



PRESENTACIÓN DE CASO

Abordaje diagnóstico y terapéutico de un caso de queratoquiste odontogénico

Diagnostic and therapeutic approach to a case of odontogenic keratocyst

Abordagem diagnóstica e terapêutica de um caso de queratocisto odontogênico

Víctor Manuel Barragán-Guillen¹ , **Mathias Alejandro Navarrete-Bustamante**¹ ,
Priscila Maite Benítez-Núñez¹ , **Pamela Mishell Cajo-Yáñez**¹ 

¹Universidad Regional Autónoma de Los Andes (UNIANDES). Ambato, Ecuador.

Recibido: 16 de diciembre de 2025

Aceptado: 19 de diciembre de 2025

Publicado: 23 de diciembre de 2025

Citar como: Barragán-Guillen VM, Navarrete-Bustamante MA, Benítez-Núñez PM, Cajo-Yáñez PM. Abordaje diagnóstico y terapéutico de un caso de queratoquiste odontogénico. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2025 [citado: fecha de acceso]; 29(S1): e6981. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6981>

RESUMEN

Introducción: el queratoquiste odontogénico es una lesión epitelial benigna de comportamiento agresivo y elevada recurrencia, cuya detección temprana resulta esencial para preservar la función maxilofacial.

Objetivo: presentar el abordaje diagnóstico y terapéutico de un caso clínico de queratoquiste odontogénico en un paciente joven.

Presentación de caso: se describe un paciente masculino de 23 años, procedente de riobamba, con hallazgo radiográfico incidental de una imagen radiolúcida unilocular en relación con el tercer molar inferior izquierdo retenido. El examen clínico no evidenció alteraciones. Se realizó exodoncia del molar, enucleación de la lesión, curetaje y aplicación de solución de Carnoy, complementado con biopsia excisional. El estudio histopatológico confirmó un queratoquiste odontogénico paraqueratinizado, caracterizado por epitelio pavimentoso estratificado con núcleos prominentes y quistes satélites. El seguimiento clínico y radiográfico a los tres meses mostró adecuada regeneración ósea y ausencia de recurrencia. El manejo incluyó técnicas conservadoras combinadas con adyuvantes para reducir el riesgo de recidiva, priorizando la preservación de estructuras anatómicas.

Conclusiones: el caso evidencia la importancia de un diagnóstico temprano y un tratamiento personalizado. La combinación de marsupialización, enucleación y solución de Carnoy constituye una alternativa eficaz para disminuir la recurrencia, garantizando funcionalidad y estética en pacientes jóvenes.

Palabras clave: Cirugía Bucal; Diagnóstico Bucal; Quistes Odontogénicos; Regeneración Ósea.

ABSTRACT

Introduction: the odontogenic keratocyst is a benign epithelial lesion with aggressive behavior and high recurrence, whose early detection is essential to preserve maxillofacial function.

Objective: to present the diagnostic and therapeutic approach of a clinical case of odontogenic keratocyst in a young patient.

Case presentation: a 23-year-old male patient from riobamba was described, with an incidental radiographic finding of a unilocular radiolucent image associated with the impacted lower left third molar. Clinical examination revealed no alterations. Extraction of the molar was performed, followed by enucleation of the lesion, curettage, and application of carnoy's solution, complemented with excisional biopsy. Histopathological analysis confirmed a parakeratinized odontogenic keratocyst, characterized by stratified squamous epithelium with prominent nuclei and satellite cysts. Clinical and radiographic follow-up at three months showed adequate bone regeneration and absence of recurrence. Management included conservative techniques combined with adjuvants to reduce the risk of relapse, prioritizing the preservation of anatomical structures.

Conclusions: this case highlights the importance of early diagnosis and personalized treatment. The combination of marsupialization, enucleation, and Carnoy's solution represents an effective alternative to decrease recurrence, ensuring functionality and aesthetics in young patients.

Keywords: Surgery, Oral; Diagnosis, Oral; Odontogenic Cysts; Bone Regeneration.

RESUMO

Introdução: o queratocisto odontogênico é uma lesão epitelial benigna de comportamento agressivo e elevada recorrência, cuja detecção precoce é essencial para preservar a função maxilofacial.

Objetivo: apresentar a abordagem diagnóstica e terapêutica de um caso clínico de queratocisto odontogênico em um paciente jovem.

Apresentação de caso: paciente masculino de 23 anos, procedente de Riobamba, com achado radiográfico incidental de uma imagem radiolúcida unilocular em relação ao terceiro molar inferior esquerdo retido. O exame clínico não evidenciou alterações. Foi realizada exodontia do molar, enucleação da lesão, curetagem e aplicação de solução de Carnoy, complementada com biópsia excisional. O estudo histopatológico confirmou um queratocisto odontogênico paraqueratinizado, caracterizado por epitélio pavimentoso estratificado com núcleos proeminentes e cistos satélites. O acompanhamento clínico e radiográfico aos três meses mostrou adequada regeneração óssea e ausência de recorrência. O manejo incluiu técnicas conservadoras combinadas com adjuvantes para reduzir o risco de recidiva, priorizando a preservação das estruturas anatômicas.

Conclusões: o caso evidencia a importância de um diagnóstico precoce e de um tratamento personalizado. A combinação de marsupialização, enucleação e solução de Carnoy constitui uma alternativa eficaz para diminuir a recorrência, garantindo funcionalidade e estética em pacientes jovens.

Palabras-chave: Cirurgia Bucal; Diagnóstico Bucal; Cistos Odontogênicos; Regeneração Óssea.

INTRODUCCIÓN

El queratoquiste odontogénico se presenta con mayor frecuencia en la región de la rama mandibular y en relación con los terceros molares inferiores.^(1,2) Sin embargo, en el caso descrito se evidenció en un paciente joven durante la segunda década de la vida, lo que subraya la necesidad de un abordaje diagnóstico y terapéutico oportuno y personalizado.^(3,4,5)

Aunque esta lesión no suele manifestarse en niños, su comportamiento agresivo, capacidad destructiva y elevada recurrencia en la tercera década de la vida justifican la importancia de un diagnóstico temprano.^(1,6,7) Dado que en la mayoría de los casos es asintomática, las radiografías panorámicas, oclusales y tomografías resultan esenciales para su detección.^(8,9,10,11)

El tratamiento quirúrgico conservador, acompañado de un seguimiento clínico y radiográfico periódico, constituye una estrategia eficaz para disminuir la recidiva. Este enfoque permite reducir complicaciones y preservar estructuras anatómicas, especialmente en pacientes en crecimiento, donde la edad debe guiar las decisiones reconstructivas. La combinación de técnicas como la marsupialización y la enucleación, junto con el uso de adyuvantes, ha demostrado ser una alternativa válida. Dicho manejo busca mantener la funcionalidad y la estética, al tiempo que minimiza el impacto sobre los tejidos vecinos y disminuye la morbilidad quirúrgica.^(12,13,14,15)

Finalmente, la aplicación de la solución de Carnoy modificada se ha consolidado como una opción terapéutica eficaz. Este agente químico contribuye a reducir la tasa de recurrencia y evita daños en estructuras adyacentes, ofreciendo una alternativa conservadora que garantiza resultados satisfactorios en pacientes jóvenes.^(6,14) Teniendo en cuenta lo precisado, se realiza la presente revisión, la cual tuvo como objetivo presentar el abordaje diagnóstico y terapéutico de un caso clínico de queratoquiste odontogénico en un paciente joven.

REPORTE DEL CASO

Se presenta un paciente masculino de 23 años de edad, procedente de la ciudad de Riobamba, Ecuador, que acudió al centro de especialidades odontológicas DentalMedik solicitando valoración para la exodoncia del tercer molar inferior izquierdo. Durante la evaluación inicial se decidió implementar un protocolo diagnóstico. El paciente no refirió signos ni síntomas, y el examen clínico extraoral e intraoral no mostró alteraciones.

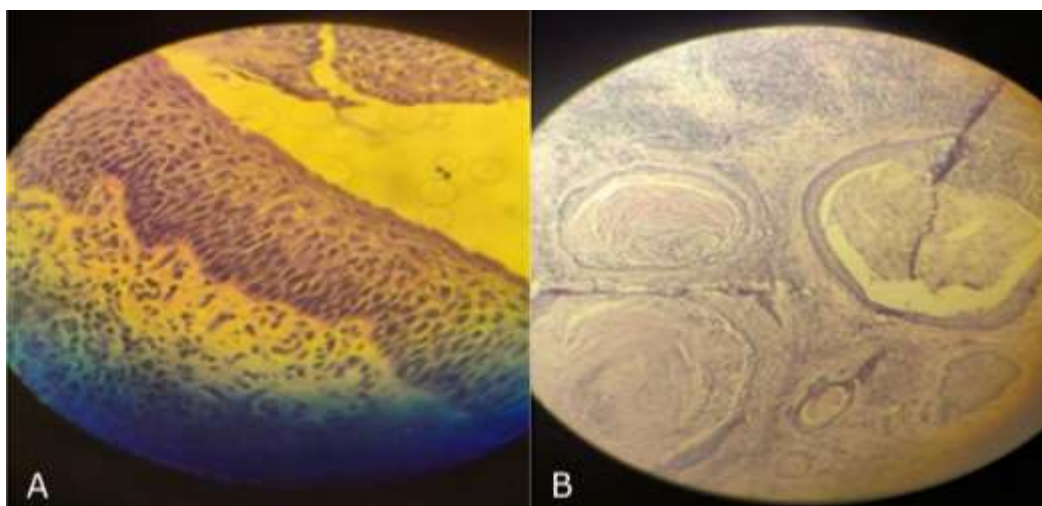
El estudio radiográfico (Fig. 1), reveló una imagen radiolúcida ovalada, bien circunscrita y unilocular de aproximadamente 8 mm, rodeada por un halo radiopaco, localizada en la zona periapical y perirradicular de la raíz distolingual del órgano dentario 3,8 (tercer molar inferior izquierdo). Ante este hallazgo se planificó la extracción del molar y el abordaje quirúrgico de la lesión.



Notas: Se observa un aspecto cavitario oval o redondeado, se presenta como una imagen radiolúcida, bien circunscrita que presenta bordes radiopacos delgados, zona periapical y periradicular a nivel de la raíz (disto palatina) del órgano dentario 3,8 (tercer molar inferior izquierdo)

Fig. 1 Radiografía panorámica del paciente donde se evidencia el quisto en el cuadrante 3.

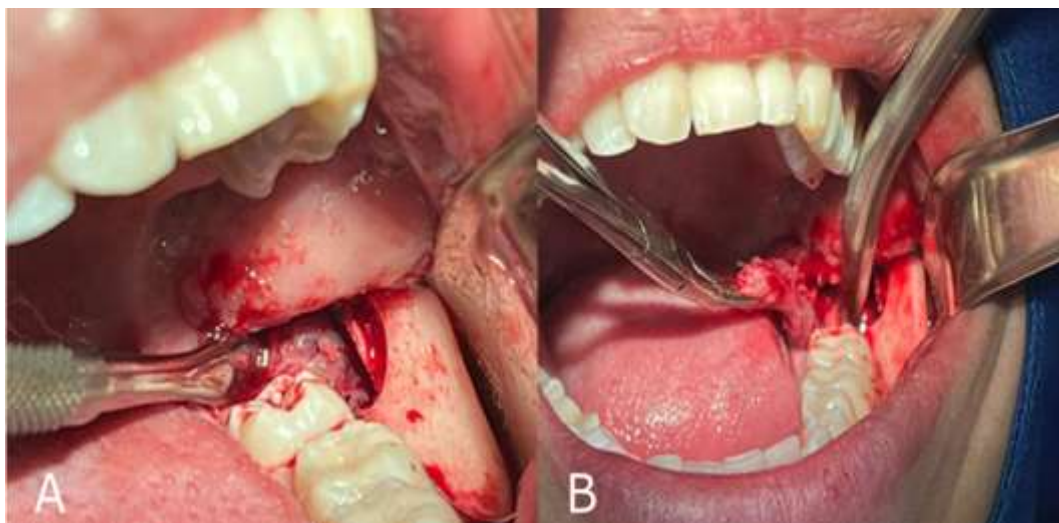
Bajo anestesia local se realizó la exodoncia del órgano dentario 3,8, seguida de enucleación y curetaje completo de la cavidad, complementados con la aplicación de solución de Carnoy. Se efectuó además una biopsia excisional de la lesión quística, y se suturó con nylon 4/0. El análisis histopatológico (Fig. 2), evidenció epitelio pavimentoso paraqueratinizado, con células pálidas de núcleos prominentes polarizados y presencia de quistes satélites, confirmando el diagnóstico definitivo de quisto odontogénico.



Notas: A (evidencia del aspecto macroscópico del tejido tomado); B (evidencia del aspecto microscópico del tejido tomado)

Fig. 2 Corte histológico de la biopsia tomada.

Se optó por un tratamiento conservador constituido por marsupialización, enucleación, curetaje, solución de Carnoy y biopsia excisional. El tratamiento quirúrgico se desarrolló bajo condiciones de asepsia y antisepsia rigurosas, utilizando clorhexidina al 2 % para el campo operatorio, enjuague intraoral con clorhexidina al 0,12 % y preparación extraoral con clorhexidina alcohólica. Se empleó la técnica anestésica de Vazirani-Akinosi (boca cerrada), y se realizó una incisión lineal envolvente desde el trigono retromolar hasta el primer molar inferior izquierdo, levantando un colgajo mucoperióstico, permitiendo la exposición del quiste (Fig. 3).



Notas: A (incisión en el sitio de la lesión); B (exposición del quiste)

Fig. 3 Abordaje quirúrgico realizado.

Se practicó punción-aspiración, obteniéndose líquido amarillento perlado compatible con queratina, descartando infección purulenta. La lesión fue retirada en su totalidad (Fig. 4) y enviada en formol al 10 % para estudio histológico. La sutura se efectuó con cuatro puntos simples, retirados a los ocho días; la medicación consistió únicamente en analgésicos por ausencia de infección.



Fig. 4 Queratoquiste odontogénico retirado.

En el control clínico y radiográfico realizado a los tres meses (Fig. 5), se constató adecuada cicatrización y regeneración ósea, sin evidencia de recurrencia de la lesión. El manejo conservador implementado permitió preservar las estructuras anatómicas y asegurar una evolución favorable del paciente.



Fig. 5 Radiografía panorámica de control.

DISCUSIÓN

El queratoquiste odontogénico fue descrito por primera vez en 1956, destacándose su comportamiento agresivo y elevada recurrencia; posteriormente, en 1960, se detallaron sus características histológicas, detallándose más tarde la queratinización en quistes primordiales, refutando los planteamientos iniciales.^(5,16) En 2005, la Organización Mundial de la Salud lo reclasificó como una lesión benigna, uni o multiquística, intraósea y de origen neoplásico, con revestimiento de epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado y comportamiento potencialmente infiltrante.⁽¹⁷⁾ Finalmente, en 2017, la OMS lo recategorizó como tumor odontogénico queratoquístico, revestido por epitelio escamoso paraqueratinizado de 4-12 capas celulares, capaz de comprometer el maxilar sin manifestar signos clínicos evidentes.^(18,19)

La mayoría de los casos de queratoquistes son asintomáticos, a pesar de eso clínicamente la lesión suele provocar aumento de volumen, dolor y expansión ósea, de crecimiento lento.⁽⁷⁾ Como se ha mencionado en el reporte de caso, esta es un tipo de lesión que se presentó asintomática, que por lo general son encontradas tras exámenes radiográficos de rutina u otro motivo de consulta. En ocasiones, a pesar de tener grandes dimensiones, no presentan sintomatología dolorosa. La sintomatología puede tan solo iniciar debido a una sobreinfección del quiste, mostrando de tal manera con signos de inflamación local y, en ciertos casos exagerada evolución, se presentaría con abscesos o fístulas.⁽²⁰⁾

Según Quintana Díaz y cols,⁽⁷⁾ el aspecto radiográfico multilocular es el más frecuente en los queratoquistes odontogénicos paraqueratinizados asociados al síndrome del carcinoma nevoide de células basales, mientras que el aspecto radiográfico unilocular se relaciona más con las lesiones ortoqueratósicas. Es imprescindible denotar que en el reporte de caso el aspecto radiográfico es unilocular y tras sus estudios histológicos para la obtención de la biopsia se pudo conocer que tiene una asociación de queratoquiste paraqueratinizado, contra poniéndose en cierto punto con lo mencionado por el autor. Y coincidiendo con la revisión de la literatura en sus características histológicas donde se mencionó una minoría de casos con ortoqueratosis.

Este tipo de lesión a su vez presenta un gran interés por su alto índice de recidivas, que se estima en un 20-30 %. Los queratoquistes están caracterizados por un elevado potencial proliferativo celular, el cual estaría mediado por proteínas relacionadas con la apoptosis celular (p53, bcl-2, ki67 y PCNA) las mismas que se evidencian elevadas en este tipo de quistes, de igual forma la producción de IL- 1, IL-6, TNF y prostaglandinas intraluminales, que son las que demuestran su comportamiento recidivante.⁽²⁰⁾ Es por ello que con el paciente reportado en el caso se llevó a cabo un control clínico/radiográfico luego de tres meses para observar la existencia o no de una recidiva, enfatizando a la vez que el control debe realizarse periódicamente de forma que prevenga esta situación lesiva que presenta el queratoquiste odontogénico.

En cuanto al tratamiento a elección, supone un área de debate debido a los diversos factores que conllevan el tratar un queratoquiste siendo los más determinantes, la alta recidiva de la lesión, la efectividad de las técnicas o combinación de técnicas existentes y el estado del paciente, así como de la lesión. El tratamiento efectuado siguió una dirección más conservadora, se realizó una marsupialización+enucleación acompañada del uso de solución de Carnoy, realización de curetaje en la cavidad y una biopsia excisional.

El uso de marsupialización como tratamiento de primera línea es efectivo, pero no se rechaza la idea de usar métodos más agresivos en caso de complicaciones,⁽⁹⁾ pero puede inferirse que la descompresión de lugar a una menor recidiva sin el uso de métodos coadyuvantes.⁽¹²⁾ Por otra parte se afirma que métodos como la marsupialización y descompresión no comprenden un tratamiento eficaz en solitario por la posibilidad de dejar residuos en la cavidad, es requerido una extirpación de la masa quística,⁽³⁾ otros autores acompañan el previo argumento con el uso de solución de Carnoy, debido a la baja recidiva que se obtuvo en los pacientes,^(11,14) cabe resaltar que tanto si la lesión es de menor tamaño así como de múltiples lesiones, perforaciones o expansión del tejido, se podrá utilizar un método conservador junto a dos coadyuvantes o la resección en bloque respectivamente.

El usar métodos coadyuvantes aumenta la efectividad del tratamiento, debido que efectuar enucleación como único tratamiento será ineficaz por la alta probabilidad de remanentes epiteliales del queratoquiste en la cavidad,⁽¹⁰⁾ aumentando su recidiva a futuro. Aquel método con la menor tasa de recidiva constituye la resección en bloque del queratoquiste, puesto que refiere la extirpación total del mismo, pero con complicaciones estéticas, funcionales y emocionales en el paciente,⁽¹⁵⁾ por lo que su uso se remite a lesiones más evolucionadas y de mayor complicación.⁽⁶⁾ Existen métodos que incluyen maneras diferentes de afrontar problemáticas futuras como la aplicación de injertos de hueso tibial seguido de la enucleación del queratoquiste para así mantener la funcionalidad de la mandíbula, piezas dentales y nervio alveolar inferior.⁽¹³⁾ Diversos autores reafirman el uso de métodos conservadores y coadyuvantes para tratar queratoquistes, aunque resulte más tardado en la ejecución, este conlleva una menor tasa de recidiva en comparación a la cantidad posible de efectos adversos en cuanto a estética y funcionalidad futura del paciente.^(5, 6)

CONCLUSIONES

El queratoquiste odontogénico se localiza con mayor frecuencia en la rama mandibular y cordales inferiores, aunque en este caso se presentó en un paciente joven en su segunda década de vida, lo que resalta la necesidad de un abordaje oportuno y personalizado. A pesar de su baja incidencia en niños, su carácter agresivo, destructivo y la elevada recurrencia en la tercera década justifican la importancia del diagnóstico temprano mediante estudios radiográficos, dado su curso habitualmente asintomático. El tratamiento quirúrgico conservador, acompañado de seguimiento periódico, contribuye a reducir la recidiva y las complicaciones, especialmente en pacientes en crecimiento, donde la edad debe guiar las decisiones reconstructivas para preservar estructuras anatómicas. Asimismo, la aplicación de la solución de Carnoy modificada se confirma como una alternativa eficaz y segura, capaz de disminuir la tasa de recurrencia y garantizar un manejo conservador que priorice funcionalidad y estética.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velazque Rojas L, Alonso Claudio C, Valenzuela Huamán CJ, Velazque Rojas G, Velazque Rojas L, Alonso Claudio C, et al. Diagnóstico y tratamiento conservador del queratoquiste odontogénico. Odontostomatología [Internet]. junio de 2022 [citado 13/07/2024]; 24(39): e407. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-93392022000101407&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Sosa S RD. Queratoquiste Odontogénico: Revisión de la literatura. Reporte de dos Casos Clínicos. Acta Odontológica Venez [Internet]. diciembre de 2002 [citado 13/07/2024]; 40(3): 276-81. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0001-63652002000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Ramírez LL de L, Hernández NM, Fuentes PMB. ¿Queratoquiste odontogénico o quiste primordial? Actualización diagnóstica y terapéutica. Rev Científica Estud 2 Diciembre [Internet]. 30 de septiembre de 2021 [citado 13/07/2024]; 4(4): e167. Disponible en: <https://revdosdic.sld.cu/index.php/revdosdic/article/view/167>
4. Cadena AJL, Muñiz LG, Tapia PDC, Flores TA, Orozco JME. Queratoquiste odontogénico. Revisión de 20 años en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades CMN «La Raza» IMSS 1980-2000. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac [Internet]. 2010 [citado 13/07/2024]; 6(1):4-13. Disponible en: <https://www.medigraphics.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24205>
5. Bava EJ, Ortolani A, Pantyrer M. Queratoquiste odontogénico múltiple en un paciente pediátrico. Rev Asoc Odontol Argent [Internet]. 2018 [citado 13/07/2024]; 106: 35-40. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/904864/queratoquiste-odontogenico.pdf>
6. de Frutos GA, Cuéllar CN, Caicoya SO, López AL, Kulyapina A, Sevilla AG, et al. Manejo terapéutico del queratoquiste: Revisión y presentación de un caso clínico. Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial [Internet]. 2014 [citado 13/07/2024]; 10(3): 101-107. Disponible en: <https://www.medigraphics.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2014/cb143d.pdf>

7. Quintana Díaz JC, Miranda Tarragó J, Al-Gobhari F. Queratoquiste odontogénico. Rev Cuba Estomatol [Internet]. septiembre de 2009 [citado 13/07/2024]; 46(3): 70-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75072009000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Andrade Góngora L. Queratoquiste Odontogenico. Reporte de un caso y revision de la Literatura [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de México; 2019 [citado 13/07/2024]. Disponible en: <https://www.odonto.unam.mx/sites/default/files/inline-files/Andrade%20G%C3%B3ngora%20Leopoldo%20%202019.pdf>
9. Khan AA, Qahtani SA, Dawasaz AA, Saquib SA, Asif SM, Ishfaq M, et al. Management of an extensive odontogenic keratocyst. Medicine (Baltimore) [Internet]. 20 de diciembre de 2019 [citado 13/07/2024]; 98(51): e17987. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6940056/>
10. Beltrán JV, Castillo MO, Basulto RDM. Queratoquiste odontogénico: a propósito de un caso. Progaleno [Internet]. 7 de marzo de 2019 [citado 13/07/2024]; 2(1):33-9. Disponible en: <https://revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/104>
11. Sánchez JS, Maldonado JA, Haro KB, Zuñiga PJ. Queratoquiste odontogénico: características diagnósticas y tratamiento quirúrgico conservador. Int J Med Surg Sci [Internet]. 1 de octubre de 2021 [citado 13/07/2024]; 8(4):1-12. Disponible en: <file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-QueratoquisteOdontogenico-8856767.pdf>
12. Tabrizi R, Hosseini Kordkheili MR, Jafarian M, Aghdashi F. Decompression or Marsupialization; Which Conservative Treatment is Associated with Low Recurrence Rate in Keratocystic Odontogenic Tumors? A Systematic Review. J Dent [Internet]. septiembre de 2019 [citado 13/07/2024]; 20(3): 145-51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6732175/>
13. Polak K, Jędrusik-Pawłowska M, Drozdowska B. Odontogenic keratocyst of the mandible: A case report and literature review. Dent Med Probl [Internet]. 28 de octubre de 2019 [citado 13/07/2024]; 56(4): 433-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31689015/>
14. Titinchi F. Protocol for management of odontogenic keratocysts considering recurrence according to treatment methods. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2020 Oct 31 [citado 13/07/2024]; 46(5): 358-360. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33122462/>
15. Ochoa Moreira JA, Reinoso Quezada SJ, Molina-Barahona M. Técnicas para el tratamiento del queratoquiste, revisión de la literatura y presentación de un caso. Rev Cient Odontol (Lima) [Internet]. [citado 13/07/2024]; 11(2): e159. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10809971/>
16. Gudiño J, Seijas A, Ghanem AA, Cedeño MJA, Martínez TJL, Castillo T, et al. Queratoquiste Odontogénico: presentación de un caso clínico. Acta Odontológica Venez [Internet]. enero de 2003 [citado 13/07/2024]; 41(1): 39-42. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0001-63652003000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

17. Erbaşar GNH, Peker E, Barış E. Keratocystic odontogenic tumor simulating lateral periodontal cyst and nasopalatine duct cyst: report of cases and literature review. *Int J Clin Exp Med* [Internet]. 2016 [citado 13/07/2024]; 9(9): 18583-18592. Disponible en: <https://e-century.us/files/ijcem/9/9/ijcem0032476.pdf>
18. Castillo Canseco H, Piedra Burneo J, Salgado Chavarría F, Prada Vidarte O. Queratoquiste recidivante: Experiencia clínica aplicando diversos métodos de tratamiento. Reporte de dos casos. *Odontol Sanmarquina* [Internet]. 30 de diciembre de 2023 [citado 13/07/2024]; 26(4): e24819. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/24819>
19. Quezada Márquez MM, Delgado-Azañero W, Calderón Ubaqui V. Características radiográficas de los queratoquistes odontogénicos paraqueratinizados del maxilar inferior. *Rev Estomatológica Hered* [Internet]. 25 de septiembre de 2014 [citado 13/07/2024]; 15(2): 112-118. Disponible en: <https://drevistas.cayetano.pe/index.php/REH/article/view/1940>
20. Sánchez Burgos R, Castillo Pardo de Vera JLD, Morán Soto MJ, Pingarrón Martín L, Burgueño García M. Queratoquiste odontogénico mandibular: Presentación como trismus de larga evolución. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac* [Internet]. agosto de 2008 [citado 13/07/2024]; 30(4): 291-4. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582008000400010