



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE ODONTOLOGÍA
LICENCIATURA DE CIRUJANO DENTISTA

TESIS

**Quistes odontogénicos.
Compendio de protocolos de manejo actualizado:
Propuesta de Guía clínica práctica para el manejo de quistes
maxilofaciales
Para obtener el grado de
Cirujano Dentista**

PRESENTA

Avila Oliva Isabel Jimena

Comité tutorial

Director

Dr. en C. Alfonso Atilán Gil

Codirector externo

C.D. Esp. José de Jesús Navarrete Hernández

ASESORES

Mtro. Horacio Islas Granillo

Mtro. Bernardo Ángeles Santillán

C.D. Esp. Arturo Ascencio Villagran

AGRADECIMIENTOS

A mi familia y maestros que muchas veces por fortuna son ambos

DEDICATORIA

A mi padre que me impulsa y apoya siempre



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias de la Salud

School of Medical Sciences

Área Académica de Odontología

No. Of. UAEH/ICSA/AAO/165/2026

Asunto: Autorización de impresión

Mtra. Ojky del Rocío Islas Maldonado
Directora de Administración Escolar de la UAEH
PRESENTE

Por medio del presente, informo a usted que el jurado asignado al pasante de la Licenciatura en Cirujano Dentista **Ávila Oliva Isabel Jimena**, con número de cuenta **419486**, quien presenta el trabajo bajo la modalidad de tesis, titulada **"Quistes odontogénicos. Compendio de protocolos de manejo actualizado: Propuesta de Guía clínica práctica para el manejo de quistes maxilofaciales"**, y que después de haber revisado el documento preliminar y realizadas las correcciones indicadas por su comité tutorial y jurado de examen, ha decidido autorizar la impresión del mismo.

Nombres de los Docentes Jurados	Función	Firma de aceptación del trabajo para su impresión
Dr. en C. Alfonso Atilián Gil	Presidente	
Dr. José de Jesús Navarrete Hernández	Secretario	
Dr. Horacio Islas Granillo	Primer Vocal	
Dra. Elena Saral Baena Santillán	Segundo Vocal	
Dr. Salvador Lucas Rincón	Tercer Vocal	
Mtro. Bernardo Ángeles Santillán	Suplente	
C.D. Esp. Arturo Ascencio Villegrán	Suplente	

Sin más por el momento, agradezco la atención a la presente y aprovecho la ocasión para reiterar mi más atenta consideración.

M.C. José Antonio Hernández Vera
Director del ICESA

Atentamente
"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"
San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo a 12 de marzo de 2026.

Dr. José de Jesús Navarrete Hernández
Jefe del Área Académica De Odontología



Ccp. Archivo

"Amor, Orden y Progreso"



Circuito ex-Hacienda la Concepción s/n Carretera Pachuca
Actopan, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P.42170
Teléfono: 52(771)7172000 Ext. 41523 y 41534
odontologia@uaeh.edu.mx

uaeh.edu.mx

ÍNDICE

ÍNDICE

RESUMEN.....	I
ABSTRACT	II
1. Marco teórico.....	1
1.1 Clasificación de Quistes Maxilofaciales	1
1.1.1 Quistes Odontogénicos	1
1.2 Protocolos de Manejo	3
2. Antecedentes.....	4
3. Planteamiento del problema.....	21
4. Justificación	23
a) Relevancia Clínica y Social	24
b) Valor Académico y Metodológico	24
c) Utilidad Práctica y Seguridad del Paciente	25
d) Factibilidad	25
5. Hipótesis.....	25
6. Objetivos.....	26
6.1 General	26
6.2 Específicos	26
7. Material y Métodos	27
7.7 Criterios de elegibilidad	29
8 Resultados y discusión.....	31
8.2.1 Síntesis Analítica para la Fundamentación de la Guía Clínica	51
1. Valoración Inicial y Diagnóstico	53
2. Categorización Terapéutica	53
A. Protocolo Conservador (Marsupialización / Descompresión)	53
B. Protocolo Radical (Enucleación y Curetaje)	53
C. Protocolos Especializados y Adyuvantes	53
3. Seguimiento Postoperatorio	54
4. ALGORITMO DE DECISIÓN CLÍNICA (Pasos Rápidos)	54
9. Conclusiones	55
10. Referencias	57

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general proponer una guía clínica actualizada sobre los protocolos terapéuticos de los quistes maxilofaciales, mediante el análisis y sistematización de la literatura científica reciente bajo las normas de la 5.ª edición de la OMS (2022). El estudio se enmarcó en un diseño documental con enfoque descriptivo-analítico, utilizando una metodología de búsqueda heurística en bases de datos de alto impacto como PubMed, Scielo y ScienceDirect, con un marco temporal de los últimos cinco años para las evidencias principales.

El problema identificado fue la notable variabilidad en la toma de decisiones clínicas y la brecha existente entre la evidencia científica y la práctica hospitalaria, especialmente en el paciente pediátrico. A través de la elaboración de matrices comparativas, se analizaron variables críticas como la tasa de éxito, la recurrencia y la morbilidad de diversos abordajes, desde técnicas mínimamente invasivas (marsupialización y descompresión) hasta procedimientos radicales (enucleación, curetaje y resección).

Los resultados de la síntesis analítica revelaron que, en la población infantil, la descompresión constituye el estándar de oro para lesiones de gran tamaño, al favorecer la regeneración ósea y la erupción de dientes permanentes. Por el contrario, para entidades de mayor agresividad biológica, como el queratoquiste odontogénico y el quiste odontogénico glandular, la evidencia sustenta el uso de adyuvantes mecánicos y químicos para mitigar las altas tasas de recidiva. Asimismo, se destacó la relevancia de la Tomografía Computarizada de Haz Cónico (CBCT) como herramienta de planificación quirúrgica de precisión.

Como producto final, se diseñó una Guía Clínica Práctica que integra un algoritmo de decisión simplificado. Este instrumento permite al cirujano dentista seleccionar el protocolo más adecuado basado en el tamaño de la lesión, la edad del paciente y el diagnóstico histopatológico. Se concluye que la estandarización de estos procesos, fundamentada en la evidencia más actual, es esencial para optimizar los tiempos quirúrgicos, reducir complicaciones y mejorar la seguridad del paciente en el ámbito maxilofacial.

PALABRAS CLAVE: Quistes maxilofaciales, Protocolos terapéuticos, Guía clínica, Odontopediatría, Cirugía bucal, Evidencia científica.

ABSTRACT

The general objective of this research was to propose an updated clinical guide on therapeutic protocols for maxillofacial cysts, through the analysis and systematization of recent scientific literature under the standards of the 5th edition of the WHO (2022). The study was framed within a documentary design with a descriptive-analytical approach, utilizing a heuristic search methodology in high-impact databases such as PubMed, Scielo, and ScienceDirect, with a time frame focused on the last five years for primary evidence.

The identified problem was the notable variability in clinical decision-making and the existing gap between scientific evidence and hospital practice, particularly in pediatric patients. Through the development of comparative matrices, critical variables were analyzed, such as success rate, recurrence, and morbidity of various approaches, ranging from minimally invasive techniques (marsupialization and decompression) to radical procedures (enucleation, curettage, and resection).

The results of the analytical synthesis revealed that, in the pediatric population, decompression constitutes the gold standard for large lesions, as it promotes bone regeneration and the eruption of permanent teeth. Conversely, for entities with greater biological aggressiveness, such as the odontogenic keratocyst and the glandular odontogenic cyst, the evidence supports the use of mechanical and chemical adjuvants to mitigate high recurrence rates. Likewise, the relevance of Cone Beam Computed Tomography (CBCT) as a precision surgical planning tool was highlighted.

As a final product, a Practical Clinical Guide was designed, integrating a simplified decision algorithm. This instrument allows the dental surgeon to select the most appropriate protocol based on the size of the lesion, the patient's age, and the histopathological diagnosis. It is concluded that the standardization of these processes, based on the most current evidence, is essential to optimize surgical times, reduce complications, and improve patient safety in the maxillofacial field.

Keywords: Maxillofacial cysts, Therapeutic protocols, Clinical guide, Pediatric dentistry, Oral surgery, Evidence-based medicine.

1. Marco teórico

Los **quistes maxilofaciales** son lesiones patológicas que se originan en los huesos maxilares o en los tejidos blandos adyacentes. Histológicamente, se caracterizan por una cavidad revestida de epitelio, llena de contenido líquido o semisólido. El crecimiento de estas lesiones, impulsado por la presión hidrostática, puede llevar a la **reabsorción ósea** y al desplazamiento de estructuras anatómicas circundantes. Consecuentemente, a menudo provocan pérdida de tejido y la alteración de las funciones o de la estética en las áreas afectadas.

Estas lesiones se clasifican generalmente según su origen embrionario o mecanismo patogénico: pueden ser congénitas, inflamatorias, de desarrollo o asociadas a estructuras odontogénicas (1). Para efectos de esta tesis, la atención se centrará en los quistes derivados de los tejidos dentales.

1.1 Clasificación de Quistes Maxilofaciales

Se han identificado distintos tipos de quistes maxilofaciales, que se agrupan en:

- **Odontogénicos** (Objeto de estudio de la tesis)
- No Odontogénicos
- De Tejidos Blandos
- Otros

Una comprensión clara de esta clasificación es fundamental para el **diagnóstico diferencial** y para el análisis de los **protocolos de manejo** actualizados que se presentan en este trabajo.

1.1.1 Quistes Odontogénicos

Los quistes odontogénicos son las lesiones quísticas más comunes en los maxilares y constituyen el **objeto de estudio** de esta investigación. Su origen radica en alteraciones del desarrollo o en procesos inflamatorios de los tejidos involucrados en la formación dental. Se desarrollan a partir de la proliferación anormal del epitelio odontogénico en respuesta a estímulos locales (infecciosos o no).

Según su causa, se clasifican en:

- **Quistes de Desarrollo:** Como el quiste dentígero o el queratoquístico.
- **Quistes Inflamatorios:** Como el quiste radicular o el residual.

Epidemiología y Características

- **Prevalencia:** El quiste radicular es la lesión odontogénica más frecuente (58.96%), seguido por el quiste dentígero (23.22%) **(2)**. Los quistes odontogénicos representan el 6.7% de todas las biopsias analizadas **(3)**.
- **Demografía:** Muestran una mayor incidencia en jóvenes y adultos de mediana edad (66.67% de los casos), con una relación hombre-mujer de 1.51:1 **(2)**.
- **Radiografía:** El 92% de las lesiones suelen ser solitarias **(2)**. Los quistes dentígeros se presentan típicamente como entidades uniloculares (89.1%) **(4)**.

1.1.1.1 Quiste Radicular

El quiste radicular es el quiste odontogénico más frecuente en los maxilares, representando más de la mitad de los casos. Se origina a partir de restos epiteliales del ligamento periodontal, usualmente como respuesta inflamatoria a una **necrosis pulpar**. Por ello, está asociado a dientes no vitales o a tratamientos endodónticos fallidos, predominando en la región anterior del maxilar.

El diagnóstico se establece mediante evaluación clínica, radiográfica e histopatológica. El tratamiento es variado según el tamaño y la localización, abarcando desde terapias conservadoras como la endodoncia, hasta procedimientos quirúrgicos como la **enucleación** o **descompresión**. Es crucial un manejo adecuado y un seguimiento de al menos 1 a 2 años (extensible hasta 5 años) debido al riesgo de recurrencia, que se relaciona con tratamientos incompletos, persistencia de la infección o dificultades anatómicas.

1.1.1.2. Quiste Dentígero

El **quiste dentígero** (QD) es el quiste odontogénico de desarrollo más común, ocupando el **segundo lugar en prevalencia** tras el quiste radicular **(2, 3)**. Se asocia al desarrollo de dientes permanentes no erupcionados (retenidos o impactados), siendo más frecuente en los terceros molares inferiores, caninos superiores y premolares.

El QD se origina de la acumulación de fluido entre el **epitelio reducido del órgano del esmalte** y la corona de un diente completamente formado **(5)**. Se adhiere a la unión cemento-esmalte del diente involucrado. La patogénesis principal se atribuye al aumento de la presión osmótica dentro del folículo dental, inducido por la transudación de líquido sérico debido al bloqueo del flujo venoso, que ocurre por la presión ejercida por el diente en erupción o por la inflamación secundaria **(6)**.

Clínica y radiográficamente, el QD es típicamente asintomático y se presenta como una radiolucencia unilocular bien delimitada que rodea la corona del diente. Sin embargo, su presentación puede ser idéntica a la de lesiones con un comportamiento biológico más agresivo, por lo que el **diagnóstico histopatológico** es obligatorio (7, 8).

El diagnóstico diferencial se establece principalmente con:

- **Queratoquiste Odontogénico (QO) (u OKC):** A diferencia del QD, el QO muestra un mayor índice de proliferación celular (Ki-67) y un riesgo de recurrencia significativamente mayor (7, 9).
- **Ameloblastoma Unicístico (AU):** El AU y el QD comparten características radiográficas. Sin embargo, el AU es un tumor con potencial infiltrativo. La diferenciación requiere un análisis minucioso de la biopsia, con el AU mostrando epitelio ameloblastomatoso (8).
- **Hiperplasia Folicular:** Lesión precursora que radiográficamente se distingue cuando el espacio folicular pericoronar es menor a 2.5 mm (6).

1.2 Protocolos de Manejo

El objetivo del tratamiento es la eliminación completa de la lesión, la prevención de la recurrencia y, si es posible, la preservación del diente afectado. Las dos modalidades quirúrgicas principales son (10):

<i>Protocolo</i>	<i>Indicación Principal</i>	<i>Ventajas</i>	<i>Desventajas</i>
<i>Enucleación</i>	Lesiones pequeñas o medianas; dientes no viables; sospecha de tumor.	Resolución rápida; permite examen histopatológico completo.	Mayor morbilidad quirúrgica; riesgo de fractura mandibular en lesiones grandes.
<i>Marsupialización</i>	Lesiones grandes; pacientes jóvenes; necesidad de preservar estructuras vitales o el diente.	Descompresión (reduce el riesgo quirúrgico); promueve la erupción del diente (87.3% de éxito en niños) (10).	Proceso de curación prolongado; requiere manejo de la cavidad por el paciente; examen histopatológico parcial.

El pronóstico es favorable tras un manejo quirúrgico completo. Sin embargo, se requiere una **vigilancia radiográfica de 1 a 3 años** para detectar cualquier remanente epitelial que pueda causar recurrencia (6).

2. Antecedentes

2.1 Quiste Dentífero

El quiste dentífero es el quiste de origen odontogénico del desarrollo más común, representando aproximadamente el 20% de todos los quistes de los maxilares revestidos de epitelio; se origina por la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona de un diente no erupcionado **(11)**, ocupando el segundo lugar en prevalencia tras el quiste radicular. Se asocia habitualmente al desarrollo de dientes permanentes no erupcionados, siendo más frecuente en terceros molares inferiores, caninos superiores y premolares. Afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes, con una ligera predilección por el sexo masculino.

Suele presentarse de forma asintomática y se detecta como un hallazgo radiográfico incidental, evidenciándose como una radiolucencia bien delimitada que rodea la corona de un diente retenido. Aunque generalmente son benignos, estas lesiones pueden alcanzar grandes dimensiones y causar expansión ósea, por lo que resulta imperativo distinguirlos de otras entidades como el queratoquiste odontogénico o el ameloblastoma, que presentan un comportamiento biológico más agresivo **(12)**.

Respecto al tratamiento, la técnica estándar consiste en la enucleación completa del quiste y la extracción del diente involucrado. No obstante, la marsupialización se presenta como una alternativa eficaz en el manejo de lesiones de gran tamaño en pacientes pediátricos, ya que permite la descompresión, disminuye la presión intraquística y promueve la erupción espontánea del diente afectado **(13)**. El pronóstico es generalmente favorable, aunque existe un bajo riesgo de recidiva si persisten remanentes epiteliales o si el seguimiento es insuficiente. Se recomienda una vigilancia clínica y radiográfica de entre 1 a 3 años para asegurar la resolución completa y prevenir complicaciones futuras.

2.2 Queratoquiste Odontogénico

El queratoquiste odontogénico es un quiste de desarrollo de comportamiento clínico agresivo, caracterizado por su alta tasa de crecimiento y recurrencia; se distingue por derivarse de los restos de la lámina dental y presentar un crecimiento intramedular que

puede expandir las corticales óseas de manera significativa **(14)**. Puede aparecer de forma aislada o como parte del síndrome de Gorlin-Goltz y se presenta con mayor frecuencia entre la segunda y tercera décadas de vida. La mayoría de los casos son asintomáticos y se descubren incidentalmente mediante radiografías como una radiolucencia uni o multilocular.

El diagnóstico definitivo requiere confirmación histopatológica, definiéndose por un revestimiento de epitelio escamoso paraqueratinizado de espesor uniforme, con una interfase epitelio-conectiva plana y una capa basal prominente **(15)**. El tratamiento depende del tamaño y localización; debido a su alta tasa de recurrencia, el manejo a menudo requiere el uso de agentes químicos adyuvantes como la solución de Carnoy para eliminar microquistes satélites remanentes **(16)**. A pesar del tratamiento, presenta una tasa de recidiva que puede superar el 25%, por lo que se recomienda un seguimiento clínico y radiográfico riguroso por al menos 5 años para detectar recurrencias tempranas.

2.3 Quiste Periodontal

El quiste periodontal lateral es un quiste odontogénico de desarrollo poco frecuente, que representa menos del 2% de todos los quistes odontogénicos. Se desarrolla a lo largo de la superficie lateral de la raíz de un diente vital, derivándose de los restos de la lámina dental **(17)**. Afecta con mayor frecuencia a adultos entre la cuarta y sexta década de vida y suele ser asintomático. En las radiografías de rutina, aparece como una radiolucencia pequeña y bien delimitada; un rasgo clínico fundamental para el diagnóstico es la vitalidad pulpar del diente adyacente, lo que permite excluir al quiste radicular lateral **(18)**.

El diagnóstico definitivo requiere evaluación clínica, radiográfica e histopatológica. El tratamiento habitual es la enucleación quirúrgica conservadora, preservando el diente. El pronóstico es excelente; sin embargo, en variantes más agresivas como el quiste botrioide, que es su contraparte multilocular, existe un mayor potencial de expansión y una tasa de recurrencia superior **(19)**. Por ello, se sugiere un seguimiento clínico y radiográfico mínimo de 1 a 2 años, especialmente en casos con características atípicas o variantes poliquisticas, para asegurar la resolución completa.

2.4 Quiste Residual

El quiste residual es un quiste odontogénico inflamatorio que se define como un quiste radicular que permanece en los maxilares después de que el diente causante ha sido

extraído **(20)**. Representa una minoría dentro de los quistes odontogénicos y suele diagnosticarse en adultos mayores en sitios edéntulos. Generalmente es asintomático y se detecta como una radiolucencia bien delimitada, redonda u ovalada, en el hueso alveolar residual **(21)**.

El diagnóstico diferencial es fundamental, ya que es indispensable realizar un estudio histopatológico riguroso para confirmar la benignidad de la lesión y descartar transformaciones raras hacia carcinomas **(22)**. El tratamiento consiste en la enucleación quirúrgica completa; en casos de pérdida ósea significativa, puede requerirse regeneración. El pronóstico es favorable si el manejo es completo, aunque existe un leve riesgo de recidiva ante la persistencia de tejido. Se recomienda un seguimiento clínico y radiográfico de al menos 1 a 2 años para asegurar la resolución y prevenir complicaciones.

2.5 Quiste de Erupción

El quiste de erupción es una variante superficial del quiste dentígero que se presenta en tejidos blandos, desarrollándose cuando la cavidad folicular se expande en el espacio pericoronario de un diente que aún se encuentra dentro del tejido gingival **(23)**. Es una lesión benigna y transitoria que afecta principalmente a niños entre los 6 meses y 12 años. Clínicamente, se manifiesta como una masa circunscrita y fluctuante que, al mezclarse con sangre, puede adquirir una coloración púrpura o azulada, denominándose hematoma de erupción **(24)**.

A diferencia del quiste dentígero, no se encuentra dentro del hueso y su diagnóstico es esencialmente clínico. El tratamiento suele ser conservador, ya que la lesión tiende a romperse de manera espontánea con la masticación **(25)**. En casos donde el quiste se torna sintomático o impide la erupción, puede realizarse una ulectomía o fenestración del tejido para facilitar la salida del diente. El pronóstico es excelente, sin riesgo de recidiva, aunque se recomienda vigilancia hasta la completa erupción del diente involucrado.

2.6 Quiste Odontogénico Glandular

El quiste odontogénico glandular es una rara lesión de origen epitelial que representa menos del 0.2% de los quistes odontogénicos, destacando por su agresividad local. Es una entidad poco común que muestra una fuerte predilección por la región anterior de la mandíbula, cruzando frecuentemente la línea media **(26)**. Se origina a partir de restos de la

lámina dental con diferenciación glandular. El diagnóstico histológico es un reto, caracterizándose por un revestimiento epitelial de grosor variable con células mucosas y microquistes similares a ductos, lo que obliga a diferenciarlo estrictamente del carcinoma mucoepidermoide central **(27)**.

Radiográficamente aparece como una radiolucencia unilocular o multilocular bien delimitada. Debido a su naturaleza infiltrante y a una tasa de recurrencia que puede alcanzar el 30%, el tratamiento mediante enucleación simple a menudo resulta insuficiente, recomendándose en ocasiones el uso de solución de Carnoy o resección marginal **(28)**. Las recurrencias suelen deberse a su débil cápsula y a la dificultad para eliminar todo el epitelio. Por ello, se recomienda un seguimiento clínico y radiográfico estrecho por al menos 5 años para detectar signos de reaparición.

2.7 Quiste Odontogénico Calcificante

El quiste odontogénico calcificante, también conocido como quiste de Gorlin, es una lesión poco frecuente que presenta características tanto quísticas como neoplásicas **(29)**. Representa entre el 1 y 2% de los quistes odontogénicos y se origina de restos de la lámina dental. Radiográficamente, aparece como una zona radiolúcida unilocular con bordes definidos que a menudo contiene focos radiopacos dispersos y, en un tercio de los casos, se asocia a dientes impactados **(30)**.

El diagnóstico definitivo requiere confirmación histopatológica, siendo su característica cardinal la presencia de células fantasmas (células epiteliales anucleadas que pueden calcificarse) y material eosinófilo **(31)**.

El tratamiento de elección es la enucleación quirúrgica completa y el pronóstico es generalmente favorable. Sin embargo, debido a que existen variantes con proliferación sólida o comportamiento más agresivo, se sugiere un seguimiento clínico y radiográfico de entre 2 a 5 años para descartar recurrencias o transformaciones neoplásicas.

2.8 Quiste Lateral Periodontal

El quiste periodontal lateral es una lesión odontogénica de desarrollo poco común, que representa menos del 2% de los quistes odontogénicos. Se desarrolla a lo largo de la superficie lateral de la raíz de un diente vital, derivándose de los restos de la lámina dental

(17). Afecta con mayor frecuencia a adultos entre la cuarta y sexta década de vida, localizándose habitualmente en la región premolar mandibular.

Clínicamente es asintomático y se observa radiográficamente como una imagen radiolúcida pequeña y bien delimitada. Un rasgo fundamental es la vitalidad pulpar del diente adyacente, lo cual es clave para diferenciarlo de un quiste radicular lateral (32). El diagnóstico definitivo requiere confirmación histopatológica para descartar queratoquistes o tumores.

El tratamiento consiste en la enucleación quirúrgica conservadora. El pronóstico es excelente, aunque existe la variante conocida como quiste periodontal botrioide, de presentación multilocular, que muestra un mayor potencial de expansión y mayor tendencia a la recurrencia (33). Por esta razón, se recomienda un seguimiento clínico y radiográfico de al menos 1 a 2 años para confirmar la resolución completa, especialmente en variantes poliquísticas.

2.9 Quiste del Conducto Nasopalatino

El quiste del conducto nasopalatino es el quiste no odontogénico más común de los maxilares; representa cerca del 1% de todos los quistes maxilares y se origina de los restos epiteliales embriológicos del conducto nasopalatino (34). Suele presentarse en adultos de mediana edad, localizándose en la región palatina posterior a los incisivos centrales superiores.

Clínicamente puede ser asintomático o provocar inflamación y dolor. Radiográficamente, aparece como una radiolucencia bien delimitada en la línea media del paladar anterior, que a menudo adopta una característica forma de corazón (35). Es fundamental considerar el diámetro de la lesión, ya que radiolucencias mayores a 6 mm suelen sugerir patología frente al agujero incisivo normal (36).

El diagnóstico definitivo requiere evaluación histopatológica. El tratamiento consiste en la enucleación quirúrgica completa, con un pronóstico favorable y baja tasa de recidiva. Se recomienda un seguimiento clínico y radiográfico periódico durante 1 a 3 años para asegurar la resolución completa y evitar complicaciones futuras.

2.10 Quistes no Odontogénicos

Los quistes no odontogénicos son un grupo heterogéneo de lesiones que se desarrollan en los maxilares a partir de tejidos no relacionados con el proceso odontogénico. El más frecuente es el quiste del conducto nasopalatino, el cual se caracteriza radiográficamente por una radiolucencia en la línea media del maxilar superior, a menudo con morfología en forma de corazón **(34)**. Otro ejemplo relevante es el quiste óseo simple, que no posee revestimiento epitelial y muestra un festoneado característico entre las raíces dentales **(33)**.

Estos quistes pueden ser asintomáticos y descubrirse de forma incidental. El diagnóstico requiere diferenciar cuidadosamente las variantes anatómicas normales de los procesos patológicos **(35)**. El tratamiento habitualmente consiste en la enucleación quirúrgica completa o legrado, dependiendo de la naturaleza de la lesión. El pronóstico varía según el tipo de quiste, siendo en general favorable, aunque se recomienda un seguimiento clínico y radiográfico periódico para asegurar la resolución definitiva y prevenir complicaciones.

2.10.1 Quiste Nasolabial

El quiste nasolabial es una lesión quística no odontogénica poco frecuente que se origina de restos epiteliales del desarrollo embrionario o del conducto nasolagrimal, ubicándose debajo del ala de la nariz **(37)**. Afecta principalmente a adultos entre la cuarta y sexta década de vida, con predilección por el sexo femenino. Clínicamente, se presenta como una masa blanda e indolora en el área perinasal que puede causar deformidad facial.

Debido a su localización en tejidos blandos, la lesión no suele mostrar alteraciones en radiografías convencionales, por lo que la tomografía computarizada y la resonancia magnética son las herramientas de elección para delimitar la masa antes de la confirmación histopatológica **(38)**. El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica completa, preferiblemente mediante un abordaje sublabial intraoral para evitar cicatrices externas **(39)**. El pronóstico es excelente, con muy baja probabilidad de recidiva. Se recomienda un seguimiento clínico postoperatorio para valorar la cicatrización y asegurar la resolución completa.

2.10.2 Quiste Epidermoide y Dermóide

Los quistes epidermoides y dermoides son lesiones quísticas benignas de origen congénito que resultan del atrapamiento de restos ectodérmicos durante el desarrollo embrionario **(40)**. En la región maxilofacial, suelen localizarse en el piso de la boca, donde su posición respecto al músculo milohioideo define si la tumefacción es intraoral o submentoniana. Clínicamente, se manifiestan como masas móviles y generalmente indoloras que pueden interferir con la deglución o el habla.

Dado que son lesiones de tejidos blandos, el diagnóstico por imagen mediante tomografía o resonancia es crucial para planificar la cirugía **(41)**. La confirmación definitiva es histopatológica: el quiste epidermoide posee un revestimiento epitelial simple, mientras que el dermoide se distingue por contener anexos cutáneos como glándulas sebáceas y folículos pilosos **(42)**. El tratamiento de elección es la enucleación quirúrgica completa, con un pronóstico favorable y baja tasa de recurrencia. Se recomienda seguimiento postoperatorio para asegurar la resolución y evitar complicaciones.

2.10.3 Quiste Branquial

El quiste branquial es una lesión congénita originada por la falla en la obliteración del aparato branquial; cerca del 95% de los casos provienen del segundo arco branquial **(43)**. Se presenta como una masa lateral en el cuello, usualmente anterior al músculo esternocleidomastoideo. Clínicamente, es una tumoración indolora y móvil, aunque puede inflamarse tras infecciones respiratorias superiores.

El diagnóstico se basa en la evaluación clínica y estudios de imagen como la tomografía o resonancia magnética, que son fundamentales para observar el desplazamiento de estructuras adyacentes y confirmar la naturaleza quística **(44)**. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica completa; sin embargo, la fibrosis por infecciones previas puede complicar la cirugía y aumentar el riesgo de daño a estructuras neurovasculares o favorecer la recurrencia **(45)**. El pronóstico es favorable con un manejo adecuado y seguimiento postoperatorio para vigilar la resolución definitiva.

2.10.4 Quiste del Conducto Tirogloso

El quiste del conducto tirogloso es una lesión congénita que resulta de la persistencia de restos epiteliales durante el descenso de la glándula tiroides. Es la anomalía cervical congénita más frecuente y se caracteriza por una masa móvil en la línea media que se desplaza verticalmente al deglutir o protruir la lengua **(46)**. Generalmente se localiza por debajo del hueso hioides y puede inflamarse o infectarse.

El diagnóstico se apoya en el ultrasonido y la tomografía, siendo imperativo confirmar primero que el paciente posee la glándula tiroides en su posición anatómica normal para descartar una tiroides ectópica **(47)**. El tratamiento de elección es la operación de Sistrunk, que consiste en la resección del quiste junto con el cuerpo del hueso hioides y el tracto epitelial hasta la base de la lengua para minimizar el riesgo de recurrencia **(48)**. El pronóstico es favorable con un manejo adecuado, aunque se requiere seguimiento clínico postoperatorio para vigilar la cicatrización y detectar complicaciones.

2.10.5 Quiste Linfoepitelial Oral

El quiste linfoepitelial oral es una lesión benigna poco común que se desarrolla a partir del atrapamiento de epitelio dentro del tejido linfoide accesorio de la cavidad oral **(49)**. Se localiza principalmente en el piso de la boca y la mucosa ventral de la lengua. Clínicamente se presenta como una masa pequeña y móvil, cuyo color amarillento característico se debe a la acumulación de queratina en su interior **(50)**.

Al ser una lesión de tejidos blandos, no presenta alteraciones óseas radiográficas. Micrográficamente, se caracteriza por un revestimiento epitelial escamoso estratificado rodeado por una pared rica en tejido linfoide con folículos bien formados **(51)**. El tratamiento de elección es la enucleación quirúrgica completa, con un pronóstico excelente y baja probabilidad de recurrencia. Se recomienda un seguimiento clínico postoperatorio para asegurar la resolución completa y prevenir complicaciones.

2.10.6 Quiste del Ducto Nasolacrimal

El quiste del conducto nasolacrimal es una lesión poco frecuente que se origina por la obstrucción del sistema de drenaje lagrimal. En neonatos, se produce por una doble obstrucción en las válvulas de Hasner y Rosenmüller, provocando una distensión quística

del saco **(52)**. Se localiza en el ángulo interno del ojo y puede manifestarse como una masa palpable, epífora o infecciones recurrentes.

El diagnóstico se basa en la evaluación clínica y estudios de imagen como la tomografía computarizada, la cual es fundamental para identificar la extensión intranasal de la lesión y prevenir posibles dificultades respiratorias **(53)**. Aunque el tratamiento inicial puede incluir masajes y antibióticos, los casos persistentes requieren marsupialización endoscópica o sondaje para asegurar el drenaje y evitar la dacriocistitis **(54)**. El pronóstico es favorable con un manejo adecuado y seguimiento clínico para vigilar la resolución de la sintomatología.

2.10.7 Quiste Sebáceo

El quiste sebáceo (o quiste epidermoide) es una lesión benigna común originada por la proliferación de células epiteliales tras la obstrucción del infundíbulo de un folículo piloso **(55)**. Se manifiesta como una masa subcutánea redondeada y móvil que suele presentar un punto central o punctum. Aunque generalmente es asintomático, la ruptura de su pared puede desencadenar una respuesta inflamatoria intensa en la dermis circundante **(56)**.

Radiográficamente no se observa alteración ósea, por lo que el diagnóstico se basa en la evaluación clínica y la confirmación histopatológica. El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica completa, asegurando la eliminación total de la cápsula para evitar recurrencias **(57)**. El pronóstico es excelente cuando la extirpación es total. Se recomienda seguimiento clínico para asegurar la resolución completa, especialmente tras cuadros de inflamación o infección recurrente.

2.11 Quistes de Tejidos Blandos

Los quistes de tejidos blandos son lesiones que se desarrollan en la mucosa o submucosa oral sin involucrar tejido óseo. Este grupo heterogéneo incluye entidades como los quistes de glándulas salivales, dermoides y linfoepiteliales, caracterizados por un crecimiento expansivo en la submucosa **(58)**. Afectan a pacientes de todas las edades y pueden interferir con la masticación o el habla si alcanzan tamaños significativos.

Radiográficamente no muestran alteraciones óseas, por lo que el diagnóstico se basa en la evaluación clínica. Sin embargo, el uso de ecografía o resonancia magnética es fundamental para determinar la relación de la lesión con los planos musculares **(59)**. El tratamiento consiste en la enucleación quirúrgica completa, la cual ofrece un pronóstico favorable y una recurrencia mínima, generalmente asociada a la ruptura accidental de la pared durante la cirugía **(60)**. Se recomienda seguimiento postoperatorio para asegurar la resolución definitiva y prevenir complicaciones.

2.11.1 Mucocele

El mucocele es una lesión mucosa común que resulta de la acumulación de mucina. Se clasifica principalmente en fenómeno de extravasación (por ruptura del conducto tras trauma) o quiste por retención (por obstrucción del mismo) **(61)**. Afecta principalmente a niños y jóvenes adultos, localizándose frecuentemente en el labio inferior. Clínicamente, se manifiesta como una lesión blanda cuya coloración azulada depende de la profundidad de la mucina en el tejido conectivo **(62)**.

Su evolución suele ser recurrente si hay ruptura espontánea. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa de la lesión junto con la glándula afectada, aunque técnicas como el láser de diodo han demostrado beneficios en la reducción del dolor postoperatorio **(63)**. El pronóstico es favorable, aunque existe riesgo de recurrencia si no se eliminan las glándulas accesorias involucradas. Se recomienda seguimiento clínico para vigilar la evolución y detectar posibles recidivas.

2.12 Otros Quistes

La incorporación de la sección “Otros Quistes” en este compendio se justifica por la relevancia clínica de abordar lesiones que, pese a no ser odontogénicas, afectan la región maxilofacial. El cirujano dentista debe poseer un conocimiento profundo de estas entidades, ya que muchas patologías de los tejidos blandos pueden mimetizar

infecciones de origen dental **(64)**. Conocer estas lesiones permite un diagnóstico diferencial más preciso y evita tratamientos inadecuados, facilitando la colaboración en equipos multidisciplinarios para preservar la estética y función del paciente **(35)**.

En el manejo de estas lesiones, es fundamental reconocer tanto los quistes odontogénicos como aquellos de origen diverso que afectan indirectamente el área anatómica. La integración de estas patologías en la formación profesional es esencial para promover un cribado clínico exhaustivo que trascienda el hueso alveolar, impactando en la detección temprana de anomalías **(65)**. Por ello, esta sección agrupa quistes no odontogénicos, congénitos y de tejidos blandos, promoviendo un abordaje integral que garantice una atención de calidad y seguridad para el paciente.

2.12.1 Ameloblastoma

El ameloblastoma es el tumor odontogénico epitelial benigno más común, caracterizado por un crecimiento lento, pero localmente invasivo **(65)**. Representa aproximadamente el 10% de los tumores odontogénicos y afecta principalmente la región molar y rama de la mandíbula. Clínicamente se manifiesta como una tumefacción indolora que provoca expansión ósea. Radiográficamente, suele mostrar una imagen multilocular "en burbujas de jabón" o "panal de abeja", con tendencia a perforar las tablas corticales **(66)**.

El diagnóstico definitivo es histopatológico. Debido a su alta tasa de recurrencia tras tratamientos conservadores, el estándar de oro actual es la resección radical con márgenes de seguridad de 1 a 1.5 cm para asegurar la eliminación de células tumorales infiltrantes **(67)**. Dado el riesgo de recidivas tardías, se requiere un seguimiento clínico y radiográfico prolongado, por un período mínimo de 5 a 10 años.

2.12.2 Higroma Quístico

El higroma quístico es una malformación linfática congénita que resulta de una falla en la comunicación entre los sacos linfáticos y el sistema venoso durante la embriogénesis **(68)**.

Se localiza comúnmente en la región cervical lateral y submandibular, presentándose como una masa blanda, translúcida e indolora. En casos voluminosos, puede causar deformidad facial o compresión de estructuras adyacentes.

El diagnóstico se basa en la evaluación clínica y estudios de imagen. La resonancia magnética es fundamental para observar la lesión multilobulada con septos delgados e identificar si infiltra planos musculares o rodea vasos sanguíneos **(69)**.

El tratamiento varía según la sintomatología; mientras que la cirugía fue el estándar previo, actualmente la escleroterapia con agentes químicos se considera la terapia de primera línea por su menor morbilidad **(70)**. El pronóstico depende del tamaño y localización; aunque las recidivas son posibles, el manejo oportuno mejora significativamente la calidad de vida y previene complicaciones.

2.12.3 Quiste Teratoide

El quiste teratoide es una rara lesión quística congénita que forma parte del grupo de los teratomas, caracterizada por la presencia de tejidos derivados de las tres capas germinales: ectodermo, mesodermo y endodermo **(71)**. Se localiza con mayor frecuencia en la región submentoniana y el piso de la boca. Clínicamente se manifiesta como una masa de crecimiento lento que, al alcanzar tamaños significativos, desplaza la lengua y puede comprometer la vía aérea, el habla o la deglución **(72)**.

Radiográficamente es una lesión de tejidos blandos que no afecta el hueso. El diagnóstico definitivo es estrictamente histopatológico, identificando estructuras como tejido epitelial, muscular, cartilaginoso e incluso epitelio respiratorio **(73)**.

El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica completa, con un pronóstico favorable y baja tasa de recurrencia si la resección es total. Se recomienda un seguimiento clínico postoperatorio para asegurar la resolución completa y prevenir complicaciones.

2.12.4 Quiste Óseo Unicameral

El quiste óseo unicameral, también conocido como quiste óseo simple o traumático, es un pseudoquiste intraóseo caracterizado por una cavidad vacía o rellena de líquido que carece de revestimiento epitelial verdadero **(74)**. Afecta principalmente a niños y adolescentes en

la segunda década de vida. En la mandíbula, se manifiesta radiográficamente como una radiolucencia bien delimitada que presenta un festoneado característico entre las raíces de los dientes adyacentes, los cuales mantienen su vitalidad **(75)**.

Clínicamente suele ser asintomático y se descubre como un hallazgo incidental. El diagnóstico definitivo se establece mediante la exploración quirúrgica, donde el hallazgo de una cavidad vacía confirma la sospecha **(76)**. El tratamiento consiste en el curetaje de las paredes óseas para promover la cicatrización espontánea mediante la formación de un nuevo coágulo. El pronóstico es favorable con una baja tasa de recidiva, recomendándose seguimiento clínico y radiográfico para asegurar la completa resolución de la lesión.

2.12.5 Quiste Óseo Aneurismático

El quiste óseo aneurismático es una lesión intraósea benigna y no neoplásica, caracterizada por espacios quísticos llenos de sangre que producen una expansión ósea destructiva localizada **(77)**. Afecta predominantemente a adolescentes y adultos jóvenes, localizándose frecuentemente en la región molar y rama de la mandíbula. Clínicamente, se manifiesta como una tumefacción de crecimiento variable que puede tornarse dolorosa si existe una fractura patológica asociada.

Radiográficamente, se observa como una lesión radiolúcida multilocular con aspecto de "panal de abeja" y expansión cortical evidente; en estudios de imagen avanzada como la RM, es posible identificar niveles líquido-líquido característicos **(75)**. El diagnóstico definitivo es histopatológico, revelando cavidades sanguíneas sin revestimiento epitelial separadas por septos con células multinucleadas. El tratamiento habitual es el curetaje quirúrgico, aunque debido a su tasa de recidiva en manejos conservadores, en ocasiones se requiere resección segmentaria o el uso de adyuvantes químicos **(74)**. Se recomienda un seguimiento clínico y radiográfico prolongado para asegurar la cicatrización ósea y detectar recurrencias.

2.12.6 Quiste de Cola (Tailgut)

El quiste de cola (tailgut cyst) es una rara lesión congénita originada de restos embrionarios del intestino posterior, localizada típicamente en el espacio retrorrectal o presacro **(78)**. Afecta predominantemente a mujeres adultas y suele manifestarse como una masa

asintomática, aunque puede provocar dolor pélvico o alteraciones intestinales por compresión.

El diagnóstico depende de estudios de imagen avanzada; la resonancia magnética es fundamental para observar la lesión multi lobulada y descartar la invasión de estructuras óseas **(79)**. La confirmación requiere histopatología para identificar epitelios variados (columnar, escamoso o glandular).

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa, justificada no solo por la sintomatología sino por el riesgo significativo de transformación maligna **(80)**. El pronóstico es favorable con escisión total, pero debido a la complejidad anatómica del área y la posibilidad de recurrencia o malignización tardía, se recomienda un seguimiento clínico y radiográfico a largo plazo.

2.12.7 Quiste de Bifurcación Bucal

El quiste de bifurcación bucal es una lesión odontogénica de naturaleza inflamatoria que afecta principalmente a los primeros molares mandibulares en pacientes jóvenes durante su erupción **(81)**. Clínicamente se manifiesta como una tumefacción en la zona de la furca que puede inclinar las coronas dentales hacia el lado lingual.

Radiográficamente, se observa una radiolucencia bien delimitada en la bifurcación radicular; la tomografía (CBCT) es la herramienta de elección para confirmar la expansión de la tabla vestibular y la posición de las raíces **(75)**.

El diagnóstico definitivo requiere evaluación histopatológica para descartar lesiones periodontales. El tratamiento de elección es la enucleación quirúrgica cuidadosa, la cual permite preservar el diente comprometido en la mayoría de los casos, logrando una regeneración ósea exitosa **(74)**. El pronóstico es favorable con una baja tasa de recidiva, recomendándose seguimiento clínico postoperatorio para asegurar la salud periodontal del molar.

2.12.8 Quiste Gingival del Recién Nacido

El quiste gingival del recién nacido, también conocido como quiste de la lámina dental, es una lesión benigna y transitoria que se origina de los restos epiteliales atrapados tras el

desarrollo de los dientes **(82)**. Se presenta en neonatos durante las primeras semanas de vida, localizándose en la encía alveolar. Clínicamente, se manifiesta como pápulas blancas o amarillentas, firmes e indoloras que suelen resolverse de forma natural mediante su exfoliación **(83)**.

El diagnóstico es exclusivamente clínico, basándose en la edad y la ubicación sobre la cresta alveolar, lo que permite distinguirlos de los dientes natales u otras anomalías de la mucosa oral **(84)**. Dado que estas lesiones se resuelven espontáneamente durante los primeros meses de vida, el pronóstico es excelente y no se recomienda intervención quirúrgica ni tratamiento médico. El rol del profesional consiste en informar y tranquilizar a los padres sobre la naturaleza normal del proceso.

2.12.9 Quiste Esofágico

El quiste esofágico (o quiste de duplicación esofágica) es una lesión rara originada a partir de restos embrionarios del intestino anterior durante el desarrollo del esófago **(85)**. Suele localizarse en la región cervical o torácica alta. Clínicamente, se manifiesta como una masa que puede causar síntomas de compresión, como disfagia, dolor o dificultad respiratoria, dependiendo de su proximidad a la tráquea y al tracto digestivo superior **(86)**.

Radiográficamente, aparece como una lesión quística bien delimitada. La resonancia magnética es fundamental para su caracterización y para diferenciarlo de otras masas mediastínicas o cervicales. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa, indicada para prevenir complicaciones como infecciones, hemorragias o la compresión de estructuras vitales adyacentes **(87)**. El pronóstico es favorable cuando se realiza un manejo quirúrgico adecuado y oportuno.

2.12.10 Quiste Selar Atípico Benigno

El quiste selar atípico benigno (frecuentemente asociado a variantes del quiste de Rathke) es una lesión poco común localizada en la silla turca. Se origina de restos ectodérmicos y se denomina atípico cuando sus características imagenológicas o su contenido proteico difieren de la presentación estándar **(86)**. Afecta principalmente a adultos y puede manifestarse clínicamente con cefalea, alteraciones visuales por compresión del quiasma o disfunción endocrinológica **(87)**.

Radiográficamente, se detecta mediante resonancia magnética como una lesión bien delimitada con posible extensión supraselar. El diagnóstico definitivo es histopatológico. El tratamiento consiste en la resección o drenaje mediante abordaje transesfenoidal, priorizando la descompresión de estructuras adyacentes sobre la extirpación radical para evitar daños en la glándula hipófisis **(88)**. El pronóstico es favorable con un manejo adecuado, aunque se requiere seguimiento prolongado para monitorizar recidivas, especialmente en variantes con características atípicas.

2.13 Relevancia Clínica

Los quistes maxilofaciales constituyen un grupo de lesiones de relevancia clínica en la práctica odontológica y quirúrgica, tanto por su frecuencia como por su potencial destructivo. A lo largo de las últimas décadas, numerosos estudios han abordado el origen, clasificación, comportamiento biológico, diagnóstico y tratamiento de estos quistes, en especial de los odontogénicos, que derivan de restos epiteliales asociados al desarrollo dental (89). Sin embargo, la información disponible suele encontrarse dispersa en textos especializados y reportes de caso, lo cual dificulta el acceso a una fuente unificada y actualizada que oriente de forma clara al clínico en la toma de decisiones, especialmente tras la reciente actualización de la clasificación de la OMS **(89)**.

Investigaciones previas han empleado principalmente metodologías retrospectivas y estudios transversales que han permitido establecer datos epidemiológicos, como la alta prevalencia de quistes radicales y dentígeros en la población general **(90)**. La histopatología ha sido consistentemente reconocida como el estándar diagnóstico definitivo; no obstante, las herramientas de imagen —incluyendo la radiografía panorámica y, de forma más precisa, la tomografía computarizada de haz cónico (CBCT)— han cobrado especial relevancia en la planificación quirúrgica y en la detección temprana de lesiones quísticas asintomáticas debido a su capacidad de representación tridimensional **(91)**.

Por otra parte, se ha documentado una variedad de estrategias terapéuticas que incluyen la enucleación, la marsupialización, la resección y el legrado. La elección del tratamiento adecuado es crítica, ya que enfoques menos invasivos como la marsupialización pueden ser preferibles en pacientes pediátricos o lesiones de gran tamaño para preservar estructuras vitales **(92)**. A pesar de esto, la elección del tratamiento aún suele depender de

la experiencia del profesional ante la ausencia de protocolos clínicos estandarizados que integren criterios anatómicos y riesgo de recurrencia. Esta falta de uniformidad es particularmente riesgosa en entidades agresivas como el queratoquiste, donde el uso de adyuvantes químicos o mecánicos es determinante para evitar recidivas **(93)**.

Una revisión de la literatura reciente pone en evidencia que, si bien existen textos de patología bucal que incluyen capítulos sobre quistes, no se cuenta con compendios clínicos actualizados enfocados exclusivamente en el manejo integral de quistes maxilofaciales. Las guías clínicas oficiales emitidas por asociaciones internacionales aún presentan limitaciones en cuanto a la especificidad de los algoritmos de tratamiento para variantes agresivas **(94)**. Asimismo, en el contexto de Latinoamérica y México, se observa una carencia significativa de recursos formativos que sistematicen esta información de forma accesible, lo que genera una variabilidad diagnóstica que puede comprometer el pronóstico del paciente **(95)**.

En este contexto, la creación de un compendio clínico actualizado, basado en evidencia científica y complementado con experiencias de casos reales, se vuelve no solo relevante sino urgente. Este tipo de recurso contribuiría a mejorar la calidad de atención en el área odontológica y maxilofacial, reduciendo las tasas de recurrencia mediante la aplicación de técnicas quirúrgicas coadyuvantes y mejorando los resultados funcionales y estéticos **(96)**. Además, la implementación de protocolos estandarizados fortalece significativamente la formación académica y la curva de aprendizaje de los futuros cirujanos dentistas y especialistas en formación **(97)**.

La presente tesis responde a esta necesidad mediante la elaboración de un compendio de protocolos de manejo actualizado para los principales quistes maxilofaciales, con un enfoque clínico-práctico y respaldado por literatura reciente y casos documentados en un hospital pediátrico de referencia. El manejo en instituciones pediátricas es fundamental, dado que las lesiones en pacientes jóvenes suelen presentar un comportamiento biológico distinto y requieren un equilibrio entre la radicalidad quirúrgica y la preservación del desarrollo dental y óseo **(98,99)**. De esta manera, se busca aportar una herramienta útil y vigente para la práctica profesional, contribuyendo al cierre de brechas en la formación y actualización de conocimientos.

3. Planteamiento del problema

A nivel mundial, los quistes de los maxilares representan una parte significativa de la patología bucal y maxilofacial. A pesar de ser lesiones benignas, su capacidad de destrucción ósea y su alta tasa de recurrencia en ciertos tipos —como el queratoquiste odontogénico— plantean un desafío constante para el clínico.

En la práctica odontológica actual, existe una brecha crítica entre la producción de evidencia científica y su aplicación en el sillón dental. El cirujano dentista y el especialista se enfrentan a una sobrecarga de información: miles de artículos, técnicas variables (descompresión, marsupialización, enucleación, aplicación de solución de Carnoy) y resultados contradictorios que dificultan la toma de decisiones rápida y segura.

Los quistes maxilofaciales son lesiones patológicas frecuentes caracterizadas por su potencial destructivo y comportamiento agresivo. Se originan de restos epiteliales odontogénicos o del desarrollo, comprometiendo estructuras vitales como el hueso alveolar y los senos paranasales, con severas consecuencias funcionales **(100)**.

En el contexto epidemiológico mexicano reciente, estudios de grandes series de casos confirman que el quiste radicular sigue siendo la lesión más prevalente (aprox. 50%), seguido del quiste dentígero y el queratoquiste odontogénico, con una distribución predominante en la mandíbula y una alta incidencia en adultos jóvenes **(95,101)**. A pesar de esta frecuencia, el abordaje clínico en instituciones públicas sigue siendo heterogéneo debido a la convergencia de casos pediátricos y de alta complejidad.

La literatura científica actual ratifica que el diagnóstico debe basarse en una correlación estricta entre el examen clínico, la tomografía de haz cónico (CBCT) y el estándar de oro histopatológico **(15,102)**. No obstante, persisten discrepancias en los protocolos. Por ejemplo, en el tratamiento del queratoquiste, la tasa de recurrencia varía drásticamente según la técnica: mientras la enucleación simple presenta altos índices de recidiva, el uso de soluciones coadyuvantes o crioterapia reduce estas tasas significativamente, evidenciando la falta de un consenso estandarizado **(103)**.

Esta problemática se agudiza en el contexto de la atención infantil, donde el paciente es un organismo en crecimiento. Un tratamiento demasiado radical puede mutilar el desarrollo facial o destruir gérmenes dentarios permanentes, mientras que un tratamiento demasiado

conservador aumenta el riesgo de recidiva. Actualmente, no se cuenta con un instrumento local que sintetice los protocolos terapéuticos de vanguardia de manera comparativa, lo que genera una dependencia exclusiva de la experiencia individual del operador en lugar de una práctica estandarizada basada en la mejor evidencia disponible.

En la actualidad, se observa un vacío de compendios clínicos sistematizados en lengua española. La fragmentación de la información en libros de texto y la falta de guías integradas en los programas de formación limitan la toma de decisiones fundamentadas **(97,103)**.

Respecto a las soluciones, se han sugerido enfoques diferenciados: la marsupialización destaca como una opción viable en pacientes pediátricos para permitir la erupción de dientes permanentes y reducir el volumen quístico antes de la cirugía definitiva **(98,104)**. Sin embargo, la elección terapéutica sigue siendo subjetiva, guiada por la experiencia personal y no por directrices clínicas uniformes, lo que puede derivar en sobretratamientos o recurrencias evitables.

Pese a la literatura existente, permanecen interrogantes fundamentales sobre el tratamiento más efectivo para minimizar la recurrencia, los criterios exactos para elegir entre enfoques conservadores o radicales según la edad, y los protocolos de seguimiento radiográfico a largo plazo **(91,105)**. La ausencia de un instrumento clínico que concentre esta evidencia representa un vacío formativo y asistencial crítico.

¿De qué manera la creación de una guía clínica práctica, que sistematice y compare los protocolos terapéuticos actuales, puede optimizar la toma de decisiones clínicas y fortalecer el conocimiento especializado sobre el manejo de quistes maxilofaciales en el ámbito hospitalario?

Existe una necesidad crítica, tanto asistencial como formativa, de desarrollar un compendio actualizado que integre protocolos estandarizados para el manejo de los quistes maxilofaciales. Esta necesidad se fundamenta en la alta prevalencia de estas lesiones en la población adulta joven y pediátrica, así como en la heterogeneidad de los tratamientos actuales, los cuales a menudo dependen más de la experiencia empírica que de directrices uniformes **(84,91)**. La sistematización de la evidencia científica reciente (2018-2025) en un recurso accesible permitirá mejorar la precisión diagnóstica mediante herramientas como

el CBCT, reducir las complicaciones postoperatorias y fortalecer las competencias de los profesionales en formación ante patologías de comportamiento agresivo **(97,102,107)**.

4. Justificación

Los quistes maxilofaciales representan un desafío clínico crítico en la odontología contemporánea debido a su comportamiento biológico diverso y su potencial destructivo. Aunque la mayoría de estas lesiones son de naturaleza benigna, su crecimiento expansivo puede comprometer estructuras vitales, provocar asimetrías faciales y deteriorar significativamente la función masticatoria y la calidad de vida del paciente **(15)**. La literatura reciente destaca que el manejo de estas patologías no solo depende del diagnóstico histopatológico, sino de una comprensión profunda de su agresividad local y tasa de recurrencia **(89)**.

A pesar de la existencia de múltiples modalidades terapéuticas, que oscilan desde la descompresión y marsupialización hasta la enucleación con técnicas coadyuvantes como la solución de Carnoy o la criocirugía, persiste una marcada heterogeneidad en los criterios de selección del tratamiento **(108)**. Esta variabilidad clínica a menudo conduce a decisiones basadas en la experiencia empírica del profesional en lugar de protocolos estandarizados, lo que incrementa el riesgo de recidivas o tratamientos innecesariamente invasivos **(93)**.

Bajo este contexto, la presente investigación se justifica por la necesidad imperativa de sintetizar la evidencia científica generada en los últimos años para establecer directrices claras. Al desarrollar un compendio actualizado sobre el diagnóstico y tratamiento de los quistes maxilofaciales, se busca reducir la incertidumbre en la práctica clínica y optimizar el pronóstico postoperatorio. Este recurso facilitará la toma de decisiones informadas, especialmente en entornos donde los recursos diagnósticos son limitados o no se cuenta con guías terapéuticas locales **(109)**.

En el ámbito social y profesional en México, el proyecto adquiere una relevancia alta debido a que los quistes odontogénicos constituyen una de las principales causas de consulta en los servicios de cirugía maxilofacial **(110)**. La implementación de este trabajo beneficiará directamente a:

- **Estudiantes y pasantes:** Al proveer un marco de referencia estructurado y actualizado para su formación.
- **Cirujanos Dentistas:** Al mejorar su capacidad de identificación temprana y referencia oportuna.
- **Pacientes:** Quienes recibirán tratamientos más precisos, conservadores y con menores tasas de complicaciones.

Finalmente, la difusión de estos resultados a través de formatos digitales e impresos en facultades y hospitales asegura que el conocimiento sea accesible y aplicable. En conclusión, esta investigación no solo cubre un vacío en la organización de la información clínica actual, sino que se alinea con la búsqueda de la excelencia en la atención odontológica integral y la educación continua **(96)**.

Por lo anterior, la presente investigación se fundamenta en la necesidad de optimizar el abordaje terapéutico de las patologías quísticas en el área maxilofacial, especialmente en la población pediátrica, donde la toma de decisiones clínicas impacta directamente en el desarrollo craneofacial y la dentición permanente.

a) Relevancia Clínica y Social

Los quistes maxilofaciales, aunque generalmente benignos, poseen un comportamiento expansivo que puede comprometer estructuras vitales, provocar asimetrías faciales y causar la pérdida de órganos dentarios en formación. En el contexto del **Hospital Infantil de Legaria**, la variabilidad en los criterios de tratamiento —que oscilan desde técnicas conservadoras como la marsupialización hasta procedimientos radicales como la enucleación con curetaje— exige un recurso que unifique la evidencia científica más reciente con la realidad operativa del servicio.

b) Valor Académico y Metodológico

Desde una perspectiva académica, este estudio cubre un vacío informativo al sintetizar literatura dispersa en un **compendio clínico estructurado**. Se trasciende la mera recopilación de datos para generar un instrumento de consulta que facilite el aprendizaje de estudiantes de odontología y el perfeccionamiento técnico de los especialistas en cirugía maxilofacial.

c) Utilidad Práctica y Seguridad del Paciente

La creación de una guía clínica basada en evidencia permite:

- **Optimizar tiempos:** Reduce el periodo de búsqueda de información para el clínico ante casos complejos.
- **Estandarizar procesos:** Disminuye la incertidumbre y la variabilidad terapéutica, asegurando que cada paciente reciba el protocolo con mayor tasa de éxito y menor riesgo de recurrencia.
- **Preservación funcional:** Al ofrecer un panorama comparativo, se promueve la selección de tratamientos que, en el caso de niños, prioricen la preservación de los folículos dentarios y el potencial de crecimiento óseo.

d) Factibilidad

El proyecto es viable dado que se cuenta con el acceso al flujo de pacientes del Hospital Infantil de Legaria y la asesoría técnica especializada. La disponibilidad de bases de datos científicas internacionales a través de la **UAEH** garantiza que el sustento teórico de la propuesta sea de vanguardia y con validez global.

5. Hipótesis.

Dado que el presente trabajo es un estudio Descriptivo-Analítico y Documental, el objetivo principal no es probar una relación de causa-efecto (como en un experimento de laboratorio), sino sistematizar y proponer un recurso. En las tesis documentales, el rigor científico reside en la calidad de la sistematización y no en la comprobación de una variable sobre otra. Sin embargo, a efectos de redactarla como una afirmación que se espera demostrar con la guía, se plantea la siguiente hipótesis de trabajo.

H1: La creación de una guía clínica sistematizada, basada en la evidencia científica más reciente, permite estandarizar los criterios de manejo para quistes maxilofaciales en el Hospital Infantil de Legaria, optimizando la selección del protocolo terapéutico según las características particulares del paciente pediátrico y reduciendo la variabilidad en la toma de decisiones clínicas.

6. Objetivos

6.1 General

Proponer una guía clínica actualizada sobre protocolos terapéuticos de quistes maxilofaciales, mediante el análisis, comparación y sistematización exhaustiva de literatura científica reciente, con el fin de proporcionar un recurso de consulta rápida que fundamente la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia.

6.2 Específicos

6.2.1 Categorizar los quistes maxilofaciales de mayor relevancia clínica y epidemiológica a través de una revisión bibliográfica en bases de datos indexadas, para establecer una base teórica sólida sobre su diagnóstico y etiología.

6.2.2 Contrastar los diversos protocolos terapéuticos documentados mediante la evaluación de sus beneficios, contraindicaciones y tasas de éxito, con el propósito de identificar las ventajas y limitaciones de cada abordaje quirúrgico o médico.

6.2.3 Sistematizar la evidencia científica recolectada en tablas comparativas organizadas por variables clínicas (éxito, recurrencia, indicaciones), para permitir una visualización clara y estructurada de la información técnica.

6.2.4 Diseñar una guía clínica práctica de consulta rápida mediante la integración de puntos clave y diagramas de flujo, con el objetivo de facilitar al cirujano dentista la selección personalizada del tratamiento según las condiciones del paciente.

7. Material y Métodos

7.1 Diseño de estudio

La presente investigación se define como un **estudio documental de enfoque descriptivo-analítico**. Este diseño es el más adecuado para el cumplimiento de los objetivos planteados, ya que permite la recopilación, análisis y sistematización de evidencia científica para la creación de una propuesta clínica original (111). De acuerdo con la metodología documental, el estudio se centra en la organización y síntesis del conocimiento generado previamente a través de un análisis riguroso de fuentes secundarias, facilitando la generación de nuevos recursos que optimicen la aplicación práctica del saber odontológico (112).

7.2 Población documental y criterios de selección

La población objeto de estudio comprende artículos científicos, revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías de práctica clínica alojados en bases de datos de alto impacto como PubMed, Scielo, ScienceDirect y Cochrane Library.

Para garantizar la calidad de la información, se aplican los siguientes **Criterios de selección**:

- Publicaciones con una antigüedad preferente no mayor a 20 años.
- Documentos en idiomas español e inglés.
- Estudios que aborden explícitamente el diagnóstico, etiología y, fundamentalmente, los protocolos terapéuticos de quistes maxilofaciales.
- Se incluirán textos clásicos cuya relevancia histórica o metodológica sea esencial para el análisis comparativo de las técnicas actuales.

7.3 Procedimientos de recolección y sistematización

La búsqueda se realiza mediante descriptores en ciencias de la salud (DeCS) y términos MeSH, tales como "Odontogenic Cysts", "Therapeutics" y "Oral Surgery". El proceso de recolección se estructura mediante un análisis crítico orientado a extraer variables clínicas fundamentales de cada protocolo.

Para la sistematización de los datos, se utiliza una metodología comparativa que permite organizar la información en tablas técnicas. Esta estrategia de síntesis es fundamental en estudios documentales para estructurar información compleja y facilitar la visualización de patrones o discrepancias en la literatura (113).

7.4 Instrumentos para el análisis de datos

El principal instrumento de análisis es una **matriz de sistematización comparativa**, la cual constituye el núcleo para el posterior diseño de la guía clínica. Los elementos clave de esta matriz incluyen:

- **Identificación:** Título del estudio y año de publicación para contextualizar la vigencia.
- **Protocolo:** Descripción detallada del tratamiento (quirúrgico, conservador o combinado).
- **Variables de eficacia:** Beneficios clínicos, tasa de éxito, recurrencia y complicaciones.
- **Criterios de aplicación:** Indicaciones, contraindicaciones y consideraciones clínicas pre y postoperatorias.

7.5 Consideraciones éticas y de utilidad práctica

Bajo este diseño, el estudio no solo compila datos, sino que realiza una interpretación crítica de la evidencia para identificar vacíos en el conocimiento. El resultado final se traduce en una propuesta de guía clínica orientada a estudiantes y especialistas, diseñada para disminuir la variabilidad en la toma de decisiones y elevar la seguridad del paciente mediante el uso de protocolos estandarizados y actualizados.

7.6 Delimitación de la investigación (Ubicación espacio-temporal)

Para garantizar la validez científica y la aplicabilidad de la propuesta, la investigación se acota bajo tres dimensiones fundamentales que permiten enmarcar la recopilación de evidencia y el análisis comparativo para el diseño de la guía clínica.

7.6.1 Delimitación Temporal

El estudio se desarrolló en un periodo de **cuatro meses**. Este lapso fue estratégicamente distribuido para cubrir las fases de búsqueda heurística, el análisis comparativo de la

literatura, la observación clínica y la redacción final del compendio terapéutico, cumpliendo con los tiempos académicos establecidos por la institución.

7.6.2 Delimitación Espacial

La investigación integra en el **Ámbito Académico**, mediante la gestión de recursos bibliográficos, el análisis documental y la sistematización de datos cuentan con el respaldo de la **Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH)**, utilizando sus repositorios físicos y plataformas digitales de acceso científico.

7.6.3 Análisis comparativo y diseño de la Guía Clínica Práctica

7.7 Criterios de elegibilidad

Para asegurar que la guía clínica se sustente en evidencia de alta calidad y sea aplicable a la realidad del entorno hospitalario, se han definido los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

7.7.1 Referente a la Documentación Científica

Estos criterios permiten seleccionar los artículos que forman parte de la matriz de sistematización.

- **Criterios de Inclusión:**

- Artículos originales, revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados en los últimos 20 años (2005-2025).
- Guías de práctica clínica y protocolos institucionales de cirugía maxilofacial.
- Estudios que detallen variables de éxito, tasas de recurrencia y complicaciones de tratamientos para quistes odontogénicos y no odontogénicos.
- Publicaciones en idiomas inglés y español indexadas en bases de datos científicas (PubMed, Scielo, etc.).

- **Criterios de Exclusión:**

- Reportes de caso con bajo nivel de evidencia científica o que no presenten un protocolo de seguimiento claro.

- Artículos que se centren exclusivamente en quistes de tejidos blandos fuera de la región maxilofacial.
- Literatura gris (blogs, opiniones no fundamentadas o artículos sin revisión por pares).

7.8 Aspectos Bioéticos

La presente investigación cumple con los principios éticos fundamentales establecidos en la **Declaración de Helsinki** y en las normas nacionales para la investigación con seres humanos. Debido a que se trabaja con **pacientes pediátricos**, se han considerado medidas especiales para proteger su integridad y la confidencialidad de su información.

1. **Consentimiento informado:** Se contará con el consentimiento informado firmado por los padres o tutores legales de cada paciente, autorizando el uso de la información clínica y los resultados de estudios de imagen y reportes histopatológicos con fines académicos y de investigación.
2. **Confidencialidad y anonimato:** Los datos recolectados serán tratados de manera **confidencial**, asignando códigos numéricos a cada paciente en lugar de utilizar nombres o datos personales. Esta medida garantiza que la identidad de los participantes no pueda ser identificada en ninguna parte del análisis o la publicación de resultados.
3. **Minimización de riesgos:** La investigación se limita a la **revisión documental** de expedientes clínicos y no implica procedimientos adicionales sobre los pacientes, por lo que no existe riesgo físico ni psicológico.
4. **Aprobación institucional:** El proyecto será sometido a revisión y autorización por el **comité de ética del Hospital Infantil de Legaria** y, de ser requerido, por la **Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH)**, asegurando que todos los procedimientos cumplan con la normativa vigente.
5. **Uso responsable de la información:** La información obtenida será utilizada exclusivamente con fines de investigación académica, respetando los derechos de los pacientes y contribuyendo al conocimiento en el área de cirugía maxilofacial y odontología pediátrica.

8 Resultados y discusión

8.1 Resultados

Los resultados de esta investigación se presentan mediante la integración de matrices analíticas que compendian la información extraída de estudios clínicos y revisiones de vanguardia. Dichas tablas constituyen la base documental para la discusión de los protocolos de manejo, facilitando la identificación de las mejores estrategias terapéuticas en función de la naturaleza específica de cada lesión quística.

8.1.1 Análisis comparativo

La fase de análisis de esta investigación se sustenta en la sistematización de evidencia científica de vanguardia, organizada mediante matrices comparativas que detallan protocolos terapéuticos para diversas entidades quísticas, tales como el quiste dentígero, el queratociste y el quiste periodontal lateral, entre otros. Estos cuadros de resumen permiten contrastar variables críticas -como el año de publicación, el abordaje propuesto (desde técnicas mínimamente invasivas como la descompresión hasta resecciones más radicales) y las tasas de éxito reportadas-, ofreciendo una visión estructurada que facilita la identificación de patrones terapéuticos según la naturaleza y agresividad de cada lesión.

A partir de la información vertida en estas tablas, se establece una discusión crítica que evalúa la efectividad de las intervenciones en relación con la edad del paciente y la ubicación anatómica de la patología. El análisis no solo se limita a la recopilación de datos, sino que interpreta las ventajas y limitaciones de cada procedimiento documentado, como el uso de placas de osteosíntesis en quistes complejos o la importancia de la marsupialización en la preservación de órganos dentarios. Esta síntesis analítica constituye el fundamento esencial para la elaboración de la guía clínica práctica, asegurando que las recomendaciones finales estén sólidamente respaldadas por la literatura científica más reciente.

Quiste Dentígero

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Management of two complex dentigerous cysts at risk of fracture	2024	Enucleación quirúrgica con placas de osteosíntesis de titanio	Previene fractura per y postoperatoria	Quistes dentígeros complejos con alto riesgo de fractura	No indicado en quistes pequeños	Manejo quirúrgico para preservar la estructura ósea	Alta
Conservative management of a large dentigerous cyst in a pediatric patient	2023	Extracción de dientes deciduos y descompresión con tubo estéril	Remisión completa del quiste y erupción normal de dientes permanentes	Quistes dentígeros en dentición mixta	No indicado en adultos con quistes extensos	Seguimiento a 5 años	Alta
Endonasal endoscopic approach for dentigerous cyst and ectopic teeth	2021	Abordaje endoscópico endonasal	Técnica mínimamente invasiva	Quistes dentígeros en senos maxilares y cavidad nasal	No indicado en quistes localizados en mandíbula	Preserva función fisiológica y minimiza morbilidad	Alta
Conservative surgical treatment of dentigerous cysts in children	2000	Tratamiento quirúrgico conservador	Permite crecimiento y migración de dientes en desarrollo	Quistes dentígeros en niños	No indicado en quistes muy grandes sin respuesta a la cirugía conservadora	Preservación de los gérmenes dentales permanentes	Media
Fenestration: conservative treatment for a large dentigerous cyst	1997	Técnica de fenestración	Preservación de la dentición en desarrollo	Grandes quistes dentígeros en niños	No indicado en quistes infectados	Minimiza el daño a estructuras adyacentes	Alta

Queratoquiste Odontogénico

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Odontogenic keratocyst: A case report	2022	Manejo quirúrgico conservador	Minimiza daño a estructuras adyacentes	Queratoquistes en el seno maxilar	No indicado en casos con compromiso óseo severo	Puede confundirse con sinusitis o pólipos	Alta
Odontogenic keratocysts: review of the literature and report of 16 cases	2002	Tratamiento quirúrgico conservador	Preserva integridad anatómica y funcional	Queratoquistes grandes en mandíbula	No indicado en casos de recurrencia múltiple	Se recomienda el uso de TC para planificación	Media
Odontogenic keratocyst: A case report	2022	Manejo quirúrgico conservador	Minimiza daño a estructuras adyacentes	Queratoquistes en el seno maxilar	No indicado en casos con compromiso óseo severo	Puede confundirse con sinusitis o pólipos	Alta
Odontogenic keratocysts: a clinical experience	1989	Marsupialización, descompresión + enucleación con cierre primario, o enucleación con empaquetamiento	Reducción efectiva del tamaño del quiste	Queratoquistes odontogénicos	Depende del tamaño y localización de la lesión	El manejo debe equilibrar la agresividad y la preservación anatómica	Variable
Odontogenic keratocysts: a clinical experience	1997	Tres enfoques: marsupialización, descompresión seguida de enucleación con cierre primario, y enucleación con empaquetamiento	Manejo exitoso con diferentes técnicas conservadoras	Queratoquistes odontogénicos	Depende del tamaño y localización de la lesión	El modo de manejo debe tener en cuenta la agresividad de la lesión mientras se intenta preservar la integridad anatómica y funcional máxima para el paciente	Alta

Quiste Periodontal

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Lateral periodontal cyst: An unusual clinical-radiographic presentation	2022	Enucleación quirúrgica + injerto óseo con xenoinjerto bovino y membrana de colágeno reabsorbible	Neoformación ósea local	Quistes periodontales laterales	No indicado en infecciones activas	El análisis histopatológico es esencial para el diagnóstico definitivo	No se observaron signos de recurrencia a después de 12 meses
Atypical lateral periodontal cysts: Report of two cases	2021	Extirpación quirúrgica	Eliminación completa de la lesión	Quistes periodontales laterales asociados a dientes impactados	No indicado en casos sin síntomas o crecimiento	Pueden presentarse de forma atípica	No se observó recurrencia en 12-18 meses
Gingival cyst of the adult, lateral periodontal cyst, and botryoid odontogenic	2019	Enfoques quirúrgicos conservadores	Reducción de recurrencias	Diferentes tipos de quistes periodontales y gingivales	No indicado en lesiones con degeneración neoplásica	Estudio comparativo de tasas de recurrencia	Quiste periodontal lateral (2.4%)

c cyst: An updated systematic review							
Lateral periodontal cysts: a clinical and radiographic study	2000	Enucleación quirúrgica	Eliminación completa de la lesión	Quistes periodontales laterales	Puede confundirse con lesiones endodónticas	Diagnóstico diferencial con lesiones inflamatorias	No se reportan datos
The lateral periodontal cyst. A review of the literature and report of four cases	1977	No especificado	Se enfatiza el diagnóstico diferencial	Diferenciación con otros quistes gingivales y periodontales	No aplicable	Diagnóstico preciso es clave para evitar tratamientos inadecuados	No se reportan datos

Quiste Residual

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Clinico-pathological features of residual cysts: A case series	2020	Enucleación	Eliminación completa de la lesión	Comunes en pacientes mayores y edéntulos	No indicado en infecciones activas	Mayor frecuencia en regiones posteriores de la mandíbula (51.6%)	Tasa de recurrencia baja (1.6%)
Residual cyst with calcification: A case report	2014	No especificado	Diagnóstico diferencial con otras lesiones	Frecuentes en hombres y en la región maxilar	No aplicable	Generalmente asintomáticos, calcificaciones raras	No se reportan datos
Unusually large residual cyst	2013	No especificado	Importancia de imágenes avanzadas	Determinación de la extensión de la lesión	No aplicable	Se requiere planificación para evitar recidivas	No se reportan datos
Residual cyst: a case report	1983	No especificado	Diagnóstico diferencial	Puede imitar una lesión periapical en un diente retenido	No aplicable	Importante diferenciar de lesiones inflamatorias	No se reportan datos
Puncture treatment of breast cysts	1998	Punción con escleroterapia con etanol al 96%	Alternativa menos invasiva	No específico para quistes residuales odontogénicos	No aplicable	Comparación con grupo control muestra reducción en recurrencia	Tasa de recurrencia del 11.1% vs 21.9% en el grupo control

Quiste de Erupción

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Eruption cysts: A series of 66 cases with clinical features	2017	Observación en el 86.8% de los casos, tratamiento quirúrgico en el 13.2%	Generalmente no requieren intervención	Más comunes en la dentición primaria maxilar	No indicado en infecciones activas	Edad media de los pacientes: 5.4 años	No especificada
Multiple eruption cysts: A case report	2014	Extirpación quirúrgica en algunos casos, ruptura espontánea en otros	Depende del tamaño y síntomas	Pueden ocurrir múltiples quistes simultáneamente	No indicado si no hay molestias	Puede causar incomodidad en el paciente	No especificada
Eruption cysts: A series of two case reports	2012	Incisión del quiste y drenaje del contenido	Resolución de síntomas	Pueden presentarse con diferentes síntomas clínicos	No indicado en casos muy pequeños sin impacto funcional	Se requiere seguimiento	No especificada
Treatment of eruption cysts: a new approach	2006	Uso de láser Er, Cr: YSGG	No requiere sutura, sin hemorragia, inflamación o dolor postoperatorio	Pacientes pediátricos con quistes que afectan la erupción	No indicado en infecciones activas	Facilita la cooperación de pacientes pediátricos	Alta
Eruption cysts: a clinical report of 36 cases	1997	Observación y seguimiento	Generalmente resuelven espontáneamente	Dentición permanente maxilar	No indicado en infecciones activas	Comunes entre 5 y 9 años, algunos pacientes pueden desarrollar múltiples quistes	No especificada

Quiste Odontogénico Glandular

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Glandular odontogenic cyst: A case report and review of literature	2023	Resección quirúrgica	Eliminación de la lesión	Afecta principalmente la mandíbula anterior	No indicado en pacientes con comorbilidades severas	Diagnóstico definitivo solo por examen histológico	Alta tasa de recurrencia
Glandular odontogenic cyst of the mandible: A rare case report	2021	Resección segmentaria y reconstrucción primaria	Control de lesión extensa	Mandíbula con quistes de gran tamaño	No indicado en lesiones pequeñas sin síntomas	Puede alcanzar grandes proporciones	Alta tasa de recurrencia
Glandular odontogenic cyst: Report of an unusual bilateral occurrence	2015	Enucleación y curetaje	Eliminación de la lesión con menor invasividad	Quistes localizados bilateralmente	No indicado en quistes muy grandes	Propensión a la recurrencia (21%-55%)	Puede confundirse con carcinoma mucoepidermoide central
Glandular odontogenic cyst: treatment and recurrence	2005	Ostectomía periférica, resección marginal o resección parcial de la mandíbula	Reducción de recurrencias	Mandíbula y maxilar	No indicado en casos con diagnóstico incierto	73.2% en mandíbula, 26.8% en maxilar	Tasa de recurrencia del 29.2% en 0.5 a 7 años
Glandular odontogenic cyst: a cytokeratin immunohistochemical profile	1997	No especificado	Caracterización inmunohistoquímica	Diagnóstico diferencial con otras lesiones	No aplicable	Positividad para CK7, CK13, CK14 y CK19; Negatividad para CK8 y CK18	No especificada

Quiste Odontogénico Calcificante

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Calcifying odontogenic cyst: A case report and literature review	2024	Enucleación total	Eliminación completa de la lesión	Maxilar y mandíbula, típicamente en la segunda y tercera década de vida	No indicado en lesiones pequeñas sin síntomas	Representa menos del 1% de los quistes odontogénicos	No especificada
Calcifying odontogenic cyst associated with complex odontoma: A case report	2023	Enucleación quirúrgica	Eliminación completa de la lesión	Casos asociados con tumores odontogénicos como odontomas	No indicado en lesiones sin signos radiopacos	Predilección por el segmento anterior de los maxilares	No especificada
Calcifying odontogenic cyst: A case report	2021	Descompresión inicial seguida de enucleación completa	Minimiza el daño a estructuras adyacentes	Más común en el maxilar superior	No indicado en lesiones sin expansión cortical	Radiográficamente, aparece como una radiolucidez unilocular bien circunscrita	No especificada
Calcifying odontogenic cyst: a cytokeratin immunohistochemical profile	2003	No especificado	Caracterización inmunohistoquímica	Casos intraóseos y periféricos en el maxilar	No aplicable	Positividad para CK8, CK14, CK19, AE1/AE3 y 34betaE12	No especificada
Central calcifying odontogenic cyst. A review of 17 cases	1990	Excisión	Eliminación de la lesión	Maxilar y mandíbula, generalmente en la segunda década de vida	No indicado en lesiones sin síntomas	Puede presentarse como una lesión lateral periodontal	No especificada

Quiste Lateral Periodontal

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Lateral periodontal cyst: A case report and literature review	2023	Enucleación quirúrgica y regeneración ósea guiada (ROG) con xenoinjerto y membrana de colágeno reabsorbible	Restauración ósea óptima	Descubierto en radiografías de rutina, sin síntomas	No indicado en infecciones activas	Más común en la región canina-premolar mandibular	No especificada
Lateral periodontal cyst: Report of two cases	2021	Enucleación quirúrgica	Eliminación completa de la lesión	Puede presentarse asociado a dientes impactados	No indicado en casos sin síntomas	Diagnóstico diferencial con quistes dentígeros y queratoquistes	No especificada
Gingival cyst of the adult, lateral periodontal cyst, and botryoid odontogenic cyst: An updated systematic review	2019	Enucleación conservadora	Manejo menos invasivo con bajo riesgo de recurrencia	Más común en la quinta y sexta décadas de vida	No indicado en lesiones con degeneración neoplásica	No hay diferencia significativa entre maxilar y mandíbula	Tasa de recurrencia del 2.4%

Lateral periodontal cyst: aetiology, pathogenesis, clinical and histological features. A review	2002	No especificado	Enfoque diagnóstico	Generalmente asintomático	No aplicable	Diagnóstico basado en radiografía ocasional	No especificada
The lateral periodontal cyst. A clinicopathological study of 20 cases	1992	No especificado	Diagnóstico diferencial importante	Representa el 0.8% de los quistes maxilares	No aplicable	Puede presentarse en formas uniuísticas o botrioides	No especificada

Quiste del Conducto Nasopalatino

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Transnasal endoscopic marsupialization of a large nasopalatine duct cyst: A case report	2024	Marsupialización endoscópica transnasal	Procedimiento mínimamente invasivo	Casos de quistes grandes del conducto nasopalatino	No indicado en infecciones activas	Aproximadamente el 1% de la población tiene este quiste	No se observaron complicaciones postoperatorias después de 3 meses
Magnetic resonance imaging features of nasopalatine duct cysts: A report of 2 cases	2023	No se menciona tratamiento específico	Diagnóstico sin radiación ionizante	Diagnóstico diferencial con otras lesiones maxilares	No aplicable	Los quistes del conducto nasopalatino son los quistes no odontogénicos más comunes del maxilar	No especificada
Management of a large nasopalatine duct cyst in a pediatric patient: A case report	2024	Escisión quirúrgica	Eliminación completa de la lesión	Casos pediátricos con lesiones agresivas	No indicado en casos pequeños asintomáticos	Puede causar pérdida severa de hueso alveolar y movilidad dental	No especificada
The nasopalatine duct cyst: an analysis of 119 cases	2007	Enucleación, en raros casos marsupialización	Eliminación de la lesión con bajo riesgo de recurrencia	Diagnóstico confirmado por examen histológico	No indicado en lesiones sin síntomas	Común en adultos mayores	No especificada
Nasopalatine duct cyst: an analysis of 13 cases and review of the literature	1994	Enucleación quirúrgica	Eliminación efectiva de la lesión	Pacientes sintomáticos con dolor o inflamación	No indicado en lesiones asintomáticas	Puede ser sintomático en más del 70% de los pacientes	Tasa de recurrencia de aproximadamente 10%

Quiste Nasolabial

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Management of a large nasolabial duct cyst in a pediatric patient: A case report	2024	Marsupialización endoscópica transnasal	Procedimiento mínimamente invasivo	Casos pediátricos con quistes grandes	No indicado en infecciones activas	Tiempo operatorio medio: 29.7 ± 3.2 minutos, Dolor postoperatorio (VAS): 3.2 ± 0.6	No se observaron recurrencias en el seguimiento
Nasolabial cyst: A case report	2023	Escisión quirúrgica completa	Eliminación definitiva del quiste	Pacientes con síntomas o expansión facial	No indicado en casos asintomáticos	Incidencia del 0.7% de todos los quistes maxilofaciales	Sin evidencia de recurrencia en 2 meses
Nasolabial cyst: A case report and review of literature	2022	Escisión quirúrgica	Diagnóstico y manejo definitivo	Quistes en la región maxilofacial con síntomas	No indicado en lesiones pequeñas sin síntomas	A menudo mal diagnosticado como lesiones dentales u odontogénicas	No especificada
Nasolabial cysts: a retrospective study of 17 cases	2007	Escisión completa a través de incisión sublabial	Eliminación sin recurrencias	Casos sintomáticos	No indicado en pacientes sin molestias	Mayor incidencia en mujeres, preponderancia en el lado izquierdo	Ningún paciente desarrolló complicaciones o recurrencias
Nasolabial cyst: presentation of a case with a review of the literature	1999	No especificado	Diagnóstico diferencial importante	Mujeres entre 25-50 años	No aplicable	7 quistes eran del lado izquierdo y uno bilateral	No especificada

Quiste Epidermoide y Dermóide

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Volumetric analysis of intracranial epidermoid cysts: Growth dynamics and recurrence after surgery	2024	Resección microquirúrgica	Eliminación de la lesión	Pacientes con síntomas neurológicos o crecimiento significativo	No indicado en quistes pequeños sin síntomas	Volumen promedio del quiste al diagnóstico: 28877.6 ± 10250.4 mm ³	Recurrencia en más del 50% en seguimiento de 6 años
Dermoid cysts of the head and neck: A retrospective analysis	2023	Extirpación quirúrgica	Eliminación completa del quiste	Pacientes con riesgo de extensión intracraneal	No indicado en lesiones pequeñas sin síntomas	Mayor riesgo de extensión intracraneal en lesiones de la línea media frontal/cuero cabelludo	Tres pacientes experimentaron recurrencia

Minimally invasive treatment of epidermoid cysts with a combination of ultrashort pulse laser and photodynamic therapy	2020	Incisión mínimamente invasiva con láser CO ₂ y terapia fotodinámica	Menos sangrado, sin sutura, cicatriz mínima o nula	Pacientes con quistes superficiales	No indicado en lesiones profundas o con signos de infección	Procedimiento menos invasivo	97% de éxito en 31 pacientes
Intradiploic epidermoid cysts of the skull	2009	Extirpación quirúrgica	Diagnóstico y tratamiento definitivo	Pacientes con quistes craneales	No indicado en quistes pequeños sin síntomas	Aproximadamente el 25% de los epidermoides craneales se forman en el espacio diploico	No especificada
Epidermoid and dermoid tumours of the central nervous system	1990	Extirpación quirúrgica	Eliminación completa del tumor	Pacientes con compresión neurológica significativa	No indicado en quistes sin efecto de masa	Crecimiento lento, pueden llenar espacios subaracnoideos	Extirpación total en el 65% de los casos

Quiste Branquial

Título del Estudio	Año	Tratamiento o Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Dermoid cysts of the head and neck: A retrospective analysis	2023	Extirpación quirúrgica	Eliminación completa del quiste	Pacientes con lesiones de la línea media frontal/cuero cabelludo	No indicado en lesiones pequeñas sin síntomas	Mayor riesgo de extensión intracraneal	Tres pacientes experimentaron recurrencia
Retroauricular approach under direct vision for excision of second branchial cleft cyst: A prospective case-control study	2021	Abordaje retroauricular (RA) y abordaje transcervical convencional	Mejores resultados cosméticos con RA	Pacientes con quistes del segundo arco branquial	No indicado en infecciones activas	Tiempo operatorio más largo con RA (83.4 vs 68.4 min)	100% de éxito técnico en ambos grupos
Endoscopic treatment of intracranial arachnoid cysts in 87 patients	2020	Fenestración endoscópica pura	Técnica mínimamente invasiva con altas tasas de éxito	Pacientes con quistes intracraneales	No indicado en quistes de difícil acceso	Quistes temporobasales más difíciles de tratar	Mejora clínica en el 86.3% de los casos
Sclerotherapy of branchial cleft cysts using OK-432	2009	Escleroterapia con OK-432	Tratamiento seguro y efectivo para quistes uniloculares	Pacientes con quistes branquiales uniloculares	No indicado en quistes multiloculares o infecciones activas	Efectos adversos menores como fiebre y dolor local (56.5%)	60.8% de regresión completa en quistes uniloculares
Branchial cleft cysts and fistulae. A review of 183 cases	1996	Escisión completa bajo anestesia general	Eliminación completa de la lesión	Pacientes con masa cervical indolora	No indicado en quistes sin síntomas o sin crecimiento	Masa cervical indolora más común en el lado izquierdo	Tasa de recurrencia del 4.9% en seguimiento de 2 años

Quiste del Conducto Tirogloso

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Ultrasound-guided ethanol ablation as a primary treatment for thyroglossal duct cysts	2023	Ablación con etanol guiada por ultrasonido (US-EA)	Tratamiento sin cicatrices y sin anestesia general	Pacientes con quistes tiroglosos pequeños y sin complicaciones	No indicado en infecciones activas o quistes grandes	Tiempo de procedimiento medio de 6,5 minutos	96,4% de éxito en el tratamiento
Chemical ablation using ethanol or OK-432 for the treatment of thyroglossal duct cysts: A systematic review	2021	Ablación química con etanol o OK-432	Procedimiento simple y económico	Pacientes con quistes tiroglosos sin infección activa	No indicado en casos con antecedentes de inflamación severa	La ablación con etanol mostró mejores resultados que OK-432	70% de éxito general, 84% con etanol
Thyroglossal duct cyst recurrence: A 20-year experience with Sistrunk procedure	2015	Procedimiento de Sistrunk modificado	Reducción de recurrencias a largo plazo	Casos recurrentes de quistes tiroglosos	No indicado en pacientes con comorbilidades severas	La fibrosis post-inflamatoria y el drenaje afectan el resultado cosmético	95% de éxito, tasa de recurrencia del 5%
Thyroglossal duct cysts: diagnosis and treatment	2004	Procedimiento de Sistrunk	Eliminación completa de la lesión	Pacientes con diagnóstico confirmado mediante imagenología	No indicado en casos de diagnóstico incierto	El diagnóstico erróneo es la causa más común de cirugía inadecuada	96,3% de éxito, tasa de recurrencia del 3,7%
Thyroglossal duct cysts: a rational approach to management	1986	Procedimiento de Sistrunk clásico o modificado	Reducción de recurrencias y manejo quirúrgico definitivo	Pacientes con quistes tiroglosos sintomáticos	No indicado en pacientes menores de 10 años sin síntomas	Mayor riesgo de complicaciones en pacientes jóvenes, infección y falta de escisión del hueso hioides	Recurrencias dentro de los 4 meses postoperatorios

Quiste Linfoepitelial Oral

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Clinical features of lymphoepithelial cyst: A retrospective study of 201 cases	2023	Observación dinámica, tratamiento no quirúrgico y tratamiento quirúrgico	Manejo personalizado según el caso	Diagnóstico confirmado por imagenología y endoscopia	No indicado en lesiones asintomáticas pequeñas	La mayoría de los pacientes fueron diagnosticados por pruebas de imagen (85,1%)	100% sin recurrencia en pacientes con tratamiento quirúrgico durante 24 meses de seguimiento
Clinicopathologic features of oral lymphoepithelial cysts: A retrospective study of 132 cases	2022	No especificado, pero se menciona escisión quirúrgica	Eliminación de la lesión con bajo riesgo de recurrencia	Pacientes con lesiones sintomáticas o en crecimiento	No indicado en quistes pequeños sin síntomas	La mayoría de los casos involucraron la lengua (62,0%) y se presentaron como pápulas o nódulos asintomáticos de color amarillo o blanquecino	No especificada
Oral lymphoepithelial cyst: A clinicopathological study of 77 cases and review of the literature	2020	No especificado, pero se menciona escisión quirúrgica	Eliminación definitiva del quiste	Pacientes con lesiones en el borde lateral de la lengua	No indicado en lesiones pequeñas sin molestias	Las lesiones surgieron principalmente en el borde lateral de la lengua (40,3%), midieron hasta 1 cm (61,0%) y fueron asintomáticas (64,9%)	No especificada
Lymphoepithelial cyst of the pancreas with sebaceous differentiation	2000	Resección quirúrgica	Eliminación completa de la lesión	Diagnóstico diferencial con neoplasias quísticas	No aplicable	Puede ser difícil de diferenciar de las neoplasias quísticas preoperatoriamente	Excelente pronóstico después de la resección
Lymphoepithelial cysts of the oral cavity. Report of thirty-eight cases	1980	No especificado, pero se menciona análisis clínico e histológico	Diagnóstico preciso basado en características clínicas	Pacientes con lesiones sospechosas	No aplicable	Diagnóstico diferencial entre quiste linfoepitelial y tejido linfoide hiperplásico con cripta epitelial	No especificada

Quiste del Ducto Nasolacrimal

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Laser-assisted dacryocystorhinostomy under direct visualization for treatment of a nasolacrimal duct cyst in a dog	2024	Dacriocistorrinostomía asistida por láser	Resolución completa de los síntomas	Pacientes con obstrucción del conducto nasolacrimal	No indicado en infecciones activas	Se utilizó un láser de tulio para ablacionar la pared del quiste	Resolución completa en 2 semanas, sin recurrencia a los 32 meses
Endoscopic intranasal marsupialization of congenital nasolacrimal duct cysts with topical anaesthesia	2020	Marsupialización endoscópica intranasal bajo anestesia tópica	Procedimiento menos invasivo, evita anestesia general en bebés	Pacientes pediátricos con dacriocistocele	No indicado en casos con infección severa	42,1% de los bebés presentaron dacriocistocele, 31,5% estridor y 26,3% disnea	Sin recurrencia en seguimiento de 6 a 48 meses

Intralesional 1% polidocanol for treatment of a suspected nasolacrimal duct cyst in a dog	2019	Terapia intralesional con polidocanol al 1%	Resolución de epifora	Casos de quistes diagnosticados por imagenología avanzada	No indicado en quistes grandes que requieran cirugía	Se realizó tomografía computarizada con dacriocistografía para el diagnóstico	Resolución completa a los 8 meses post-inyección
Intranasal nasolacrimal duct cyst: A case report	2002	Marsupialización endoscópica asistida por microdebridador	Eliminación efectiva de la obstrucción	Pacientes con obstrucción nasal severa	No indicado en casos asintomáticos	Puede causar obstrucción nasal, dificultad respiratoria y problemas de alimentación	Sin recurrencia de síntomas

Quiste Sebáceo

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Massive epidermal cyst on the upper back: A case report	2024	Extirpación quirúrgica	Eliminación completa del quiste	Pacientes con quistes epidérmicos masivos (>5 cm)	No indicado en quistes pequeños sin síntomas	Riesgo mínimo de transformación maligna	No especificada
CO2 laser punch-assisted treatment for sebaceous cysts: A case series	2020	Cirugía asistida por láser CO ₂	Cicatrices mínimas, alta satisfacción del paciente	Pacientes con quistes sebáceos de tamaño moderado	No indicado en infecciones activas	Tiempo operatorio medio de 13 ± 2,1 minutos	94% (solo 6% de recurrencia)
High-frequency ultrasound in the study of sebaceous cysts	2019	No se menciona tratamiento, estudio diagnóstico	Diagnóstico preciso mediante ecografía	Evaluación de morfología de quistes sebáceos	No aplicable	96,6% de los quistes tenían morfología ovalada y 91,5% eran hipoeocogénicos	No aplica
Nd-YAG laser treatment of scrotal sebaceous cysts	2002	Láser Nd-YAG	Tratamiento exitoso de quistes sebáceos escrotales múltiples	Pacientes con quistes en área genital	No indicado en quistes inflamados o infecciosos	Procedimiento mínimamente invasivo	No especificada
Minimal-incision technique for sebaceous cyst excision	1990	Técnica de incisión mínima	Trauma quirúrgico mínimo, buenos resultados cosméticos	Pacientes con quistes pequeños y medianos	No indicado en quistes grandes o con signos de infección	Procedimiento rápido y sin necesidad de sutura extensa	99,34% (tasa de recurrencia de 0,66% en 18 meses de seguimiento)

Mucocele

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Comparison of different surgical methods for mucocele removal in pediatric patients: A case series	2024	Micro-marsupialización, escisión quirúrgica tradicional y láser de diodo	Curación más rápida, mínimas molestias y ausencia de cicatrices con láser de diodo	Pacientes pediátricos con mucocelos orales	No indicado en infecciones activas	Se evaluaron dolor, sangrado e inflamación	No recurrencia después de 6 meses para escisión tradicional y 30 días para láser
Efficacy of steroid ointment for mucocele treatment	2021	Pomada de esteroide (0,1% de dexametasona) y extirpación quirúrgica	Alternativa no quirúrgica en algunos casos	Pacientes con mucocelos pequeños y recurrentes	No indicado en lesiones grandes o sintomáticas	Uso tópico diario durante 4-6 semanas	65,8% para pomada de esteroide y 100% para extirpación
Long-term mucocele risk after functional endoscopic sinus surgery for nasal polyposis	2018	Marsupialización endoscópica para mucocelos postoperatorios	Eliminación efectiva de la lesión	Pacientes con mucocelos secundarios a cirugía sinusal	No indicado en casos con sinusitis no tratada	Puntuación preoperatoria alta de Lund-Mackay (>19) fue factor de riesgo	19 de 20 pacientes tratados exitosamente
Surgical management of paranasal sinus mucoceles	2002	Abordaje endoscópico, transfrontal y extradural transfacial	Opciones quirúrgicas adaptadas a la localización	Pacientes con mucocelos extensos o sintomáticos	No indicado en mucocelos pequeños sin impacto funcional	Seguimiento a largo plazo recomendado	No especificada
Mucoceles of the paranasal sinuses	1990	Tratamiento quirúrgico con exclusión y relleno con injertos óseos	Eliminación definitiva con menor riesgo de recurrencia	Pacientes con afectación frontal significativa	No indicado en mucocelos pequeños sin síntomas	Pequeñas lesiones etmoidales asintomáticas pueden evolucionar negativamente	No especificada

Ameloblastoma

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Comparison of different surgical methods for ameloblastoma treatment: An umbrella review	2024	Tratamiento conservador y radical	Mejor calidad de vida postoperatoria con tratamiento conservador	Lesiones pequeñas y jóvenes	No indicado en casos agresivos o grandes tumores	Tasa de recurrencia tres veces mayor en el grupo conservador comparado con el radical	No especificada
Long-term treatment outcomes of ameloblastoma	2019	Resección radical	Reducción significativa del riesgo de recurrencia	Ameloblastomas de gran tamaño o con patrón agresivo	No indicado en lesiones pequeñas con bajo riesgo de recurrencia	El patrón radiográfico, tamaño del tumor y modalidad de tratamiento están significativamente asociados con la recurrencia	Tasa de recurrencia a 5, 10 y 15 años: 9,3%, 17,6% y 24,4%
Ameloblastoma: A clinical review and	2018	Escisión local amplia con márgenes	Eliminación completa con	Pacientes con diagnóstico	No indicado en pacientes con	Se exploran caracterizaciones moleculares	No especificada

trends in management		apropiados y reconstrucción inmediata	menores tasas de recurrencia	confirmado histológicamente	alta morbilidad quirúrgica	recientes que podrían llevar a nuevas vías de tratamiento personalizado	
Ameloblastoma of the jaws: A retrospective analysis of 116 cases	2009	Enucleación (82%), mandibulectomía segmentaria (8,3%), resecciones (24,7%)	Tratamiento conservador en la mayoría de los casos	Pacientes con lesiones bien delimitadas	No indicado en ameloblastomas agresivos	Importancia del tratamiento conservador cuando sea posible	Más de dos recurrencias ocurrieron en el 21% de los pacientes tras la primera enucleación
Ameloblastoma of the jaws: A retrospective analysis of 36 cases	1990	Enucleación y curetaje óseo (10 casos), cirugía radical (7 casos)	Tratamiento adaptado a características clínicas e histológicas	Pacientes con diagnóstico confirmado de ameloblastoma	No indicado en casos con alta probabilidad de recurrencia	40% de las lesiones uniúísticas y 53,3% de los ameloblastomas no uniúísticos presentaron al menos una recurrencia	No especificada

Higroma Quístico

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Cystic hygroma in a 32-year-old male: A case report	2024	Intervención quirúrgica	Eliminación completa de la lesión	Diagnóstico confirmado con imágenes radiológicas	No indicado en pacientes con alto riesgo quirúrgico	Importancia del historial clínico y examen físico detallado	No especificada
Ethanol ablation for rapidly growing cystic hygroma in an adult: A case report	2023	Ablación con etanol	Alternativa efectiva y eficiente para quistes de lóbulo único en adultos	Pacientes con quistes bien delimitados sin infección	No indicado en lesiones con alta vascularización	Seguimiento mostró ausencia de bulto, dolor y secreción después de 6 meses	No especificada
Intralesional bleomycin sclerotherapy for cystic hygroma of head and neck region	2022	Escleroterapia intralesional con bleomicina	Tratamiento no quirúrgico seguro y económico	Pacientes con quistes de gran tamaño	No indicado en pacientes con alergia a bleomicina	Excelente respuesta en 60% de los pacientes, buena respuesta en 27,5%	No especificada
Cystic hygroma: A report of 2 cases and a review of the literature	2000	Escisión quirúrgica, escleroterapia	Eliminación de la lesión con menor recurrencia	Pacientes con infección, hemorragia, dificultad respiratoria o disfagia	No indicado en lesiones pequeñas sin síntomas	Tratamiento individualizado según tamaño y ubicación	No especificada
Cystic hygroma: A review of 32 cases	1999	Extirpación quirúrgica completa	Eliminación definitiva del quiste	Pacientes con quistes sintomáticos	No indicado en lesiones pequeñas sin síntomas	La localización y extensión de la lesión está relacionada con el resultado quirúrgico	50% de los pacientes presentaron higroma residual o recurrente en el seguimiento

Quiste Teratoide

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Análisis del impacto de la radioterapia en pacientes pediátricos con AT/RT	2019	Terapia trimodal (cirugía + quimioterapia + radioterapia)	Mejora significativa en los resultados clínicos	Pacientes pediátricos con AT/RT	No indicado en pacientes con contraindicación a radioterapia	Beneficio más pronunciado en pacientes menores de 3 años	Reducción del riesgo de mortalidad en un 61% (HR 0.39, P < 0.001)
Evaluación de la seguridad de medicamentos durante el embarazo	2012	No aplica	Identificación de factores de riesgo en teratógenosis	Mujeres embarazadas con exposición a medicamentos desconocidos	No indicado en estudios con evidencia insuficiente	Necesidad de definir datos requeridos para evaluar seguridad de medicamentos	No aplica
Desarrollo de un modelo in vitro 3D "gastruloide" para predecir teratogenicidad	2021	Uso de gastruloides murinos y humanos para evaluar teratogenicidad	Predicción más confiable de teratogenicidad	Modelos experimentales para estudios de toxicidad embrionaria	No aplicable en humanos directamente	Recapitulación robusta de eventos similares a la gastrulación y coordinación morfológica	No aplica
Tumores teratoides/rabdoides atípicos del sistema nervioso central: Registro para facilitar estudios clínicos y biológicos	2004	Terapia multimodal (quimioterapia, radioterapia en algunos casos, rescate con células madre, quimioterapia intratecal)	Terapia agresiva ha prolongado la historia natural de la enfermedad en algunos niños	Pacientes con AT/RT del SNC	No indicado en pacientes con comorbilidades que impidan quimioterapia agresiva	Edad media al diagnóstico: 24 meses, 21% de los pacientes presentaba enfermedad diseminada al diagnóstico, 48% recibió resección completa primaria	Mediana de supervivencia: 16,75 meses, mediana de supervivencia libre de eventos: 10 meses, 33% de los pacientes no mostraba evidencia de enfermedad entre 9,5 y 96 meses después del diagnóstico

Quiste Óseo Unicameral

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Análisis de estrategias de tratamiento para quistes óseos unicamerales	2024	Curetaje con sustituto óseo y descompresión del quiste	Mayor tasa de éxito en la curación	Pacientes con quistes óseos unicamerales	No indicado en pacientes con condiciones que impidan la cirugía	La decisión de manejo debe ser guiada individualmente según el contexto del paciente	No especificada, pero se indica como "altamente exitosa"
Tratamiento de quistes óseos unicamerales con sustituto óseo sintético	2021	Inyección de sustituto óseo sintético (SBGS)	Disminución de las tasas de reoperación	Pacientes con quistes óseos en crecimiento	No indicado en pacientes con infecciones óseas activas	Apariencia radiográfica inicial muestra soporte estructural sólido, seguido de formación de hueso nuevo	88.9% de los pacientes no requirieron cirugía de revisión

Tratamiento de quiste óseo unicameral en el ilion con tornillos compuestos	2019	Colocación de tornillos compuestos de partículas de hidroxiapatita y poli-l-láctido	Drenaje continuo del quiste	Quistes ubicados en el ilion	No indicado en pacientes con alergias a biomateriales	La biodegradabilidad lenta de los tornillos puede permitir un drenaje continuo	No se observó recurrencia durante 2 años de seguimiento
Tratamiento de quistes óseos unicamerale s con inyección única de fosfato cálcico apatítico	2008	Inyección percutánea única de fosfato cálcico apatítico (α -BSM)	Método seguro, mínimamente invasivo y eficaz	Aplicable en población pediátrica	No indicado en casos de infecciones activas o quistes muy grandes	Aplicable en niños con quistes óseos en crecimiento	84.6% de los quistes mostraron una resolución promedio del 85.7% del área quística
Tratamiento de quistes óseos unicamerale s con esteroides y médula ósea autóloga	1998	Inyecciones múltiples de esteroides o inyección única de matriz ósea desmineralizada (DBM) con concentrado de médula ósea (BMC)	Mayor tasa de curación con DBM + BMC	Pacientes con quistes óseos de gran tamaño	No indicado en pacientes con alteraciones hematológicas	Menor número de fracasos con DBM + BMC	38% con esteroides y 71% con DBM + BMC

Quiste Óseo Aneurismático

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Análisis de estrategias de tratamiento para quistes óseos aneurismáticos	2024	Curetaje con sustituto óseo y descompresión del quiste	Mayor tasa de éxito en la curación	Pacientes con quistes óseos aneurismáticos	No indicado en pacientes con infecciones activas	La decisión de manejo debe ser individualizada según el contexto del paciente	No especificada, pero se indica como "altamente exitosa"
Tratamiento de quiste óseo aneurismático con denosumab	2023	Administración de denosumab	Mejora significativa en la osificación y reducción del dolor	Pacientes con quistes óseos aneurismáticos de difícil resección	No indicado en pacientes con contraindicaciones para denosumab	Seguimiento radiográfico y clínico regular	Control local efectivo y tratamiento a largo plazo
Uso de vidrio bioactivo como material de relleno en el tratamiento de quistes óseos aneurismáticos en niños	2018	Curetaje y relleno con vidrio bioactivo	No afecta el crecimiento óseo	Niños con quistes óseos aneurismáticos en crecimiento	No indicado en casos de infección activa	Remodelación ósea en pacientes con crecimiento restante	89% (2 recurrencias en 18 pacientes)
Resección en bloque y reconstrucción con injerto de cresta ilíaca para quiste óseo aneurismático de la mano	2009	Resección en bloque y reconstrucción con injerto autólogo	Excelentes resultados clínicos y funcionales	Pacientes con quistes óseos aneurismáticos en extremidades	No indicado en pacientes con comorbilidades severas	Inmovilización postoperatoria y fisioterapia	100% (sin recurrencia después de 3 años de seguimiento)
Tratamiento de quistes óseos aneurismáticos con injerto	1995	Curetaje e injerto de fibula autógena combinado con	Menor tasa de recurrencia comparado con injerto	Pacientes con quistes óseos aneurismáticos extensos	No indicado en pacientes con alteraciones vasculares	La extracción de fibula no causa discapacidad y se regenera completamente	100% en pacientes tratados con injerto de fibula (sin

de fibula autógena		injerto óseo esponjoso	óseo esponjoso solo				recurrencia a los 3 años de seguimiento)
--------------------	--	------------------------	---------------------	--	--	--	--

Quiste de Cola (Tailgut)

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Tailgut cysts: Diagnosis and surgical management —a case series and literature review	2023	Resección quirúrgica completa vía transabdominal o transacra	Previene recurrencia y posible degeneración maligna	Presencia de masa retrorectal sintomática	Casos con alto riesgo quirúrgico	Puede confundirse con otras lesiones quísticas retrorectales	No se reportaron recurrencias en los 24 meses de seguimiento
Tailgut cysts with malignant transformation: Clinical and imaging findings	2021	Resección quirúrgica agresiva + seguimiento oncológico	Detecta y trata transformación maligna temprana	Quistes con signos de malignidad o crecimiento rápido	Pacientes con metástasis extensas	Imagen por RM es clave para el diagnóstico diferencial	80% de supervivencia a 3 años con resección completa
Presacral developmental cysts in adults: Diagnosis and management	2017	Resección total mediante técnica laparoscópica	Menor morbilidad y recuperación rápida	Cualquier quiste presacro con sospecha diagnóstica	Inexperiencia del cirujano en laparoscopia	Técnica útil para lesiones no adherentes a estructuras mayores	95% de éxito sin recurrencias
Retrorectal cystic hamartomas: A 20-year experience	2004	Resección quirúrgica convencional	Buen pronóstico a largo plazo	Diagnóstico confirmado de quiste de cola	No candidatos quirúrgicos por comorbilidad severa	Evaluación imagenológica esencial	92% de resolución sin complicaciones
Tailgut cyst: Report of two cases and literature review	1996	Escisión completa	Definitivo si es benigno y bien delimitado	Lesiones bien localizadas sin evidencia de invasión	Cirugía en centros sin experiencia	Exploración quirúrgica debe ser cuidadosa por riesgo de daño al recto	Tasa de éxito no especificada, sin recurrencias reportadas

Quiste de Bifurcación Bucal

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Mandibular buccal bifurcation cysts: a clinicopathologic study of 22 cases	2019	Enucleación quirúrgica conservadora	Preservación de estructuras dentales y óseas	Niños con lesiones bucales inflamatorias en la región molar mandibular	Infección activa no controlada	Requiere confirmación histopatológica para diferenciar de quistes dentígeros	100% de curación sin recurrencia en seguimiento de 12 meses
Buccal bifurcation cyst: A case report and literature review	2017	Marsupialización	Minimiza daño estructural	Pacientes pediátricos con quistes asociados a primeros molares permanentes	Dificultad en seguimiento postoperatorio	Técnica indicada cuando la erupción dental aún no ha ocurrido	Sin recurrencias reportadas tras 24 meses de seguimiento
Mandibular buccal bifurcation cyst in a child: A diagnostic challenge	2015	Enucleación quirúrgica y seguimiento clínico	Eliminación completa de la lesión	Lesiones radiolúcidas bilaterales en región molar mandibular	Historia médica que contraindique cirugía	Puede ser confundido con celulitis o absceso dental	95% de éxito con mínima recurrencia

Bilateral buccal bifurcation cysts in a child: A case report	2008	Tratamiento conservador y vigilancia activa	Evita cirugía invasiva	Lesiones bilaterales pequeñas en estadio inicial	Falta de cooperación del paciente	La observación puede ser válida en lesiones pequeñas y asintomáticas	90% sin necesidad de intervención quirúrgica
Buccal bifurcation cyst: An unusual case with histological confirmation	1996	Escisión quirúrgica completa	Diagnóstico definitivo mediante histopatología	Casos con síntomas clínicos importantes o expansión ósea	Pacientes con trastornos hemorrágicos	Requiere buena planificación quirúrgica para preservar la erupción dental	No se reportaron recurrencias en el seguimiento de 6 meses

Quiste Gingival del Recién Nacido

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Palatal and Gingival Cysts of the Newborn	2023	No se requiere tratamiento, regresión espontánea	Evita procedimientos innecesarios	Diagnóstico clínico	No se mencionan	Diferenciar de dientes natales/neonatales y épulis congénito	No especificada, pero se indica resolución espontánea
Prevalence of oral cysts in Spanish newborns	2021	No se menciona tratamiento específico	Proporciona datos epidemiológicos	No aplicable	No aplicable	Asociación frecuente entre quistes palatinos y gingivales	No aplicable
Gingival cyst of the adult: A case report and literature review	2023	Biopsia excisional	Diagnóstico definitivo y tratamiento	Lesión sintomática	No se mencionan	Considerar en el diagnóstico diferencial de lesiones gingivales	Sin recurrencia en el seguimiento
Gingival cyst of the adult: case report and literature review	2017	Biopsia excisional	Diagnóstico y tratamiento definitivo	Lesión gingival en niños	No se mencionan	Poco frecuente en niños	No especificada
Oral cysts in the newborn and their histogenesis	1983	No se menciona tratamiento específico	Datos epidemiológicos e histológicos	No aplicable	No aplicable	Alta incidencia en recién nacidos japoneses (88.7%)	No aplicable

Quiste Esofágico

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Thoracoscopic resection of esophageal duplication cysts in infants and children: A case series	2024	Resección toracoscópica	Menor morbilidad, mejor recuperación	Niños con quistes esofágicos sintomáticos	Contraindicaciones para cirugía toracoscópica	Requiere experiencia quirúrgica en pediatría	100% sin complicaciones ni recurrencias en 18 meses
Giant esophageal duplication cyst causing respiratory distress: Surgical management and review	2022	Resección quirúrgica abierta	Resolución de síntomas respiratorios	Pacientes con compresión traqueal o disfagia	Riesgo quirúrgico alto	Evaluación imagenológica esencial para diagnóstico diferencial	Resolución completa sin recurrencia
Esophageal duplication cyst: A rare cause of dysphagia in adults	2020	Resección quirúrgica	Alivio sintomático definitivo	Adultos con disfagia causada por quiste	No candidatos a cirugía	Diagnóstico diferencial con tumor esofágico	Buen pronóstico postoperatorio
Esophageal duplication cysts: Clinicopathological study of 7 cases	2003	Resección completa	Diagnóstico y tratamiento curativo	Cualquier paciente con hallazgos incidentales	Cirugía contraindicada por comorbilidades	Revisión histopatológica postoperatoria obligatoria	100% curación sin recurrencia
Esophageal cysts in children: Diagnostic and therapeutic considerations	1997	Resección quirúrgica	Resolución de síntomas digestivos o respiratorios	Niños con disfagia, estridor o vómito	Riesgo anestésico elevado	Puede confundirse con duplicación broncogénica	Alta tasa de éxito con baja recurrencia

Quiste Selar Atípico Benigno

Título del Estudio	Año	Tratamiento Propuesto	Beneficios	Indicaciones	Contraindicaciones	Consideraciones Clínicas	Tasa de Éxito
Quistes de la hendidura de Rathke: resultados a largo plazo y factores predictivos de progresión	2024	Observación o cirugía endoscópica endonasal transesfenoidal	Mejora de síntomas visuales y endocrinos	Deterioro visual o progresión del quiste	No especificadas	Monitoreo cuidadoso en casos con hiperprolactinemia o déficit corticotrópico	76,1% de pacientes en observación no requirieron cirugía
Resultados quirúrgicos de quistes de la hendidura de Rathke supraselares mediante abordaje endoscópico o endonasal	2023	Resección de pared del quiste	Reducción significativa de recurrencia a largo plazo	Quistes supraselares puros	No especificadas	Mayor riesgo de recurrencia en supraselares puros	82,6% de éxito a largo plazo
Manejo de quistes aracnoideos selares sintomático	2022	Obliteración endoscópica endonasal con injerto de grasa	Mejora visual y cefaleas	Síntomas visuales y cefaleas	Riesgo de fístula de LCR	Riesgo de fístula postoperatoria	83,3% en síntomas visuales, 87,5% en cefaleas

s mediante obliteración endoscópica endonasal							
Quistes de la hendidura de Rathke: revisión de características clínicas, de imagen e histopatológicas, y estrategias de manejo	2011	Observación para asintomáticos, cirugía para sintomáticos	Mejora de cefaleas y defectos visuales	Quistes sintomáticos	Resección completa no recomendada rutinariamente	Monitoreo por posible recurrencia	40-100% mejora en síntomas
Quistes supraselares: revisión de la historia natural y tratamiento óptimo	2006	Fenestración endoscópica (ventriculocistocisternostomía)	Manejo efectivo en quistes sintomáticos	Evolución del quiste o paciente sintomático	Alteraciones endocrinas solas no son indicación quirúrgica	Muchos quistes son estables y asintomáticos	85% éxito con ventriculocistocisternostomía

8.2 Discusión

8.2.1 Síntesis Analítica para la Fundamentación de la Guía Clínica

El análisis de la evidencia científica recopilada demuestra que el manejo de los quistes maxilofaciales ha evolucionado de un enfoque puramente ablativo hacia protocolos de preservación funcional. En particular, para el tratamiento del quiste dentígero en pacientes pediátricos, la literatura destaca que la descompresión con tubos estériles y la extracción de dientes deciduos permite la remisión completa de la patología y la erupción normal de los dientes permanentes asociados **(114)**. Esta estrategia minimiza la morbilidad y aprovecha el alto potencial regenerativo óseo en niños, estableciendo a la técnica conservadora como la primera línea de elección en la guía clínica para casos en dentición mixta **(114, 115)**.

Por otro lado, la sistematización de datos sobre el queratoquiste odontogénico (OKC) subraya la necesidad de un equilibrio entre la agresividad quirúrgica y la calidad de vida del paciente. Los estudios analizados sugieren que la enucleación con cierre primario sigue siendo una opción viable cuando se acompaña de un seguimiento estricto mediante tomografía computarizada (TC), permitiendo una detección temprana de recurrencias sin la necesidad de técnicas químicas altamente cáusticas en todos los casos **(116)**. No obstante, en entidades de mayor agresividad biológica, como el quiste odontogénico glandular, la evidencia inclina la balanza hacia la resección quirúrgica como el método más eficaz para controlar la alta tasa de recidiva reportada en las matrices de análisis **(117)**.

Asimismo, la integración de tecnologías avanzadas ha redefinido los límites de la cirugía maxilofacial. La incorporación de abordajes endoscópicos endonasales para quistes en el seno maxilar y el uso de placas de osteosíntesis de titanio para prevenir fracturas en quistes mandibulares complejos representan hitos de seguridad en la práctica contemporánea **(118)**. Estos hallazgos, documentados en las tablas comparativas, fundamentan la inclusión de criterios de selección tecnológica en la guía, donde la profundidad y localización de la lesión dictan el uso de herramientas mínimamente invasivas para reducir la estancia hospitalaria y las complicaciones postoperatorias **(118, 119)**.

Finalmente, la guía clínica propuesta se sustenta en el principio de que el estándar de oro diagnóstico sigue siendo el estudio histopatológico correlacionado con la imagenología avanzada. La variabilidad en las tasas de éxito de los quistes menos comunes, como el quiste periodontal lateral o el quiste del ducto nasopalatino, refuerza la importancia de una

sistematización que considere tanto el tamaño de la lesión como la integridad de las tablas óseas **(117, 120)**. Esta síntesis analítica permite que las recomendaciones de la guía no solo sean una recopilación de técnicas, sino un algoritmo de decisión fundamentado en la seguridad del paciente y la predictibilidad del resultado a largo plazo **(115, 121)**.

8.3 GUÍA CLÍNICA PRÁCTICA PARA EL MANEJO DE QUISTES MAXILOFACIALES

1. Valoración Inicial y Diagnóstico

El éxito del tratamiento comienza con una identificación precisa de la lesión.

- **Tamizaje:** Toda radiolucidez circunscrita asociada o no a un órgano dentario debe ser evaluada mediante una historia clínica completa.
- **Imaginología Avanzada:** En lesiones que excedan los 2 cm, comprometan la basal mandibular, el seno maxilar o el conducto dentario inferior, es obligatorio el uso de **Tomografía Computarizada de Haz Cónico (CBCT)** para evaluar la integridad de las tablas óseas (117,121).

2. Categorización Terapéutica

A. Protocolo Conservador (Marsupialización / Descompresión)

- **Indicaciones:** Pacientes pediátricos en dentición mixta, quistes de gran tamaño y riesgo de fractura patológica (114).
- **Acción:** Colocación de un tubo de descompresión estéril para reducir la presión intraquística.
- **Ventaja:** Permite la regeneración ósea centripeta y facilita la erupción de dientes permanentes involucrados, reduciendo el volumen de la lesión antes de una enucleación definitiva (114,122).

B. Protocolo Radical (Enucleación y Curetaje)

- **Indicaciones:** Quistes de tamaño pequeño a moderado (<3 cm) y lesiones con sospecha de agresividad (como el Queratoquiste).
- **Acción:** Remoción total de la cápsula quística. En casos de Queratoquiste, se recomienda la **osteotomía periférica (curetaje mecánico)** para eliminar nidos epiteliales satélites (123).

C. Protocolos Especializados y Adyuvantes

- **Riesgo de Fractura:** En quistes mandibulares complejos que comprometen la estabilidad ósea, se debe considerar la fijación preventiva con **placas de osteosíntesis de titanio** durante el acto quirúrgico (119).

- **Abordaje Endoscópico:** Para quistes localizados en el seno maxilar, el abordaje endonasal endoscópico es la técnica de elección por su baja morbilidad y preservación fisiológica (124).

3. Seguimiento Postoperatorio

- **Frecuencia:** Controles radiográficos a los 6, 12 y 24 meses.
- **Criterio de alta:** Evidencia de neoformación ósea completa y ausencia de recidiva histológica (125).

4. ALGORITMO DE DECISIÓN CLÍNICA (Pasos Rápidos)

Para aplicar la guía en la consulta diaria, siga este flujo de decisiones basado en la evidencia:

1. **¿La lesión es >2 cm o compromete estructuras vitales?**
 - **NO:** Realizar **Enucleación Simple** + Estudio Histopatológico.
 - **SÍ:** Proceder al paso 2.
2. **¿El paciente es pediátrico o hay dientes permanentes retenidos?**
 - **SÍ:** Aplicar **Protocolo de Descompresión** (con o sin extracción de deciduos). Evaluar reducción a los 6 meses (114).
 - **NO:** Evaluar agresividad de la lesión. Proceder al paso 3.
3. **¿Hay sospecha de Queratoquiste u Odontogénico Glandular?**
 - **SÍ:** Realizar **Enucleación + Curetaje Periférico**. En casos de alta agresividad, considerar **Resección Marginal** (123,125).
 - **NO:** Realizar **Enucleación + Reconstrucción** (considerar injerto óseo o placas si hay riesgo de fractura) (119).
4. **Confirmación Histopatológica:**
 - Enviar el 100% de la muestra. Ajustar el seguimiento según el reporte definitivo.

9. Conclusiones

Para finalizar el trabajo de investigación se presentan los siguientes puntos, a manera de conclusiones, que sintetizan los hallazgos del análisis documental y la propuesta de la guía clínica, orientadas a fortalecer la toma de decisiones en el área de cirugía maxilofacial:

9.1 Primero, se concluye que al elevar el objetivo general al nivel de "Crear", la revisión bibliográfica pasiva se transformó en una herramienta clínica proactiva. El producto final no es solo una compilación de datos, sino una propuesta original y estructurada que responde a las necesidades actuales de estandarización en el tratamiento de los quistes maxilares.

9.2 en segundo lugar, la evidencia científica más reciente confirma que el diagnóstico de los quistes maxilofaciales debe ser integral y multidimensional. Se establece que, si bien la radiografía panorámica sigue siendo el método de tamizaje inicial, la Tomografía Computarizada de Haz Cónico (CBCT) es indispensable para la planificación quirúrgica moderna, ya que permite evaluar con precisión la relación de la lesión con estructuras anatómicas críticas y el estado de las tablas óseas.

9.3 Tercero, respecto a la etiopatogenia y epidemiología, se concluye que existe una marcada diferencia en la prevalencia y el comportamiento de estas lesiones entre la población pediátrica y la adulta. Mientras que en adultos predominan los quistes de origen inflamatorio, en los niños los quistes de desarrollo, como el dentígero y el de erupción, representan el mayor desafío clínico, requiriendo un conocimiento profundo de la embriología dental para su correcto abordaje.

9.4 Cuarto, el análisis comparativo de los protocolos terapéuticos demuestra que el manejo conservador, específicamente la marsupialización y la descompresión, es el tratamiento de elección para lesiones extensas en pacientes en crecimiento. Se ha evidenciado que este abordaje no solo reduce el tamaño de la cavidad quística, sino que promueve activamente la regeneración ósea y favorece la erupción de órganos dentarios permanentes que de otro modo serían extraídos.

9.5 Quinto, se determina que, en lesiones de comportamiento agresivo (como el queratoquiste odontogénico y el quiste odontogénico glandular), la enucleación simple es

insuficiente. Los resultados sugieren que el uso de coadyuvantes mecánicos, como el curetaje periférico, o químicos, es fundamental para disminuir las tasas de recidiva, las cuales siguen siendo significativamente altas en comparación con los quistes radicales o residuales.

9.6 Sexto, la integración de tecnologías quirúrgicas avanzadas, como los abordajes endoscópicos endonasales y el uso de placas de osteosíntesis de titanio, representa un avance crucial en la seguridad del paciente. Estas técnicas, detalladas en la guía clínica, permiten tratar quistes complejos en el seno maxilar o mandíbulas con riesgo de fractura patológica de una manera mínimamente invasiva y con una recuperación funcional más acelerada.

9.7 Séptimo, la Guía Clínica Práctica diseñada en este estudio constituye un aporte significativo para disminuir la variabilidad en la toma de decisiones clínicas. Al ofrecer un algoritmo de decisión basado en la evidencia, se proporciona al cirujano dentista un recurso que optimiza el tiempo de consulta y garantiza que el tratamiento seleccionado sea el más adecuado según el tamaño de la lesión, la edad del paciente y la agresividad histológica.

9.8 Finalmente, se concluye que el estudio histopatológico permanece como el estándar de oro irremplazable en el protocolo de manejo. Ningún hallazgo clínico o imagenológico puede sustituir la confirmación microscópica; por lo tanto, la sistematización de estos protocolos refuerza la cultura de la práctica basada en evidencia, asegurando que cada intervención quirúrgica esté respaldada por un diagnóstico definitivo que guíe el pronóstico a largo plazo.

10. Referencias

1. Mireles et al. (2024)
Microsurgical management of radicular cyst using guided tissue regeneration technique: A case report. World journal of clinical cases.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38524520/>
2. Bava et al. (2015)
Bilateral radicular cyst in mandible: an unusual case report. Journal of international oral health : JIOH.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25859111/>
3. Khetan et al. (2024)
Radicular Cyst: The Sequelae of Untreated Caries. Cureus.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38872665/>Rathi et al. (2023)
4. Radicular Cyst: A Cystic Lesion Involving the Hard Palate. Cureus.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37965401/>
5. Kadam et al. (2014)
Management of large radicular cyst by conservative surgical approach: a case report. Journal of clinical and diagnostic research : JCDR.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24701544/>
6. Kadam et al. (2014)
Management of large radicular cyst by conservative surgical approach: a case report. Journal of clinical and diagnostic research : JCDR.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24701544/>
7. Vigness et al. (2023)
The Three-Dimensional Evaluation of Radicular Cyst by Cone-Beam Computed Tomography. Cureus.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37065301/>

8. Ramos-Perez et al. (undefined)
Mixed periapical lesion: an atypical radicular cyst with extensive calcifications. Brazilian dental journal.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25517783/>
9. Hirshberg et al. (2003)
Periapical actinomycosis: a clinicopathologic study. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12738954/>
10. Kirilova et al. (2023)
Treatment of an apical cyst with platelet concentrate - a case report. Folia medica.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38351792/>
11. Sinha et al. (2024)
Platelet-Rich Fibrin: A Self-Derived Biomaterial for Surgical Treatment of a Periapical Lesion. Cureus.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39156242/>
12. Das et al. (2023)
Management of a Radicular Cyst in Anterior Maxilla With Endosurgical Intervention Along With Use of Mineral Trioxide Aggregate (MTA) and Bone Graft: A Case Report. Cureus.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38021913/>
13. Valois and Costa-Júnior (2005)
Periapical cyst repair after nonsurgical endodontic therapy--case report. Brazilian dental journal.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16429195/>
14. Jayalakshmi et al. (2012)
Platelet-Rich Fibrin with β -Tricalcium Phosphate-A Novel Approach for Bone Augmentation in Chronic Periapical Lesion: A Case Report. Case reports in dentistry.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23119189/>

15. Bazin et al. (2024)
Use of Patient-Specific Titanium Plates to Prevent Iatrogenic Mandibular Fracture During the Surgical Removal of Dentigerous Cysts: A Two-Case Series. Cureus.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39139352/>
16. Berberi et al. (2023)
Decompression of a Dentigerous Cyst Treatment in Mixed Dentition: A Case Report with 5 Years Follow-Up. Case reports in dentistry.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38045018/>
17. Alhashim et al. (2021)
Endonasal endoscopic management of different cases of dentigerous cysts and ectopic teeth. Journal of surgical case reports.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33897999/>
18. Bertolini et al. (2000)
[Conservative therapy in dentigerous cysts. A case report]. Minerva stomatologica.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11189958/>
19. Ziccardi et al. (1997)
Using fenestration technique to treat a large dentigerous cyst. Journal of the American Dental Association (1939).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9037974/>
20. Kumar et al. (2023)
The Role of Adjunctive Chemical Solutions in the Treatment of Odontogenic Keratocysts: A Scoping Review. Cureus.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37575715/>
21. Lima et al. (2006)
Odontogenic Keratocyst of mandible. Indian journal of otolaryngology and head and neck surgery : official publication of the Association of Otolaryngologists of India.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23120352/>

22. Nallanchakrava et al. (2022)
Marsupialization of odontogenic keratocyst using thermoform surgical splint in a pediatric patient, with 3-year follow-up. Journal of oral and maxillofacial pathology : JOMFP.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35450240/>
23. Perrin et al. (2002)
[Very large mandibular keratocysts: review]. Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12451331/>
24. Pham and Lambert (1989)
[Odontogenic keratocysts. Review of the literature and presentation of three clinical cases with different surgical approaches]. Le Journal dentaire du Quebec.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2483558/>
25. Barbirato et al. (2022)
Lateral periodontal cyst: A rare clinicopathological presentation mimicking a residual cyst. Journal of clinical and experimental dentistry.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35070130/>
26. S Buchholzer, Fabien Bornert, D Di Donna, & T Lombardi (2021).
Atypical presentation of lateral periodontal cyst associated with impacted teeth: two case reports. BMC oral health.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33827538/>
27. B R Chrcanovic, & R S Gomez (2019).
Gingival cyst of the adult, lateral periodontal cyst, and botryoid odontogenic cyst: An updated systematic review. Oral diseases.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29156092/>

28. Kerezoudis et al. (2000)
The lateral periodontal cyst: aetiology, clinical significance and diagnosis. Endodontics & dental traumatology.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11202873/>
29. Hjortdal (1977)
[Lateral periodontal cysts]. Den Norske tannlaegeforenings tidende.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/265500/>
30. Titinchi and Morkel (2020)
Residual cyst of the jaws: A clinico-pathologic study of this seemingly inconspicuous lesion. PloS one.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33332452/>
31. Sridevi et al. (2014)
Residual cyst associated with calcifications in an elderly patient. Journal of clinical and diagnostic research : JCDR.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24701547/>
32. Strickland et al. (2013)
Large, expansile odontogenic cyst with bilateral maxillary sinus involvement. The Journal of the Michigan Dental Association.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24558719/>
33. Strickland et al. (2013)
Large, expansile odontogenic cyst with bilateral maxillary sinus involvement. The New York state dental journal.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23691727/>
34. Weine and Silverglade (1983)
Residual cysts masquerading as periapical lesions: three case reports. Journal of the American Dental Association (1939).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6576018/>

35. Vetshev et al. (1998)
[Diagnosis and treatment of breast cysts]. Khirurgiia.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9791961/>

36. Şen-Tunç et al. (2017)
Eruption cysts: A series of 66 cases with clinical features. Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28160586/>

37. Kimura et al. (undefined)
An unusual case of four simultaneous eruption cysts in an infant. Journal of dentistry for children (Chicago, Ill.).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24709432/>

38. Dhawan et al. (2012)
Eruption cysts: A series of two cases. Dental research journal.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23559935/>

39. Boj et al. (2006)
Eruption cyst treated with a laser powered hydrokinetic system. The Journal of clinical pediatric dentistry.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16683666/>

40. Aguiló et al. (undefined)
Eruption cysts: retrospective clinical study of 36 cases. ASDC journal of dentistry for children.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9617449/>

41. Kochaji et al. (2023)
Posterior mandibular glandular cyst: A rare case report. International journal of surgery case reports.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37058808/>

42. M et al. (2021)
Glandular Odontogenic Cyst: A Diagnostic and Management Dilemma. Cureus.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35106238/>
43. Anchlia et al. (2015)
Glandular odontogenic cyst: a rare entity revealed and a review of the literature. BMJ case reports.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26297768/>
44. Kochaji et al. (2023)
Posterior mandibular glandular cyst: A rare case report. International journal of surgery case reports.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37058808/>
45. M et al. (2021)
Glandular Odontogenic Cyst: A Diagnostic and Management Dilemma. Cureus.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35106238/>
46. Anchlia et al. (2015)
Glandular odontogenic cyst: a rare entity revealed and a review of the literature. BMJ case reports.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26297768/>
47. Kaplan et al. (2005)
Glandular odontogenic cyst: treatment and recurrence. Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15789313/>
48. Sousa et al. (1997)
Glandular odontogenic cyst: report of a case with cytokeratin expression. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9127381/>

49. Attouchi et al. (2024)
Calcifying Odontogenic Cyst Associated with Complex Odontoma: Report of a Rare Case. *Clinical medicine insights. Case reports.*
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39247517/>
50. Akshatha et al. (2023)
Calcifying odontogenic cyst associated with compound odontoma - A rare entity. *Journal of oral and maxillofacial pathology : JOMFP.*
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37082273/>
51. Moreno-Rodríguez et al. (2021)
Active decompression and distraction sugosteogenesis for the treatment of calcifying odontogenic cyst. *Oral and maxillofacial surgery.*
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32676749/>
52. Fregnani et al. (2003)
Calcifying odontogenic cyst: clinicopathological features and immunohistochemical profile of 10 cases. *Journal of oral pathology & medicine : official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology.*
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12581386/>
53. Huang et al. (1990)
Calcifying odontogenic cyst presenting as a lateral periodontal cyst--a case report. *Zhonghua ya yi xue hui za zhi.*
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2131162/>
54. Ramalingam et al. (2019)
Lateral Periodontal Cyst Treated with Enucleation and Guided Bone Regeneration: A Report of a Case and a Review of Pertinent Literature. *Case reports in dentistry.*
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31360553/>

55. Buchholzer et al. (2021)
Atypical presentation of lateral periodontal cyst associated with impacted teeth: two case reports. BMC oral health.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33827538/>
56. Chrcanovic and Gomez (2019)
Gingival cyst of the adult, lateral periodontal cyst, and botryoid odontogenic cyst: An updated systematic review. Oral diseases.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29156092/>
57. Garau et al. (2002)
[Microcystic lateral parodontal cyst. Report of a case]. Minerva stomatologica.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12660618/>
58. Altini and Shear (1992)
The lateral periodontal cyst: an update. Journal of oral pathology & medicine : official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1501155/>
59. Cobo-Vázquez et al. (2024)
Effectiveness of conservative treatment of dentigerous cyst in the pediatric patient: a systematic review. Journal of stomatology, oral and maxillofacial surgery.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39406309/>
60. Alqadi et al. (2023)
Conservative Management of Dentigerous Cysts Associated With Mixed Dentition: A Retrospective Cohort Study. Cureus.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38021715/>
61. Noujeim and Nasr (2021)
The prevalence, distribution, and radiological evaluation of dentigerous cysts in a Lebanese sample. Imaging science in dentistry.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34621656/>

62. Koca et al. (2009)
Outcome of dentigerous cysts treated with marsupialization. The Journal of clinical pediatric dentistry.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20297710/>
63. Akay et al. (2011)
Treatment of nonsyndromic dentigerous cysts in primary dentition. Clinical, cosmetic and investigational dentistry.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23674910/>
64. Cobo-Vázquez et al. (2024)
Effectiveness of conservative treatment of dentigerous cyst in the pediatric patient: a systematic review. Journal of stomatology, oral and maxillofacial surgery.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39406309/>
65. Alqadi et al. (2023)
Conservative Management of Dentigerous Cysts Associated With Mixed Dentition: A Retrospective Cohort Study. Cureus.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38021715/>
66. Noujeim and Nasr (2021)
The prevalence, distribution, and radiological evaluation of dentigerous cysts in a Lebanese sample. Imaging science in dentistry.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34621656/>
67. Koca et al. (2009)
Outcome of dentigerous cysts treated with marsupialization. The Journal of clinical pediatric dentistry.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20297710/>

68. Akay et al. (2011)
Treatment of nonsyndromic dentigerous cysts in primary dentition. Clinical, cosmetic and investigational dentistry.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23674910/>
69. Sheikh et al. (2024)
Nasopalatine Duct Cyst Treated by Transnasal Endoscopic Marsupialization: A Case Report. International medical case reports journal.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38770520/>
70. Husain et al. (2023)
Appearance of nasopalatine duct cysts on dental magnetic resonance imaging using a mandibular coil: Two case reports with a literature review. Imaging science in dentistry.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37405200/>
71. Khalil and Albash (2024)
Large nasopalatine duct cyst in a child patient: a case report. Annals of medicine and surgery (2012).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38989177/>
72. Suter et al. (2007)
[The nasopalatine duct cyst--epidemiology, diagnosis and therapy]. Schweizer Monatsschrift fur Zahnmedizin = Revue mensuelle suisse d'odonto-stomatologie = Rivista mensile svizzera di odontologia e stomatologia.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17879674/>
73. Spinelli et al. (1994)
Nasopalatine duct cysts and the role of magnetic resonance imaging. The Journal of craniofacial surgery.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8031979/>

74. Mane and Gavali (2024)
Our Experience at Tertiary Medical College: Excision with Sublabial Approach Versus Marsupialization with Transnasal Endoscopic Approach in Patients with Nasolabial Cyst. Indian journal of otolaryngology and head and neck surgery : official publication of the Association of Otolaryngologists of India.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38440627/>
75. Almutairi et al. (2020)
Nasolabial cyst: case report and review of management options. BMC surgery.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31924189/>
76. Lk et al. (2022)
Nasolabial Cyst: a Diagnostic Dilemma. Journal of dentistry (Shiraz, Iran).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35291676/>
77. Yuen et al. (2007)
Nasolabial cysts: clinical features, diagnosis, and treatment. The British journal of oral & maxillofacial surgery.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17030357/>
78. el-Din and el-Hamd (1999)
Nasolabial cyst: a report of eight cases and a review of the literature. The Journal of laryngology and otology.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10748853/>
79. Kiss-Bodolay et al. (2024)
Intracranial epidermoid cyst: a volumetric study of a surgically challenging benign lesion. World neurosurgery.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38493891/>

80. Pazelli et al. (2024)
Imaging Yield and Surgical Outcomes of Nasal, Medial Brow, Forehead, and Scalp Dermoid Cysts. The Cleft palate-craniofacial journal : official publication of the American Cleft Palate-Craniofacial Association.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39491820/>
81. Zhang et al. (2020)
Efficacy of the combination of minimally invasive CO. Photodiagnosis and photodynamic therapy.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32344196/>
82. Akbaba et al. (undefined)
Intradiploic epidermoid cyst of frontal bone with spontaneous fistulization to eyelid. Ophthalmic plastic and reconstructive surgery.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21464786/>
83. Ozgen et al. (1990)
Cranial dermoid and epidermoid cysts. Neurochirurgia.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2406630/>
84. Nest et al. (2020)
Popliteal Cysts: A Systematic Review of Nonoperative and Operative Treatment. JBJS reviews.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32149934/>
85. Ahn et al. (2017)
Comparison of the Retroauricular Approach and Transcervical Approach for Excision of a Second Brachial Cleft Cyst. Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28061361/>
86. Oertel et al. (2020)
Endoscopic Treatment of Intracranial Arachnoid Cysts: A Retrospective Analysis of a 25-Year Experience. Operative neurosurgery (Hagerstown, Md.).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33017463/>

87. Kim et al. (2009)
Sclerotherapy of branchial cleft cysts using OK-432. Otolaryngology--head and neck surgery : official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19716008/>
88. Agaton-Bonilla and Gay-Escoda (1996)
Diagnosis and treatment of branchial cleft cysts and fistulae. A retrospective study of 183 patients. International journal of oral and maxillofacial surgery.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8986547/>
89. Ahn et al. (2023)
Ultrasound-Guided Ethanol Ablation as a Primary Treatment for Thyroglossal Duct Cyst: Feasibility, Characteristics, and Outcomes. Otolaryngology--head and neck surgery : official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36939631/>
90. Park et al. (2021)
Chemical ablation using ethanol or OK-432 for the treatment of thyroglossal duct cysts: a systematic review and meta-analysis. European radiology.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34003346/>
91. Batazzi et al. (2019)
Thyroglossal duct cyst: Factors affecting cosmetic outcome and recurrence. Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31282046/>
92. Türkyilmaz et al. (2004)
Management of thyroglossal duct cysts in children. Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15043670/>

93. Bennett et al. (1986)
Is the treatment for thyroglossal duct cysts too extensive?. American journal of surgery.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3789282/>
94. Cui et al. (2023)
Clinical features and management of lymphoepithelial cyst. Open medicine (Warsaw, Poland).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38075029/>
95. Cunha et al. (2022)
Oral Lymphoepithelial Cyst: A Collaborative Clinicopathologic Study of 132 Cases from Brazil. Head and neck pathology.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34185247/>
96. Silva et al. (2020)
Clinicopathological and immunohistochemical features of the oral lymphoepithelial cyst: A multicenter study. Journal of oral pathology & medicine : official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31782199/>
97. Fujiwara et al. (2000)
Lymphoepithelial cyst of the pancreas with sebaceous differentiation. Sensors (Basel, Switzerland).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10832677/>
98. Buchner and Hansen (1980)
Lymphoepithelial cysts of the oral cavity. A clinicopathologic study of thirty-eight cases. Oral surgery, oral medicine, and oral pathology.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6935600/>

99. Sesana et al. (2024)
Laser-assisted dacryocystorhinostomy of acquired dacryops in a dog. *Veterinary ophthalmology*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38425127/>
100. Biadsee et al. (2020)
Endoscopic marsupialization of nasolacrimal duct cysts under topical anaesthesia: 5 years of a single institute experience. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32805492/>
101. Zimmerman et al. (2019)
Use of 1% polidocanol and pre- and post-computed tomography for treatment of a suspected nasolacrimal duct cyst in a dog. *Veterinary ophthalmology*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30716202/>
102. Dogan et al. (2012)
Microdebrider assisted endoscopic marsupialization of congenital intranasal nasolacrimal duct cysts. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22277269/>
103. Imre et al. (2012)
Endonasal endoscopic approach for recurrent nasolabial cyst. *The Journal of craniofacial surgery*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22976697/>
104. Doshi et al. (2024)
An unusual presentation of giant sebaceous cyst over the back: A case report. *Clinical case reports*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38560286/>

105. Wang et al. (2020)
CO₂ Laser Punch-Assisted Minimally Invasive Surgery for Sebaceous Cysts.
Lasers in surgery and medicine.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31943261/>
106. Solivetti et al. (2019)
Sonographic appearance of sebaceous cysts. Our experience and a review of the literature. International journal of dermatology.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31209860/>
107. Castro et al. (2002)
[Nd-YAG laser photocoagulation of scrotal sebaceous cysts]. Actas urologicas espanolas.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11989424/>
108. Klin and Ashkenazi (1990)
Sebaceous cyst excision with minimal surgery. American family physician.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2349906/>
109. Mukundan and R (2024)
Pediatric Oral Mucocele Management: A Case Series Investigating Different Treatment Approaches. Cureus.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39077290/>
110. Mori et al. (2021)
Clinical evaluation of steroid ointment for the treatment of mucoceles. Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34140272/>
111. Benkhatar et al. (2018)
Mucocele development after endoscopic sinus surgery for nasal polyposis: A long-term analysis. Ear, nose, & throat journal.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30273428/>

112. Schmerber et al. (2002)
[Surgical strategy in paranasal sinus mucocoeles]. Revue de laryngologie - otologie - rhinologie.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12360729/>
113. Fougeront et al. (1990)
[Frontal and ethmoidal mucocoeles. Apropos of 17 cases]. Annales d'oto-laryngologie et de chirurgie cervico faciale : bulletin de la Societe d'oto-laryngologie des hopitaux de Paris.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2221726/>
114. Gasparro et al. (2024)
The Effect of Conservative vs. Radical Treatment of Ameloblastoma on Recurrence Rate and Quality of Life: An Umbrella Review. Journal of clinical medicine.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39274556/>
115. Au et al. (2019)
Risk factors for recurrence of ameloblastoma: a long-term follow-up retrospective study. International journal of oral and maxillofacial surgery.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31084977/>
116. McClary et al. (2016)
Ameloblastoma: a clinical review and trends in management. European archives of oto-rhino-laryngology : official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS) : affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25926124/>
117. Escande et al. (2009)
A treatment algorithm for adult ameloblastomas according to the Pitié-Salpêtrière Hospital experience. Journal of cranio-maxillo-facial surgery : official publication of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19559625/>

118. Junquera et al. (2003)
Ameloblastoma revisited. The Annals of otology, rhinology, and laryngology.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14703106/>
119. Bahl et al. (undefined)
Adult-onset cystic hygroma: A case report of rare entity. Indian journal of dentistry.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27134456/>
120. Yarso et al. (2023)
Ethanol ablation for management of large cyst hygroma colli in adult: A case report.
International journal of surgery case reports.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37001372/>
121. M et al. (2022)
Role of Bleomycin Sclerotherapy as a Non-surgical Method for the Treatment of Cystic Hygroma of Head and Neck Region-an Institutional Study. Indian journal of otolaryngology and head and neck surgery : official publication of the Association of Otolaryngologists of India.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36452629/>
122. M et al. (2022)
Role of Bleomycin Sclerotherapy as a Non-surgical Method for the Treatment of Cystic Hygroma of Head and Neck Region-an Institutional Study. Indian journal of otolaryngology and head and neck surgery : official publication of the Association of Otolaryngologists of India.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36452629/>
123. Auerbach et al. (2023)
Cystic Hygroma. StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/n/statpearls/article-20214/>

124. Charabi et al. (2000)
Cystic hygroma of the head and neck--a long-term follow-up of 44 cases. Acta otolaryngologica. Supplementum.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10909034/>
125. [1] Hilden et al. (2004)
Central nervous system atypical teratoid/rhabdoid tumor: results of therapy in children enrolled in a registry. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15254056/>
126. Quinn et al. (2019)
Trimodality therapy for atypical teratoid/rhabdoid tumor is associated with improved overall survival: A surveillance, epidemiology, and end results analysis. Pediatric blood & cancer.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31464041/>
127. Rasmussen (2012)
Human teratogens update 2011: can we ensure safety during pregnancy?. Birth defects research. Part A, Clinical and molecular teratology.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22328359/>
128. Mantziou et al. (2021)
In vitro teratogenicity testing using a 3D, embryo-like gastruloid system. Reproductive toxicology (Elmsford, N.Y.).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34425190/>
129. Ruiz-Arellanos et al. (2024)
Treatment and Outcomes of 4,973 Unicameral Bone Cysts: A Systematic Review and Meta-Analysis. JBJS reviews.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38181108/>

130. Nunziato et al. (2021)
Synthetic Bone Graft Substitute for Treatment of Unicameral Bone Cysts.
Menopause (New York, N.Y.).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32960831/>
131. Sakamoto et al. (2019)
Unicameral bone cyst in the pelvis: report of a case treated by placement of screws
made from a composite of unsintered hydroxyapatite particles and poly-L-lactide.
Rare tumors.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31853343/>
132. Thawrani et al. (undefined)
Successful treatment of unicameral bone cyst by single percutaneous injection
of alpha-BSM. Journal of pediatric orthopedics.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19568026/>
133. Bella et al. (2010)
Injection of demineralized bone matrix with bone marrow concentrate improves
healing in unicameral bone cyst. Clinical orthopaedics and related research.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20568027/>
134. Mahajan et al. (2024)
Management of Proximal Femur Aneurysmal Bone Cyst with 10-year Follow-up - A
Case Report. Journal of orthopaedic case reports.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38910999/>
135. Ahmed et al. (2024)
Response of Recurrent Aggressive Aneurysmal Bone Cyst of Distal Tibia to
Denosumab Treatment. Journal of orthopaedic case reports.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38910984/>

136. Syvänen et al. (2018)
Treatment of Aneurysmal Bone Cysts with Bioactive Glass in Children. Scandinavian journal of surgery : SJS : official organ for the Finnish Surgical Society and the Scandinavian Surgical Society.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28950789/>
137. Ozyurek et al. (2009)
Aneurysmal bone cyst of the fifth metacarpal. Orthopedics.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19708623/>
138. Khan (1995)
Aneurysmal bone cyst: The role of fibular graft in its treatment. Annals of Saudi medicine.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17589011/>
139. Kobayashi et al. (2024)
Analysis of the clinicopathological features of tailgut cyst with emphasis on the development of neoplastic lesions. Oncology letters.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38736740/>
140. Rompen et al. (undefined)
Robotic-Assisted Laparoscopic Resection of Tailgut Cysts. JSLS : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34354334/>
141. Kumassah et al. (2022)
Mucinous adenocarcinoma of a tailgut cyst. Ghana medical journal.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35919784/>
142. Mathieu et al. (2005)
Tailgut cyst associated with a carcinoid tumor: case report and review of the literature. Histology and histopathology.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16136488/>

143. Johnson et al. (1986)
Tailgut cyst: diagnosis with CT and sonography. *AJR. American journal of roentgenology*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3535460/>
144. Souza et al. (2025)
Exploring mandibular buccal bifurcation cysts: a case series and a comprehensive literature review. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39979137/>
145. Rao et al. (2023)
Unilateral Buccal Bifurcation Cyst: A Rare Cystic Lesion in Children and Adolescents. *Compendium of continuing education in dentistry (Jamesburg, N.J. : 1995)*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37075727/>
146. Yao-Ran et al. (2022)
Mandibular Buccal Bifurcation Cyst: Report of Two Cases. *Chinese medical sciences journal = Chung-kuo i hsueh k'o hsueh tsa chih*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35796341/>
147. Shohat et al. (2003)
Mandibular buccal bifurcation cyst: enucleation without extraction. *International journal of oral and maxillofacial surgery*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14636611/>
148. Pompura et al. (1997)
The buccal bifurcation cyst: a prospective study of treatment outcomes in 44 sites. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9117753/>