progresivo de esta lesión durante un largo periodo de tiempo sin ser detectados. Para que el tratamiento de descompresión, sea exitoso, se requiere el mantenimiento de una abertura quirúrgica entre la cavidad de la lesión y el ambiente bucal.

4. INTRODUCCIÓN

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), codifica alfanuméricamente las lesiones registrando uniformemente de manera estandarizada a nivel mundial. Los quistes grandes de origen odontogénico también están clasificados en CIE 10 M27.40. Son tratados mínimamente invasivos mediante la técnica de descompresión exitosamente.

Los huesos maxilares son los únicos en el esqueleto humano que guardan íntima relación con los dientes y las estructuras maxilofaciales. Ante las anomalías del proceso de desarrollo dentario, o por inflamaciones, se pueden originar lesiones quísticas, teniendo una alta incidencia en el área maxilofacial. El crecimiento de las lesiones quísticas puede originar daños en las estructuras óseas pueden presentar asimetría facial cuando se ubican en el maxilar superior que pueden involucrar el seno maxilar.

Actualmente existe controversia en la definición exacta de “quiste”. Una definición más aceptada por parte de los patólogos orales es: “una cavidad patológica compuesta de tejido conectivo y pared interna compuesta por un epitelio o, no pueden presentarlo. La cavidad tiene un contenido fluido o semifluido o gas. Los quistes aumentan de tamaño gradualmente de tamaño debido a una combinación de presión osmótica y libera los factores de crecimiento y prostaglandinas. (1)

A partir de los restos de Malassez, el quiste tiene su origen ante una respuesta inflamatoria que van creciendo progresivamente de tamaño por el desencadenamiento de una infección bacteriana o en respuesta directa al necrótico tejido pulpar. Son pequeños islotes y franjas en tiras de epitelio odontógeno ubicadas en el ligamento periodontal con más abundancia en la región apical. Representan restos de la vaina radicular de Hertwig, una estructura epitelial embrionaria que rodea a la raíz en desarrollo (2, 3, 4).

Al obtener los nutrientes a partir del tejido conjuntivo contiguo, las células epiteliales, tiene un crecimiento progresivo de islote epitelial aleja de los nutrientes a las células más internas de dicho islote, que presentarán

necrosis isquémica por licuefacción, dando lugar a una cavidad central (luz) rodeada por epitelio viable. Por gradiente osmótica a través del revestimiento epitelial (membrana) que separa los líquidos del tejido conjuntivo del contenido necrótico del quiste recién formado, dando lugar a un aumento progresivo del volumen de líquido dentro de la luz, provocando la reabsorción ósea mientras la entidad se expande por la presión hidráulica originada. Por lo tanto, para mitigar la presión, se realiza una ventana pequeña en el quiste y manteniéndola abierta para garantizar un drenaje permanente, evitando así su crecimiento. (5,6,7,8,9).

El principio físico fue aplicado por el profesor polaco Partsch, introduciendo en 1892 el concepto de cistotomía o Partsch I, también llamada marsupialización, que consiste en la conversión de un quiste en una bolsa suturada su revestimiento a la mucosa de la cavidad oral. (9)

Thomas describió la descompresión en 1947 manteniendo así la vitalidad pulpar, preservación de tejidos y nervios adyacente, la preservación de la fractura mandibular y el bajo riesgo de recurrencia. (10)

El término de descompresión es aquel tratamiento que permita eliminar la presión dentro de una lesión, para establecer una comunicación entre la luz del quiste y la cavidad oral. Mientras que la marsupialización es una forma de descompresión que se crea de una abertura autosustentable, para la completa resolución de lesión quística. Este tratamiento requiere un seguimiento y compromiso por parte del paciente. (11,12,13)

Clínicamente son asintomáticos no produciendo expansión ósea, así tampoco genera cambios en los tejidos blandos; aunque pueden presentar fistulización; aumento de volumen y dolor. A menudo el paciente tiene antecedentes de dolor seguido de alivio en el diente. Habitualmente no producen una gran deformación en el maxilar afectado (5, 6, 14, 15,16, 17).

Entre los tratamientos propuestos para los quistes maxilares se han reportado enucleación, marsupialización, resección en bloque, siendo esta última como opción como tratamiento en tumores agresivos. La descompresión es considerado un tratamiento conservador como

tratamiento de los quistes inflamatorios grandes, creando una ventana quirúrgica en la pared del quiste, evacuando así su contenido colocando un tutor para su continuo lavado quirúrgico. El revestimiento restante del quiste se deja in situ, que va disminuyendo la presión intraquística y favorece a su reducción y llenado óseo. Los beneficios incluyen la disminución gradual de la cavidad quística, preservación de tejidos bucales, mantenimiento de la vitalidad pulpar y la prevención de extracciones dentales. (17, 18).

Por ser un quiste de tamaño considerablemente grande, se decidió realizar la descompresión con ventana quirúrgica y escisión del epitelio quístico subyacente, con posterior exodoncia del diente retenido que dio como resultado la neoformación de hueso, engrosamiento de la pared del quiste y la conservación del hueso y las estructuras anatómicas continuas; con un control postoperatorio a los 6 meses y a los 3 años, logrando así, resultados excelentes quedando asintomático a sintomático y sin compromiso estético ni emocional del paciente.

Se debe considerar que el tratamiento empleado deberá depender de las características de cada paciente y del propio quiste, entre ellos están los hallazgos histopatológicos del mismo, su extensión, la localización y las infecciones asociadas a la lesión.

Así mismo es importante destacar la importancia del diagnóstico temprano por el Cirujano Dentista y el oportuno tratamiento. Por lo que en este caso se han propuesto diferentes tratamientos tanto quirúrgicos y no quirúrgicos que ayudaron a controlar la patología.

5. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

5a. Información demográfica

Paciente masculino de 50 años, de raza mestiza, con ocupación de seguridad particular, católico y procedente de Lima.

5b. Principales síntomas del Paciente

Paciente refiere: “se me ha hinchado la boca desde hace 1 mes aproximadamente”

Principales signos y síntomas

- Aumento de volumen hemiarcada derecha
- Dolor leve a moderado

Relato de la enfermedad

Paciente acude a la consulta de la Unidad de Cirugía Bucal y Máxilofacial (CBMF), derivado del Policlínico Pizarro por presentar aumento de volumen en el maxilar lado derecho con discreto signo de flogosis en la región geniana del lado derecho y ala de la nariz del mismo lado con una evolución de aparición insidiosa y de curso progresivo. Relata una cronología de la siguiente manera. Hace 2 años paciente notó un aumento de volumen que no le causaba ninguna molestia continuando con su vida y actividades cotidianas. 5 días antes de la primera consulta, observó un mayor aumento de volumen en hemiarcada derecha, causándole dolor, por lo que es derivado al Hospital Guillermo Almenara Irigoyen (HNGI) para recibir un tratamiento especializado.

5c. Historial médico, familiar y psicosocial (Antecedentes)

Antecedentes Personales: Niega.

Antecedentes Familiares: Aparentemente sanos.

5d. Enfermedades concomitantes pertinentes, intervenciones anteriores y sus resultados

Patológico:

- Hospitalizaciones: No refiere
- Quirúrgicos: No refiere
- Hábitos nocivos: No refiere

RAMs: No refiere

6. HALLAZGOS CLÍNICOS

Examen clínico general

AREG, AREN, AREH, LOTEP.

Funciones vitales conservadas.

PIEL Y FANERAS :Tibia, elástica, hidratada, cabello y uñas bien implantadas, no palidez, llenado capilar <2´´.

CABEZA: Dolicocéfalo, Dolicofacial.

CUELLO: Corto, móvil, no adenopatías.

TORAX Y PULMONES: Amplexación simétrica, no lesiones, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

ABDOMEN: Blando depresible, ruidos hidroaéreos positivo, no visceromegalia, no doloroso a la palpación superficial y profunda.

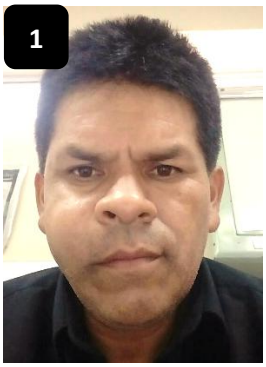
NEUROLÓGICO: No signos meníngeos, GLASGOW (15/15) ocular:4, verbal:5, motor:6.

Examen clínico estomatológico

- **Examen extraoral**

Se evidencia una asimetría facial de lado derecho con aumento de volumen en la región geniana lado derecho, maseterina comprometiendo borramiento de la línea naso labial derecha así como también el ala de la nariz derecho y desviación de labios hacia el lado izquierdo de masa con 5x3x2 cm de diámetro, sin visualización de trayecto fistuloso y de

temperatura levemente aumentada. ATM conservado y sin adenopatías sin palpación de ganglios y tumoración. A la exploración bidigital se evidencia masa firme única y discretamente dolorosa sin visualización de trayecto fistuloso y de temperatura levemente aumentada.



- *(Fig. 1) Examen clínico extraoral del maxilar superior derecho que presenta tumoración única sin alteración de color y estructura la piel. A La palpación de la tumoración presenta leve dolor masa de tumoración fija no desplazable sin afectar la abertura bucal y su alimentación.*

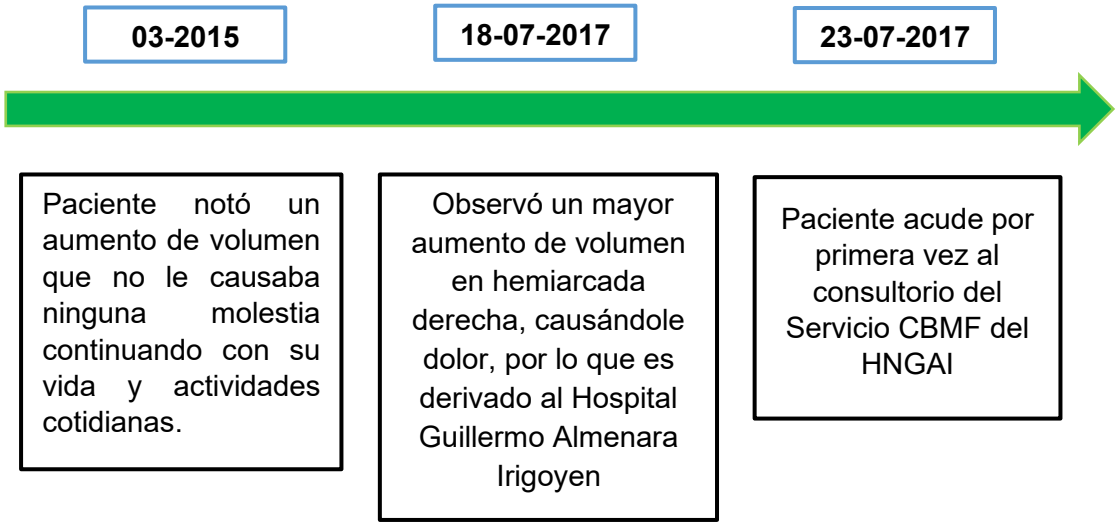
Boca en regular estado de higiene y conservación que se observa expansión de la cortical ósea vestibular del maxilar, cubierta con mucosa brillante y eritematosa; a la palpación de la tumoración, con dolor leve, se percibe fluctuación y falta de continuidad en el fondo de surco vestibular a nivel de los premolares, tumoración de no circunscrita de 5x4x2 cm aproximadamente, extendiéndose desde incisivo central derecho hasta la primera molar derecha. área de consistencia ligeramente depresible a la palpación, ausencia de fondo de surco de lado derecho.(Fig.1) Ausencia de las piezas 1.3 1.6 2.5 3.6 4.5 4.6. Movilidad de la pieza dentaria 1.2 de grado II.





- *(Fig. 2 Y 3) Examen clínico intraoral, se observa tumoración presente en maxilar superior derecho. Vista lateral que muestra la tumoración a nivel de premolares y molares. Vista oclusal que muestra aumento en el reborde alveolar lado derecho sin alteración en el color de la mucosa*

7. LÍNEA DE TIEMPO



8. DIAGNOSTICO EVALUACIÓN

8a. Métodos de Diagnóstico

- **Radiografía panorámica (23/07/2018)**

En el maxilar superior lado derecho, presencia de imagen radiolúcida de lesión que se expande al sector anterior, con aparente comunicación en zona edéntula posterior hacia tejido blando, produciendo también la reabsorción radicular patológica de piezas dentarias próximas a la lesión.

Descartar Tumor Odontogénico (Ameloblastoma) vs Queratoquiste.

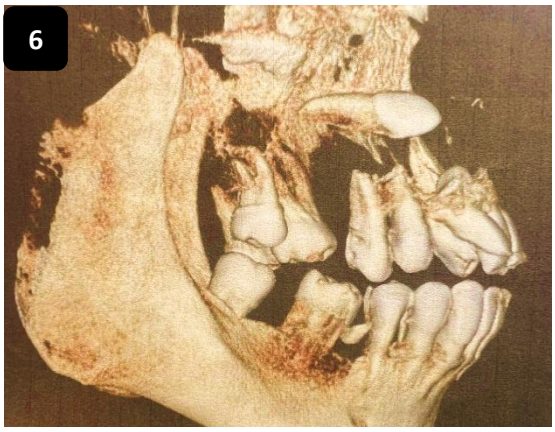


- *(Fig. 7) Presencia de imagen radiolúcida localizada en maxilar superior lado derecho y sector anterior, presenta límites definidos y bordes corticalizados y se extiende desde el reborde alveolar hasta el piso de seno maxilar, se observa asociación a pieza 1.3 impactada en posición horizontal y "mesiodens" y aparentemente comunicación a tejido blando a la altura de zona edéntula posterior, produce también reabsorción radicular patológica de piezas dentarias próximas a la lesión.*

- **CONE BEAM (25/07/2018)**

Signos radiográficos compatibles de lesión benigna, se sugiere evaluación clínica y estudio anatomopatológico a descartar:
-Queratoquiste odontogénico vs Ameloblastoma Uniquístico
Remanente radicular de piezas 2.5 y 4.6
Reabsorción alveolar moderada generalizada.





- *(Fig. 5 - 6) Imagen hipodensa ubicada en maxilar superior, que se extiende desde proceso alveolar de pieza 1.6 hasta pieza 2.3 y de la cima de reborde alveolar hasta la pared basal del seno maxilar del lado derecho, piso de fosa nasal derecho e izquierdo; que expande tablas vestibular y palatina; provocando desplazamiento de pieza 1.3 en sentido cefálico sentido caudal*

- **Anatomía patológica**

Informe de biopsia incisional de tumoración en maxilar derecho, inicialmente con diagnóstico presuntivo de queratoquiste.
Diagnóstico anatomo-patológico: Quiste odontogénico Inflamatorio

Sonia Sacsaquispe Contreras
MEDICINA Y PATOLOGIA ORAL

EXAMEN ANATOMOPATOLOGICO

Nº Biopsia: SS-18-115

NOMBRE: CARLOS DÍAZ PANTOJA
EDAD: 50 años
SEXO: Masculino
ESPECIMEN: Biopsia por incisión de lesión en maxilar superior lado derecho
REFERENCIA: Dr. Jose Luis Cornejo Salazar

EXAMEN MACROSCOPICO:

Fijado en formol se recibe un fragmento de tejido de forma irregular, superficie lisa, consistencia blanda, de color blanquecino parduzco, que mide: 0.8 x 0.6 x 0.5 cm. Se incluye todo el espécimen en dos cortes

EXAMEN MICROSCOPICO:

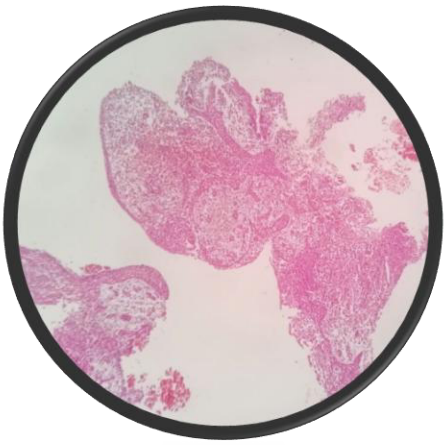
Las secciones estudiadas muestran membrana quística constituida por epitelio poliestratificado plano delgado, con hiperplasia de clavos epiteliales, y un tejido conectivo con denso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario a predominio de linfocitos. En una zona se aprecia desprendimiento de parte del epitelio.

DIAGNÓSTICO:

QUISTE ODONTOGÉNICO INFLAMATORIO

DRA. SONIA SACSAQUISPE CONTRERAS
Patóloga Oral
R.N.E. 004

Fecha: 05/08/18



MEMBRANA QUÍSTICA CONSTITUIDA POR EPITELIO POLIESTRATIFICADO PLANO DELGADO CON HIPERPLASIA DE CLAVOS EPITELIALES Y UN TEJIDO CONECTIVO CON DENSO INFILTRADO LINFOPLASMOCITARIO A PREDOMINIO DE LINFOCITOS. EN UNA ZONA SE APRECIA DESPRENDIMIENTO DE PARTE DEL EPITELIO.

DIAGNOSTICO: QUISTE ODONTOGÉNICO INFLAMATORIO

EXÁMENES DE LABORATORIO

En los exámenes de laboratorio del paciente no posee una alteración en el hemograma, glucosa, urea, creatinina y enfermedades de transmisión sexual. En las interconsultas por las especialidades de cardiología y anestesiología, el paciente no presenta riesgo, con el cual nos permite programar a sala de operaciones.

Hemograma	
Hematíes	4, 66.
Hemoglobina	13.5 gr/dL
Hematocrito	42.50 %
Plaquetas	377 mm 3
Leucocitos	7.44 mm 3

TP	11.4 seg.
TTP	33.5
INR	1.1

RN	**I**
RQ	**I**

Grupo y Factor O(+)

Glucosa	80 mg/dL
Urea	16
Creatinina	0.93

VIH1 – VIH2	No reactivo
VDRL	No reactivo
HBsAg / HCV	Negativo

INTERCONSULTAS POR ESPECIALIDAD

CARDIOLOGÍA	**RQ**	**II**
ANESTESIOLOGÍA	**ASA**	**I**

8b. Problemas para el Diagnóstico

- Inicialmente se consideró un Queratoquiste así lo también los manifestaron estudios de Cone Beam y Radiografía Panorámica inicial**.** Al realizar la biopsia incisional en maxilar superior derecho aparentaba un líquido amarillento que aparentaba queratina.
- Al obtener el diagnóstico de la biopsia de Quiste odontogénico inflamatorio, cambió nuestro plan de tratamiento planificando abordaje y tratamiento en dos fases.
-

8c. Diagnósticos

- Presuntivo: previo a la biopsia y por el estudio de imágenes radiográfica y Cone Beam se concluyó:
- Queratoquiste.
- Quiste Dentígero.
- Ameloblastoma Uniquístico.
- Definitivo: posterior a biopsia y procedimiento quirúrgico planteado, se concluye:

Quiste Odontogénico Inflamatorio

8d. Características de pronóstico

- El pronóstico es favorable para el paciente, por ser un paciente adulto sin comorbilidad ni antecedentes patológicos de importancia y teniendo los resultados de laboratorio en rangos normales, exámenes de gabinete nos permitieron el plan de trabajo quirúrgico proyectarnos y planificar la cirugía.

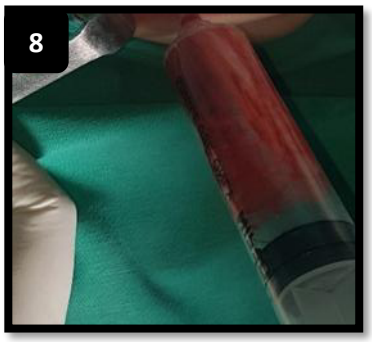
9. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

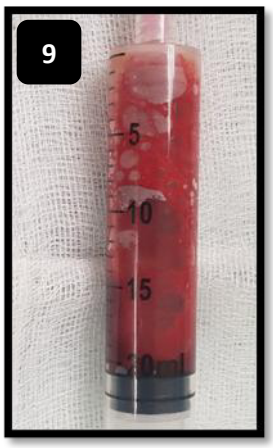
9a. Intervención Quirúrgica (Acto Quirúrgico)

Se planificó una toma de fluido del quiste con una descompresión mediante un tutor elaborado mediante una jeringa de tuberculina, por el amplio compromiso óseo en maxilar superior hasta la enucleación de membrana quística.

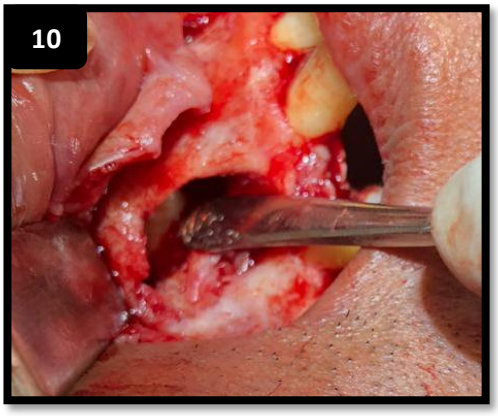
FASE I

En la de primera fase de tratamiento, se realizó la aspiración de fluido quístico seguida de una biopsia incisional para ayuda diagnóstica de la lesión.





- *(Fig. 8- 9) Se realiza la aspiración como una ayuda diagnóstica provisional, logrando la obtención del líquido tratándose de una formación quística. Se realizó con una jeringa de 20ml y aguja G21.*





- *(Fig.10-11) Toma de biopsia incisional de la membrana quística.*

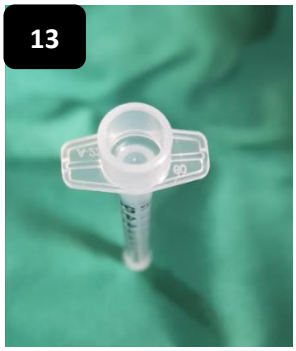
Luego de realizar la biopsia incisional, se prepara una jeringa de 0.5 mL para su adaptación como tutor descompresivo que irá entre la cavidad patológica y la mucosa oral adyacente para su fijación.

Este tutor se confeccionó tomando la lengüeta de una jeringa se modificó retirando el embolo y aguja de la jeringa a utilizar. Se procede a cortar fresa de alta revolución y se elimina las asperezas de éste. La longitud ideal del tutor descompresivo para nuestro paciente, se determina mediante un examen radiográfico de la extensión de la lesión. En las lengüetas de apoyo se perforan en cada lado un hojal para poder sujetarlo con suturas.

12

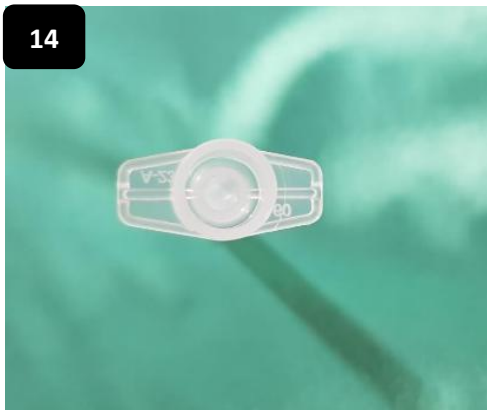


13



- *(Fig. 12 – 13) Jeringa de 5ml que será adaptado para tutor descompresivo.*

14

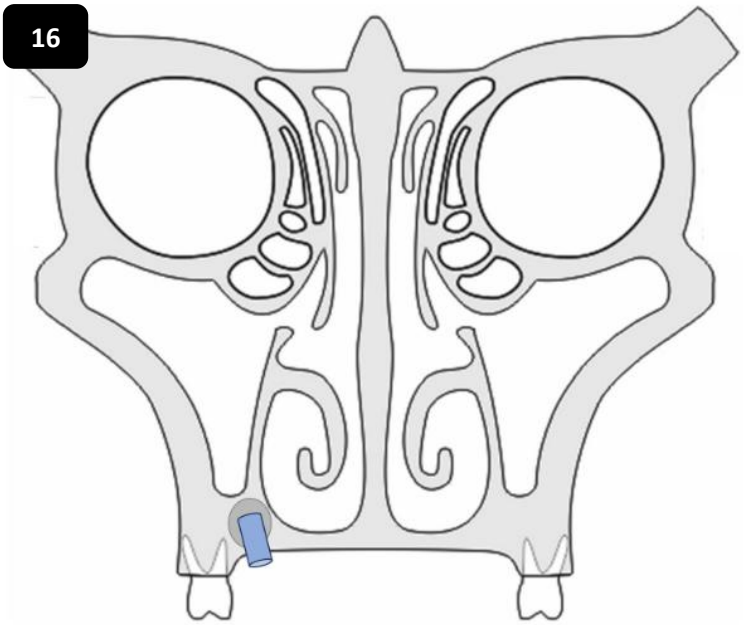


15



- *(Fig. 14 – 15) Se procede a cortar la jeringa de 5ml con una pieza de alta, obteniendo las lenguetas y parte superior de la jeringa.*

16



- *(Fig. 16) Imagen de simulación de colocación del tutor descompresión en quiste de nuestro paciente mediante la adaptación de una jeringa de 5ml.*

Los dispositivos intraorales como modalidades de tratamientos requiere de métodos de fijación, fueron descritas por la literatura media el drenaje y la descompresión quística con uso de catéter en la ventana quirúrgica del quiste, se desprendían con el tiempo; se modificó usando un alambre ortodóncico y anexarlo al diente adyacente, fijación del tutor con minitornillos y resina termoplástica, cánulas rígidas, tubo de látex tipo Penrose, jeringas de sistema luer lock, resina termoplástica, tubo de acero inoxidable, tubos intravenosos de polietileno, vías respiratorias nasofaríngeas, entre otros.

Una vez obtenido el producto, se procede a instalar el tutor descompresivo insertándolo 1 cm aproximadamente en la cavidad patológica. Luego se pasa con hilo de sutura entre los hojales de las lengüetas de la jeringa con la mucosa oral, teniendo cuidado de no romper la mucosa. También se debe de tener cuidado que el dispositivo no interfiera con la oclusión o sea obstruido por los alimentos y su fácil higiene bucal.

Se debe de asegurar que el tutor descompresivo esté asegurado de manera que sea fácilmente accesible para el paciente en su uso diario, irrigaciones o que la sutura no obstruya la luz del dispositivo.

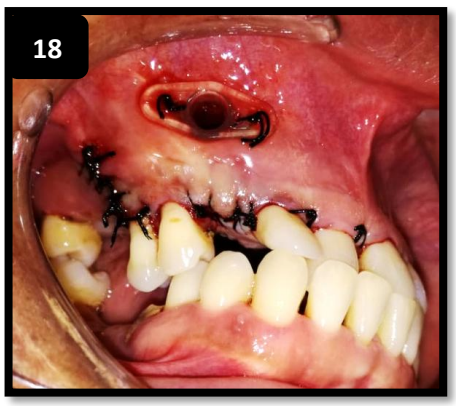


- *(Fig. 17) El tutor descompresivo se inserta en la cavidad patológica, suturándolo por ambas lenguetas de la jeringa adaptada.*

El pequeño diámetro de la jeringa suturada, es una buena alternativa que clínicamente no es perceptible incluso siendo ubicada en el sector anterior del maxilar.

Un de los problemas más comunes que se pudo encontrar fueron fijarlo con mucha energía, el aflojamiento de las suturas logrando su inestabilidad del tutor, irritación de la mucosa oral, la salida del dispositivo y crecimiento del tejido obstruyendo la luz de la cavidad patológica.

A medida que la cavidad ósea disminuye de tamaño, el tutor descompresivo requiere de ajuste de longitud y ser nuevamente suturado.



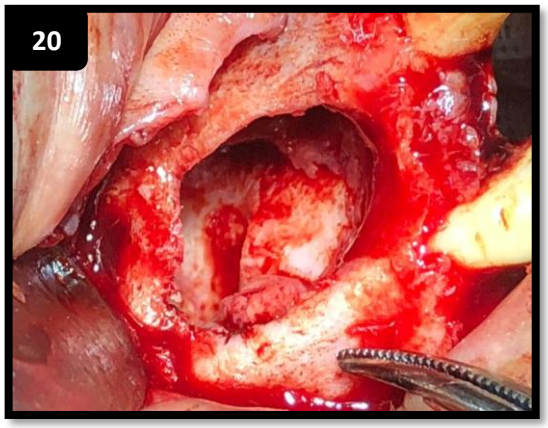


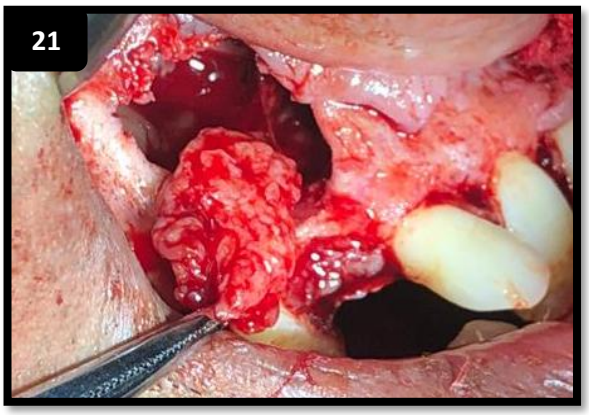
- *(Fig. 18 -19) Instalación del tutor descompresivo en el paciente y sutura de la herida quirúrgica.*

Las maniobras de drenaje y descompresión redujeron la presión intraquística generando alivio y desaparición de la sintomatología donde oportunidad de reparación de cavidad ósea inicialmente formada de la biopsia incisional se realizó al inicio de la descompresión para estudio anatomo patológico.

FASE II

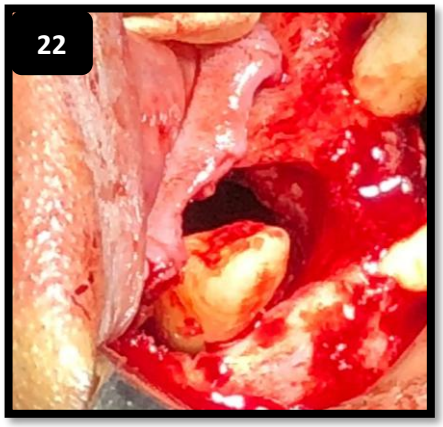
Cuando el quiste se redujo lo suficiente como para evitar las estructuras adyacentes, se procede a realizar la enucleación quirúrgica de la lesión.

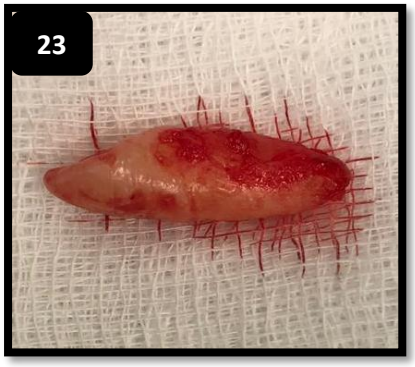




- *(Fig. 20 – 21) En un segundo tiempo operatorio, se realizó la enucleación de la membrana quística.*

La lesión enucleada nos confirmó el diagnóstico inicial mediante el estudio histopatológico.





- *(Fig. 22 – 23) Luego de la enucleación quística, se realizó la exodoncia del diente retenido pza 13.*



- *(Fig. 24) Se procedió la toma de biopsia y cierre de la herida quirúrgica.*

REPORTE OPERATORIO

PACIENTE: Diaz Pantoja Carlos EDAD: 52 años. SEXO: Masculino

FECHA: 05/08/2018 SERVICIO: Odontología CBMF

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO: Lesión en maxilar derecho

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO: Lesión en maxilar derecho

CIRUGÍA PROPUESTA: Descompresión quística y colocación de tutor descompresivo

CIRUGÍA REALIZADA: Descompresión quística y colocación de tutor descompresivo

CIRUJANO: Dr. Cornejo 1° AYUDANTE: R1 Malpica

2° AYUDANTE: R4 Zela

ANESTESIA: General balanceada

ANESTESIÓLOGO: Dr. Tejada

ENFERMERA INSTRUMENTISTA: Lic. Flores

MUESTRA O PIEZA QUIRÚRGICA: Si.

Hallazgos:

1. Lesión quística en maxilar derecho superior de 5x3x2 cm.
2. Dentro de la lesión quística se encontró un diente retenido (pza 13)
3. Se procedió a realizar la descompresión y colocación de tutor intraoperatorio.
4. Se llevó muestra quirúrgica al Servicio de Anatomía Patológica para estudio y diagnóstico definitivo.

Procedimiento:

1. AA+CCE.
2. Colocación de taponamiento faríngeo.
3. Infiltración con anestesia lidocaína + epinefrina 2%.
4. Incisión sulcular desde incisivo central derecho superior hasta primer premolar derecho superior.
5. Decolado roma mucoperióstica hasta liberación del colgajo
6. Exposición quística.
7. Disección fina de la cápsula quística parcialmente.
8. Biopsia intraoperatoria de lesión quística.
9. Colocación de tutor descompresivo.
10. Sutura del tutor descompresivo
11. Control de hemostasia
12. Sutura discontinua desde incisivo central derecho hasta primer premolar derecho superior con nylon 3/0.
13. Retiro de taponamiento orofaríngeo.
14. Colocación de apósito compresivo.

Condición de paciente posterior al Acto Quirúrgico

Estable, extubado espontáneo y recepcionado en U.R.P.A.

Es dado de alta por anestesiología, de recuperación se deriba a piso de hospitalización.

9b. Administración de la Intervención

TERAPÉUTICA POSOPERATORIO INMEDIATO

INDICACIONES	POSOLOGÍA
Clindamicina 600 mg Tb	c/8 hr VO
Diclofenaco 75 mg Amp.	c/ 12 hrs. IM
Dexametasona 1mg. Amp.	c/12 hr. IM

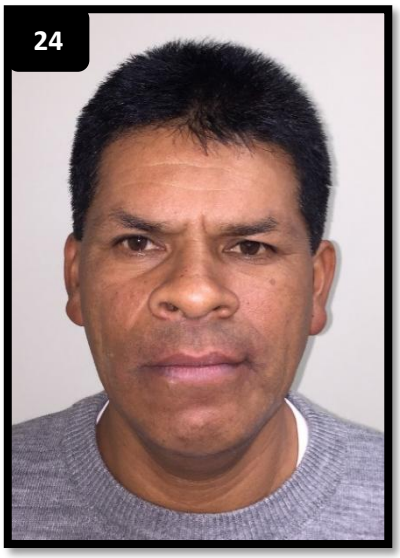
10. SEGUIMIENTOS Y RESULTADOS



- *(fig. 22) Fotografía preoperatoria.*



- *(Fig. 23) Fotografía postoperatoria 06 meses.*



- *(Fig. 24) Fotografía postoperatoria 03 años.*

Secuencia de fotografías extraorales e intraorales desde el día que el paciente ingresó a nuestro servicio de CBMF hasta el postratamiento de 06 meses y 03 años.

FOTOGRAFÍA PREOPERATORIA



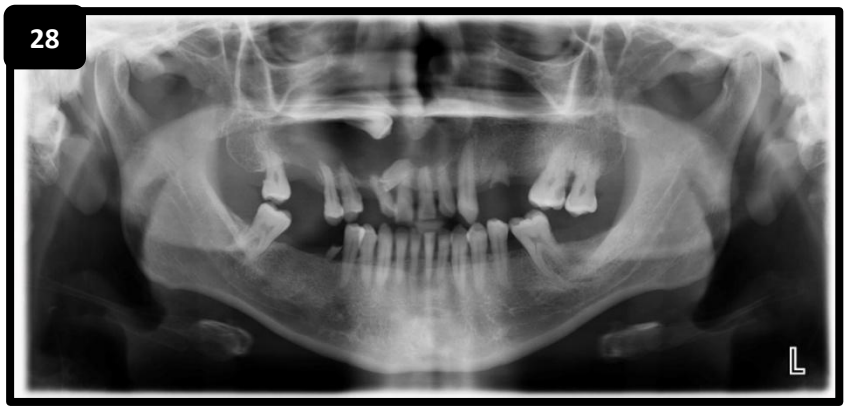




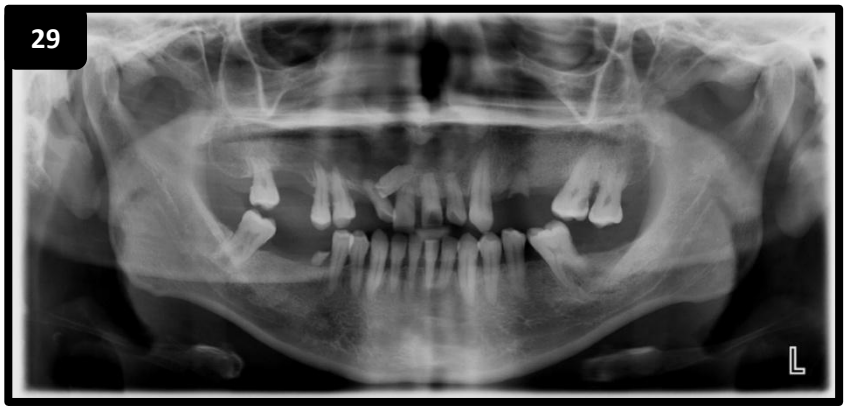
- *(fig. 25 – 26 - 27) Fotografía intraoral postoperatoria.*

IMAGEN RADIOGRÁFICA PREOPERATORIA Y POSTOPERATORIA

Al primer mes se observó un aumento de la radiopacidad de la lesión. A los seis meses, hubo una disminución de la lesión y una zona residual radiolúcida de aproximadamente 50% *(fig. 28)* menor al tamaño original de la lesión, realizándose la biopsia excisional de la lesión con osteotomía periférica controlada.



- *(Fig. 28) Radiografía preoperatoria (05-08-2018)*



- *(Fig. 29) Radiografía postoperatoria (06-03-2019)*

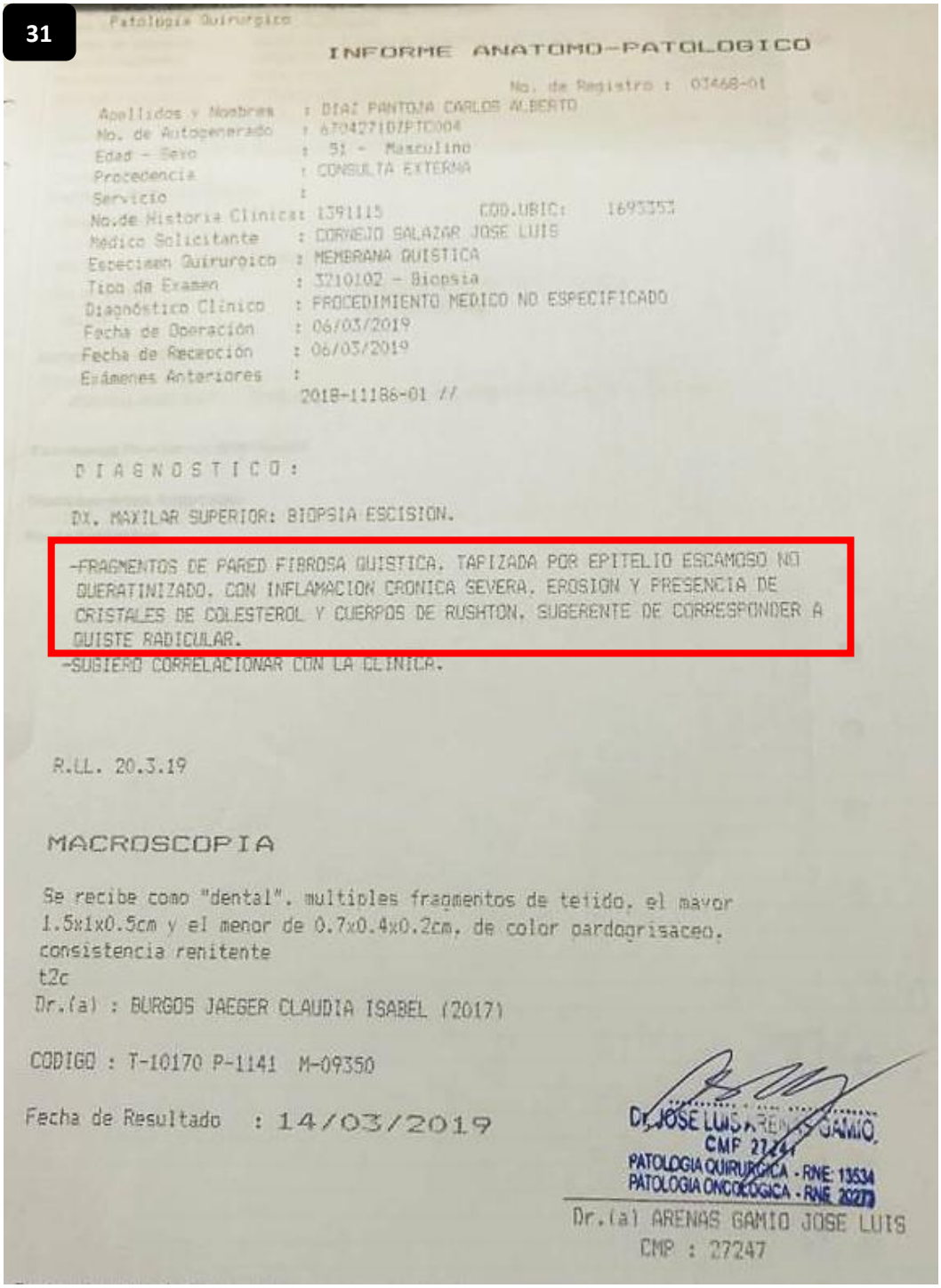


- *(Fig. 30) Radiografía preoperatoria (06-03-2022).*

Informe Anatomo – Patológico

Se recibe informe de Anatomía Patológica de pieza quirúrgica que incluía membrana quística concluyente con Quiste Radicular *(fig. 31).*

31



Patología Quirúrgica

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO

No. de Registro : 01468-01

Apellidos y Nombres : DIAZ PANTOJA CARLOS ALBERTO
No. de Autogenerado : 67042710ZPTC004
Edad - Sexo : 51 - Masculino
Procedencia : CONSULTA EXTERNA
Servicio :
No.de Historia Clinica: 1391115 COD.UBIC: 1693353
Medico Solicitante : CORNEJO SALAZAR JOSE LUIS
Especimen Quirurgico : MEMBRANA QUISTICA
Tipo de Examen : 3210102 - Biopsia
Diagnóstico Clinico : PROCEDIMIENTO MEDICO NO ESPECIFICADO
Fecha de Operación : 06/03/2019
Fecha de Recepción : 06/03/2019
Exámenes Anteriores :
2018-11186-01 //

D I A G N O S T I C O :

DX. MAXILAR SUPERIOR: BIOPSIA ESCISION.

-FRAGMENTOS DE PARED FIBROSA QUISTICA. TAPIZADA POR EPITELIO ESCAMOSO NO QUERATINIZADO. CON INFLAMACION CRONICA SEVERA. EROSION Y PRESENCIA DE CRISTALES DE COLESTEROL Y CUERPOS DE RUSHTON. SUGERENTE DE CORRESPONDER A QUISTE RADICULAR.
-SUGIERO CORRELACIONAR CON LA CLINICA.

R.LL. 20.3.19

MACROSCOPIA

Se recibe como "dental". multiples fragmentos de teiido. el mayor 1.5x1x0.5cm y el menor de 0.7x0.4x0.2cm. de color pardogrisaceo. consistencia renitente
t2c
Dr.(a) : BURGOS JAEGER CLAUDIA ISABEL (2017)

CODIGO : T-10170 P-1141 M-09350

Fecha de Resultado : 14/03/2019

DR. JOSE LUIS ARENAS GAMIO
CMP 27247
PATOLOGIA QUIRURGICA - RNE: 13534
PATOLOGIA ONCOLOGICA - RNE: 20277

Dr.(a) ARENAS GAMIO JOSE LUIS
CMP : 27247

11. DISCUSIÓN

11a. Fortalezas y limitaciones en el manejo del caso clínico

Para comprender el comportamiento y la historia natural de la patología presentado en este caso clínico, es necesario una revisión de literatura actualizada.

Esta patología se caracteriza por su mayor prevalencia en mujeres y en edad adulta, aunque existen estudio que no existe preferencia en cuanto a la edad y sexo.

Otros autores también reportan que entidad patológica es más frecuente en el sexo masculino, afectando la región anterior del maxilar, que coincide descrito en el caso clínico y además el paciente presentaba un diente retenido (pieza 1.3) impactada en posición horizontal, produciendo reabsorción radicular patológica de las piezas dentarias próximas a la lesión, que pocos autores que documentaron con las características descritas y seguimiento del paciente.

11b. Discusión de la literatura

(Zheng, X., et al 2025) Evaluaron el efecto de la descompresión en las lesiones quísticas mandibulares mediante análisis volumétrico tridimensional. En el resultado del estudio, la descompresión tuvo una reducción eficaz del volumen de la lesión quística, siendo el tamaño preoperatorio proporcionando una evaluación detallada y fiable de la eficacia del tratamiento, lo que facilita la monitorización clínica y la toma de decisiones. (31)

(Pei, J., et al 2022) Se evaluó la eficacia de la descompresión en la reducción de quistes grandes asociados a los dientes primarios en 23 niños mediante descompresión clínicamente y radiografías previas y posteriores a la descompresión. La descompresión se presenta como un tratamiento eficaz y menos invasivo. (32)

(Duarte F. et al 2022) menciona que los quistes inflamatorios se caracterizan por un crecimiento lento, expansivo y de origen benigno, pero pueden alcanzar dimensiones considerables con implicaciones anatómicas relevantes si no se diagnostican a tiempo y con tratamiento oportuno. (33)

(Wongrattanakarn S. et al 2023) Se investigó los posibles factores que podrían afectar la tasa de reducción de quistes odontogénicos tras la descompresión mediante tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) de 41 personas sometidas a descompresión de quistes odontogénicos. Se recopilaron los resultados preoperatorios y postoperatorios mediante imágenes y se realizó un análisis volumétrico para evaluar las diferencias en la tasa de reducción y el porcentaje de reducción de volumen de las lesiones quísticas. El tiempo promedio de descompresión de quistes odontogénicos fue de 316 días. Se observó una correlación positiva fuerte entre el volumen inicial y la tasa de reducción. Es suma importancia saber la tasa de reducción de los quistes odontogénicos es vital para que los cirujanos evalúen la duración de la descompresión antes de la enucleación y determinen un plan de tratamiento definitivo. (34)

(YJ Kwon et al 2020) La efectividad de la descompresión en quistes mandibulares por TAC pre y post operatorio entre 3 y 27 meses en 50 pacientes que fueron sometieron a descompresión quirúrgica de la lesión quística mandibular. La descompresión fue un tratamiento eficaz para reducir el tamaño del quiste en todos los pacientes. Su eficacia aumentó con la duración prolongada del tratamiento, la edad joven del paciente. (35)

(Silva V. 2024) La descompresión, una técnica que facilita su tratamiento quirúrgico en quistes odontogénicos de gran tamaño, tiene como objetivo reducir su tamaño. En la revisión sistemática de los principales tipos de dispositivos utilizados para la descompresión de quistes odontogénicos y analizar las indicaciones, tipos, ventajas y desventajas de los dispositivos

utilizados. Se realizaron búsquedas en PubMed, Science Direct, LILACS, EMBASE y Web of Science hasta febrero de 2023, sin restricción de tiempo.

Si bien no se determinó cuál es el mejor dispositivo para la descompresión de quistes odontogénicos, nuestros hallazgos indican que los más efectivos deben ser lo más cómodos posible y permanecer en su lugar. Deben ser estables en la cavidad oral y fáciles de limpiar para el paciente. (36)

(Alonso A et al 2020) Reportaron un caso de una paciente de 36 años que fue diagnosticada de queratoquiste odontogénico que fue asociado a un proceso inflamatorio crónico. El tratamiento elegido fue una descompresión de la lesión con el uso un tubo tipo Penrose e irrigación con clorhexidina al 2%. Resultados: En el seguimiento se observó una gran reducción de aproximadamente 80% del tamaño original de la lesión. El tratamiento elegido fue conservador con resultado exitoso; sin embargo, para este tipo de pacientes el seguimiento a largo plazo es recomendable. (37)

(*Xiong X. et al 2022*) La descompresión como método conservador para el tratamiento de los quistes mandibulares. Se analizó factores como la edad, el sexo, el tamaño inicial y el tipo de lesión que influyen en el éxito del tratamiento. Sin embargo, el método también presenta algunas desventajas, como la prolongación del tiempo de tratamiento, la necesidad de la cooperación del paciente durante el mismo y las posibles molestias causadas por los dispositivos de drenaje. A pesar de estos problemas, la descompresión es un método prometedor para el tratamiento inicial de los quistes mandibulares y puede combinarse con otros enfoques terapéuticos para obtener resultados óptimos. (38)

(Zhang L. et al 2021) En un estudio de 74 pacientes con quistes maxilar grandes con tratamiento de descompresión fenestracional.

A los pacientes del grupo control se les aplicó un tapón convencional, mientras que a los del grupo modelo se les aplicó el nuevo tapón de drenaje de silicona. En el grupo modelo, el tiempo promedio de uso del nuevo tapón de drenaje fue de aproximadamente 13 meses. En comparación con el grupo control, el tratamiento en el grupo modelo se acortó aproximadamente 5 meses, con un mejor ajuste, menos restos de alimentos y una instalación y extracción más sencillas. (39)

(Kader D. et al 2024) En un estudio retrospectivo en pacientes con diagnóstico histológico de lesión quística odontogénica, que fueron tratados quirúrgicamente con descompresión seguida de cirugía definitiva. Los diagnósticos histopatológicos de las lesiones quísticas odontogénicas se mantienen predominantemente sin cambios después de la descompresión. (40)

(Muret M. et al 2021) La descompresión debe considerarse el tratamiento de primera intención que busca disminuir el volumen de la lesiones grandes, para prevenir fracturas relacionadas con la cirugía y preservar las estructuras anatómicas circundantes importantes. Podría conducir a una regresión completa. De no ser así, la enucleación secundaria puede realizarse en mejores condiciones: menor volumen a extirpar, mayor espesor del epitelio a desprender y menor tasa de recurrencia. Actualmente, la cirugía mínimamente invasiva es la opción predominante. (41)

(Kane M. et al 2025) Estudio fue evaluar la evolución clínica y radiológica de lesiones quísticas maxilomandibulares benignas después de la descompresión, realizado en 33 pacientes con indicación de descompresión. Todos los pacientes se sometieron a un seguimiento clínico y radiográfico a los 3, 6 y 9 meses. La descompresión ha demostrado ser eficaz para reducir significativamente el tamaño y los signos clínicos de las lesiones quísticas maxilomandibulares benignas. Es un enfoque conservador seguro que permite una reosificación gradual y,

de ser necesario, facilita la enucleación secundaria en mejores condiciones anatómicas. (42)

(Zheng et al. 2025) Este estudio tuvo como objetivo evaluar cuantitativamente el efecto terapéutico de la descompresión en lesiones quísticas mandibulares mediante análisis volumétrico tridimensional e investigar los factores que influyen en los patrones de reducción de volumen.

La descompresión reduce eficazmente el volumen de la lesión quística mandibular, siendo el tamaño preoperatorio y la duración de la descompresión factores clave. El análisis volumétrico tridimensional proporciona una evaluación detallada y fiable de la eficacia del tratamiento, lo que mejora la monitorización clínica y la toma de decisiones. (43)

(Chamani A. 2025) Este caso clínico se presenta por varias razones. En primer lugar, demuestra el uso exitoso de un enfoque de tratamiento combinado (descompresión seguida de escisión quirúrgica) para un quiste radicular de gran tamaño, lo que resalta la eficacia de los enfoques menos invasivos en el manejo de casos complejos. En segundo lugar, este caso destaca el uso innovador de diversas herramientas clínicas para facilitar la descompresión, lo que ha dado resultados positivos y demuestra cómo las estrategias innovadoras pueden generar resultados positivos. (44)

(Escobar R. et al 2023) Describir una forma sencilla de asegurar un tubo de polietileno, comúnmente utilizado para descompresión, para minimizar el traumatismo en los tejidos blandos circundantes y maximizar la retención en la ubicación y posición adecuadas en relación con el quiste o tumor. La técnica implica el uso de un alambre de ligadura de acero inoxidable de calibre 28 que asegura el tubo alrededor del diente o dientes inmediatamente adyacentes al sitio de la lesión. De esta manera, los tejidos blandos alrededor del tubo no resultan traumatizados por ningún material de sutura o desplazamiento del tubo porque la posición se

asegura con un alambre y se puede realizar fácilmente una higiene bucal adecuada. (45)

(Moctezuma A et al 2020) Reportaron de un caso de una paciente de 36 años con diagnóstico de queratoquiste odontogénico asociado a un proceso inflamatorio crónico. Para el tratamiento de la lesión se utilizó un tubo tipo Penrose en la descompresión con irrigación con clorhexidina al 2%. Se observó durante el seguimiento una reducción de aproximadamente 80% del tamaño original del quiste. Este tratamiento conservador resultó exitoso; con lo cual se recomienda para este tipo de pacientes el seguimiento a largo plazo. (46)

(Chaouachi W. 2025) Presentó el caso de una paciente de 43 años que presentó un QQO de gran tamaño en el maxilar, diagnosticado mediante aspectos clínicos, radiológicos e histológicos. La lesión se trató con un enfoque en dos pasos, consistente en descompresión seguida de enucleación. La paciente fue monitoreada durante un período de 18 meses, con evaluaciones CBCT realizadas a los 6 y 18 meses, sin mostrar signos de recurrencia. (47)

11c. Conclusiones

Los Quistes Odontogénicos Inflamatorios son frecuentes en los quistes odontogénicos y representa más de la mitad del total de todos los quistes orales. Ellos están presentes en los ápices de las raíces de incisivos laterales en su mayoría de veces, en una pulpa está desvitalizada ya sea por caries o por un traumatismo dental. Tiene como frecuencia de presentarse hasta un 60% en los maxilares y entre la cuarta y quinta década de vida con un amplio rango de edad. Usualmente son asintomáticos no habiendo una expansión ósea, ni alteraciones en los tejidos adyacentes.

En el caso presentado, el paciente presentó un quiste inflamatorio grande y además un diente retenido en el interior de la patología, se han reportado

pocos casos en la literatura actual, siendo un caso en particular que fue tratado sin complicaciones alguna. El tratamiento de los Quistes Odontogénicos Inflamatorios incluye varias opciones entre ellas la eliminación del diente afectado, descompresión quística, la enucleación de la membrana quística y remoción del diente afectado o la marsupialización y resección quirúrgica. Consideramos la descompresión y los lavados quirúrgicos ayudaron a reducir de tamaño de la entidad patológica pudiendo evidenciarse en los seguimientos radiográficos la neoformación ósea. En la literatura reportada, describen la eficacia y eficiencia de ello.

Es indispensable realizar un seguimiento tanto clínico como radiológico para observar el estado del hueso y tejidos adyacentes que fueron afectados.

12. PERSPECTIVA DEL PACIENTE

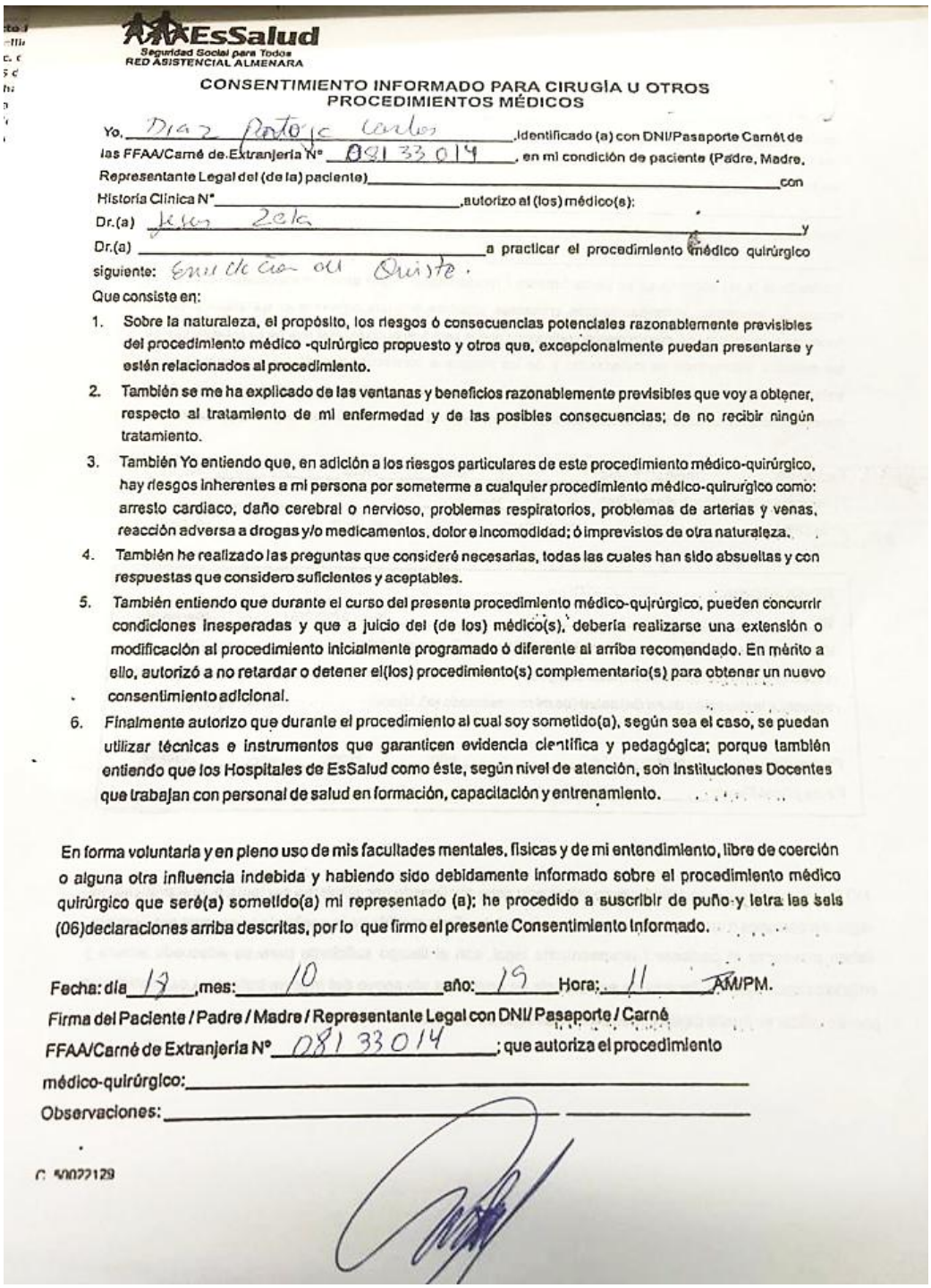
Al llegar el paciente a la Unidad de Cirugía Bucal y Maxilofacial con su esposa a la consulta por primera vez, estaba preocupado por la patología que presentaba; ya que, estéticamente afectaba su trabajo por su contacto cercano con la sociedad y le incomodaba y afectaba su apariencia. Se le evaluó y solicitó los exámenes complementarios para su ingreso a sala de operaciones para realizarle una exploración quirúrgica y biopsia. Con el resultado de Anatomía Patológica, se confirmó del diagnóstico definitivo que nos ayudó a definir la patología y planificar su tratamiento.

Se le informó al paciente y comprendió la entidad patológica que presentaba, aceptó la propuesta del tratamiento a realizarse. Se le dio instrucciones sobre el autocuidado, con el cual se le dieron instrucciones postoperatorias de rutina al paciente y a su familia y también se le indicó que higienizara el dispositivo tres veces al día con solución salina al 0,9% a través de una jeringa de 10 ml, ayudando en la limpieza y el mantenimiento del comunicación entre la cavidad del quiste y la cavidad bucal y prevención del foco de infección; logrando disminución del volumen, eliminando la presión intramural para luego realizar la segunda fase la enucleación de la membrana quística; siendo un tratamiento

sencillo y eficaz. También con la indicación de la continuidad con antibioticoterapia, analgésicos y su asistencia a sus citas control.

13. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO



EsSalud
Seguridad Social para Todos
RED ASISTENCIAL ALMENARA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA U OTROS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

Yo, Diaz Portoc Carlos, identificado (a) con DNI/Pasaporte Carnét de las FFAA/Carné de Extranjería N° 08133014, en mi condición de paciente (Padre, Madre, Representante Legal del (de la) paciente)_____ con Historia Clínica N°_____, autorizo al (los) médico(s):
Dr.(a) Jesus Zela y
Dr.(a) _____ a practicar el procedimiento médico quirúrgico siguiente: Enucleacion del Quiste.
Que consiste en:

1. Sobre la naturaleza, el propósito, los riesgos ó consecuencias potenciales razonablemente previsibles del procedimiento médico -quirúrgico propuesto y otros que, excepcionalmente puedan presentarse y estén relacionados al procedimiento.
2. También se me ha explicado de las ventanas y beneficios razonablemente previsibles que voy a obtener, respecto al tratamiento de mi enfermedad y de las posibles consecuencias; de no recibir ningún tratamiento.
3. También Yo entiendo que, en adición a los riesgos particulares de este procedimiento médico-quirúrgico, hay riesgos inherentes a mi persona por someterme a cualquier procedimiento médico-quirúrgico como: arresto cardiaco, daño cerebral o nervioso, problemas respiratorios, problemas de arterias y venas, reacción adversa a drogas y/o medicamentos, dolor e incomodidad; ó imprevistos de otra naturaleza.
4. También he realizado las preguntas que consideré necesarias, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.
5. También entiendo que durante el curso del presente procedimiento médico-quirúrgico, pueden concurrir condiciones inesperadas y que a juicio del (de los) médico(s), debería realizarse una extensión o modificación al procedimiento inicialmente programado ó diferente al arriba recomendado. En mérito a ello, autorizó a no retardar o detener el(los) procedimiento(s) complementario(s) para obtener un nuevo consentimiento adicional.
6. Finalmente autorizo que durante el procedimiento al cual soy sometido(a), según sea el caso, se puedan utilizar técnicas e instrumentos que garanticen evidencia científica y pedagógica; porque también entiendo que los Hospitales de EsSalud como éste, según nivel de atención, son Instituciones Docentes que trabajan con personal de salud en formación, capacitación y entrenamiento.

En forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales, físicas y de mi entendimiento, libre de coerción o alguna otra influencia indebida y habiendo sido debidamente informado sobre el procedimiento médico quirúrgico que seré(a) sometido(a) mi representado (a); he procedido a suscribir de puño y letra las seis (06)declaraciones arriba descritas, por lo que firmo el presente Consentimiento Informado.

Fecha: día 17, mes: 10 año: 19 Hora: 11 AM/PM.
Firma del Paciente / Padre / Madre / Representante Legal con DNI/ Pasaporte / Carné FFAA/Carné de Extranjería N° 08133014; que autoriza el procedimiento médico-quirúrgico:_____
Observaciones:_____

C 40022129

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nogueira P, Lessa L, Vilela R, Freitas S, Goulart J, Nobrega F. Cyst Descompression as Treatment for Extensive Maxillary Bone Injuries: A Case Report. Journal of Surgical and Clinical Dentistry – JSCD. 18:01, pp12-15 Jul-Sep 2019.
2. Nair P. N. Pathogenesis of apical periodontitis and the causes of endodontic failures. Crit Rev Oral Biol Med. 2004; 15(6): 348–381.
3. Lin L., Huang G. & Rosenberg. Proliferation of Epithelial Cell Rests, Formation of Apical Cysts, and Regression of Apical Cysts after Periapical Wound Healing. J Endod. 2007; 33(8): 908 –916.
4. Neville B., Damm D., Allen C., Bouquot J. Oral & Maxillofacial Pathology. Pensylvania, USA: W.B. Saunders Company. 2009. 1-194.
5. Philip Sapp, J., Eversole, L. R., & Wysocki, G. P. (2004). *Patología oral y maxilofacial contemporánea* (2a. ed.). Amsterdam.
6. Bhaskar, S. (1984). *Patología bucal*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires., Argentina: El Ateneo.
7. Rosenberg P., Frisbie J., Lee J., Lee K., Frommer H., Kottal S., Phelan J., Lin L., Fisch G. Evaluation of Pathologists (Histopathology) and Radiologists (Cone Beam Computed Tomography) Differentiating Radicular Cysts from Granulomas. J Endod. 2010; 36(3).
8. Scalas D., Roana J., Boffano P., Mandras N., Gallesio C., Amasio M., Banche G., Allizond V., Cuffini A. Bacteriological findings in radicular cyst and keratocystic odontogenic tumour fluids from asymptomatic patients. Archives of Oral Biology. 2013; 58: 1578-1583.
9. Partsch C: Uber kiefercysten. Dtsch Mschr Zahnheilkd 10:271, 1892.
10. Thomas EH: Saving involved vital teeth by tube draining. J Oral Surg 5: 1, 1947.
11. Zecha JA, Mendes RA, Lindeboom VB, van der Waal I. Recurrence rate of keratocystic odontogenic tumor after conservative surgical treatment without adjunctive therapies. A 35-year single institution experience. *Oral Oncol*. 2010; 46 (10): 740-742.

12. Ecker J, Horst RT, Koslovsky D. Current role of Carnoy's solution in treating keratocystic odontogenic tumors. *J Oral Maxillofac Surg*. 2016; 74 (2): 278-282.
13. Pogrel M. The keratocystic odontogenic tumor. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics*. 2013; 25 (1): 21-30.
14. Gonzales MI, Quinquer I, Malmierca A. Quiste Periapical:revisi´n bibliográfica últimos 3 años. Madrid:Alarcón;2009.
15. Alcantara BA, Carli ML, Pereira AA, Hanemann JA. Correlation between Inflammatory Infiltrate and Epithelial Lining in 214 Cases of Periapical Cysts. Braz Oral Res.2013;27(6):490-5.
16. Shear M., Speight P. M. Cysts of the oral and maxillofacial regions. Oxford, Inglaterra: Blackwell Munksgaard; 2007.
17. Neville B., Damm D., Allen C., Bouquot J. Oral & Maxillofacial Pathology. Pensylvania, USA: W.B. Saunders Company. 2009. 1-194.
18. Martin L, Speight PM. Odontogenic cysts. Diagnostic Histopathology. 2015;21(9):359369. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.mpdhp.2015.07.005.
19. Tolstunov L: Marsupialization catheter. J Oral Maxillofacial Surg 66: 1077, 2008.
20. Oliveros-López L, Fernández-Olavarría A, Torres-Lagares D, SerreraFigallo MA, Castillo-Oyagüe R, Segura-Egea, JJ, Gutiérrez-Pérez JL. Reduction rate by decompression as a treatment of odontogenic cysts. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2017 Sep 1;22 (5):e635-42.
21. Alonso A, Santos E, Zeta E, Gonzales-Alva P, Portilla J. Tratamiento con descompresión de un queratoquiste odontogénico. Revista Odontológica Mexicana 24:2 Abril-Junio 2020.
22. Gao L, Wang X, Li S, Liu C, Chen C, Li J, Yan X, Zhang J, Ren W, Ahi K. Decompression as a Treatment for Odontogenic Cystic Lesions of the Jaw. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. J Oral Maxillofac Surg 72:327-333, 2014.
23. Kolokythas A, Schlieve T, Miloro M: Simple method for securing a decompression tube for odontogenic cysts and tumors: A technical note. J Oral Maxillofac Surg 69:2392, 2011.

24. Jung E, Baek J, Leem D. Decompression Device Using a Stainless Steel Tube and Wire for Treatment of Odontogenic Cystic Lesions: A Technical Report. Maxillofac Plast Reconstr Surg 36(6):3 08 310, 2014.
25. Zhao Y, Liu B, Han QB, et al: Changes in bone density and cyst volume after marsupialization of mandibular odontogenic keratocysts (keratocystic odontogenic tumors). J Oral Maxillofac Surg 69:1361, 2011 22.
26. Shudou H, Sasaki M, Yamashiro T, et al: Marsupialisation for keratocystic odontogenic tumours in the mandible: longitudinal image analysis of tumour size using 3D visualised CT scans. Int J Oral Maxillofac Surg 41:290, 2012 23.
27. Kubota Y, Imajo I, Itonaga R, et al: Effects of the patient's age and the size of the primary lesion on the speed of shrinkage after marsupialisation of keratocystic odontogenic tumours, dentigerous cysts, and radicular cysts. Br J Oral Maxillofac Surg 51:358, 2013.
28. Cakarer S, Selvi F, Isler SC et al. Descompression, Enucleation, and Implant Placement in the Management in the Management of a Large Dentigerous Cyst. The Journal of Craniofacial Surgery. 2011; 22(3).
29. Oliveros O, Fernandez A, Torres D , Serrera M , Castillo R, Segura J, Gutierrez J. Reduction rate by decompression as a treatment of odontogenic cysts. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. Sep 1;22 (5).2017
30. Schilieve T, Miloro M, Kolokythas A. Does Descompression of Odontogenic Cysts and Cystlike Lesions Change the Histologic Diagnosis. American of Oral and Maxillofacial Surgeons. 2014; 72:1094-1105.
31. Zheng, X., Wang, S., Su, X. *et al.* To evaluate the clinical efficacy of decompression for large cystic lesions in mandible by digital technology. *Eur J Med Res* 30, 104 (2025). https://doi.org/10.1186/s40001-025-02366-0.
32. Pei, J., Zhao, S., Chen, H. *et al.* Manejo del quiste radicular asociado a la dentición temporal mediante descompresión: un estudio retrospectivo. *BMC Oral Health* 22 , 560 (2022). https://doi.org/10.1186/s12903-022-02572-w.

33. Duarte F, Ramos C, Thomé M. Treatment of Maxillary Inflammatory Odontogenic Cyst with Laser Therapy. Case Report. Journal of Surgery, Periodontology and Implant Research.2022.
34. Wongrattanakarn S, Trachoo V, Kaboosaya B, Charoenlarp P, Chongruangsri N, Promoppatum P. Factors affecting the reduction rate of odontogenic cysts after decompression based on 3-dimensional volumetric analysis. Imaging Sci Dent. 2023;53(4):313–23.
35. Kwon YJ, Ko KS, So BK, Kim DH, Jang HS, Kim SH, Lee ES, Lim HK. Effect of Decompression on Jaw Cystic Lesions Based on Three-Dimensional Volumetric Analysis. Medicina (Kaunas). 2020 Nov 10;56(11):602. doi: 10.3390/medicina56110602. PMID: 33182601; PMCID: PMC7696604.
36. Silva V, Gushiken de Campos W, Leone C, Alves F ,Lemos C. Which devices can be used to decompress odontogenic cystic lesions in the oral cavity? A systematic review.British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 62, Issue 3, 252 – 258. April 2024.
37. Alonso A, Santos E, Zeta E, Gonzales-Alva P, Portilla J. Tratamiento con descompresión de un queratoquiste odontogénico. Revista Odontológica Mexicana 24:2 Abril-Junio 2020Kammer PV, Mello FW, Rivero ERC. Comparative analysis between developmental and inflammatory odontogenic cysts: retrospective study and literature review. Oral Maxillofac Surg. 2020 Mar;24(1):73-84.
38. Xiong X, Li C, Guo L, Wu Y, Wang Y, Song X. Effect of Intracapsular Pressure on Decompression Effectiveness. Int Dent J. 2022 Dec;72(6):839-846. doi: 10.1016/j.identj.2022.06.023. Epub 2022 Aug 30. PMID: 36055803; PMCID: PMC9676549.
39. Zhang L, Pei J, Huang M, Lian W. Application of a new drainage plug for large mandibular cysts after fenestration decompression. Ann Palliat Med 2021;10(1):590-596. doi: 10.21037/apm-20-246
40. Dinçer Kader, Öznur Özalp, İrem Hicran Özbudak, Alper Sindel, Mehmet Ali Altay. The Effect of Decompression on Histologic Diagnoses of Cystic Jaw Lesions. *Ann. Ital. Chir.* 2024, 95(5), 901–908. https://doi.org/10.62713/aic.3589.

41. Muret M, Malthiéry E, Casenave T, Costes-Martineau V and Torres J. Decompression: a first-intention treatment for “large” non-syndromic odontogenic keratocysts. J Oral Med Oral Surg. Volume 27, Number 2, 2021.
42. Kane M, Seck K, Diatta M, Gassama C, Tamba B. Clinical and radiological follow-up of 33 patients after decompression of benign maxillo-mandibular cystic lesions at the HOGIP odontostomatology department. J Oral Med Oral Surg Oral Pathol Oral Radiol. 2025;11(4):158–162.
43. Zheng X , Wang S , Su X , Shen Y , Zhang h , Zhou L , Wang E and Zheng X. To evaluate the clinical efficacy of decompression for large cystic lesions in mandible by digital technology. European Journal of Medical Research (2025) 30:104 https://doi.org/10.1186/s40001-025-02366-0.
44. Chamani A, Moushekhian S, Zarei M, Shakiba R, Davarian MH. Integrated Management of a Large Radicular Cyst: A Case Report on Efficacy of Decompression and Conservative Approaches. Clin Case Rep. 2025 Jan 6;13(1):e70070. doi: 10.1002/ccr3.70070. PMID: 39764268; PMCID: PMC11702455.
45. Escobar RC, Lucio Leonel JLE, Ayala Sardúa AA, Silva Suárez RA, Borja Villalba DJ, SerranoDíaz P. Descompresión de queratoquiste odontogénico con cánula impresa en 3D. Reporte de caso. [Decompression of Odontogenic Keratocyst with 3D-Printed Cannula. Case Report]. Rev Odont Mex. 2023; 27(3): 23-31. DOI: 10.22201/fo.1870199xp.2023.27.3.85102
46. Moctezuma A, Alejandro et al. Tratamiento con descompresión de un queratoquiste odontogénico. *Rev. diente Mex* [en línea]. 2020, vol. 24, n.º 2 [citado 2025-11-08], pp. 124-131.
47. Chaouachi W, Bouslama G, Ghanmi F, et al. Conservative management approach of a large maxillary odontogenic keratocyst: a case report. J Dent Health Oral Disord Ther. 2025;16(2):46–49. DOI: 10.15406/jdhodt.2025.16.00642