

# Quiste óseo simple de resolución espontánea: reporte de caso y revisión de la literatura

## *Simple bone cyst of spontaneous resolution: case report and literature review*

F. Durán Montero\*, A. Hidalgo Rivas\*\*, B. Medina García\*\*\*, K. Zapata Fuente-Alba\*\*\*

### RESUMEN

**Introducción:** El quiste óseo simple (QOS) es un pseudoquiste intraóseo, de etiología desconocida que representa el 1% de los quistes maxilares. Radiográficamente se observa una imagen radiolúcida de bordes bien definidos, irregulares o festoneados. Su tratamiento consiste en la exploración quirúrgica y curetaje de paredes óseas. En pocas ocasiones se ha descrito resolución espontánea. El propósito de este documento es presentar un caso de QOS de resolución espontánea y realizar una revisión de literatura.

**Reporte de caso:** Mujer de 12 años consulta para evaluación odontológica de rutina. En radiografía panorámica se observa lesión radiolúcida entre raíces de dientes 4.4 y 4.5, de límites bien definidos corticalizados. Se complementó con tomografía computarizada de haz cónico, donde se observó adelgazamiento de tablas óseas. Se realizó un diagnóstico presuntivo de QOS. Se controló a los 3 y 3,5 años observándose hueso de leve mayor densidad que el hueso circundante.

**Materiales y métodos:** Se realizó una revisión de literatura sobre QOS de resolución espontánea en PubMed, Scopus y Web of Science, relacionando los términos libres "simple bone cyst" "spontaneous resolution" "jaws" y sus variantes.

**Resultados:** Se encontraron 13 casos de QOS de resolución espontánea. Las características clínicas y radiográficas de los casos coinciden con la literatura. El 54% de los casos tuvo resolución espontánea en un periodo menor o igual a 5 años.

**Conclusión:** En el presente caso se realizó el seguimiento radiográfico del paciente, demostrando que controlar en el tiempo puede considerarse como tratamiento, ya que la lesión podría resolverse espontáneamente.

**PALABRAS CLAVE:** Quiste óseo simple, quiste óseo traumático, quiste óseo solitario, cavidad ósea idiopática, resolución espontánea, reportes de caso.

### ABSTRACT

**Introduction:** Simple bone cyst (SBC) is an intraosseous pseudocyst, of unknown etiology, which represents 1% of maxillary cysts. Radiographically, a radiolucent image with well-defined, irregular or scalloped edges is observed. Treatment consists of surgical exploration and curettage of bone walls. Spontaneous resolution has rarely been described. The purpose of this paper is to present a case of spontaneous resolution of SBC and perform a literature review.

**Case Report:** A 12-year-old woman attends to a routine dental evaluation. Panoramic radiography shows

---

\* Cirujano Dentista, Programa de Especialización en Imagenología Oral y Maxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad de Talca, Chile.

\*\* Cirujano Dentista, Especialista en Radiología Maxilofacial. Doctor en Radiología Oral. Departamento de Estomatología, Facultad de Odontología, Universidad de Talca, Talca, Chile.

\*\*\* Cirujano Dentista, Especialista en Radiología Maxilofacial. Departamento de Estomatología, Facultad de Odontología, Universidad de Talca, Talca, Chile.

a radiolucent image between roots of teeth 4.4 and 4.5, of well-defined corticated borders. It was complemented with cone-beam computed tomography examination, where thinning of cortical bone was observed. A presumptive diagnosis of SBC was performed. Controls at 3 and 3,5 years were performed and bone of slightly higher density than the surrounding bone was observed.

**Materials and methods:** A literature review on SBC of spontaneous resolution was performed in PubMed, Scopus and Web of Science, relating the free terms “simple bone cyst” “spontaneous resolution” “jaws” and their variants.

**Results:** 13 cases of spontaneous resolution of SBC were found. The clinical and radiographic characteristics of the cases coincide with the literature. 54% of cases had spontaneous resolution in a period of 5 years or less.

**Conclusion:** In the case presented, radiographic follow-up of the patient was performed, demonstrating that following-up can be considered as treatment, since the lesion could resolve spontaneously.

**KEY WORDS:** Simple bone cyst, traumatic bone cyst, solitary bone cyst, idiopathic bone cavity, spontaneous resolution, case reports.

**Fecha de recepción:** 16 de diciembre de 2022.

**Fecha de aceptación:** 9 de febrero de 2023.

F. Durán Montero, A. Hidalgo Rivas, B. Medina García, K. Zapata Fuente-Alba. *Quiste óseo simple de resolución espontánea: reporte de caso y revisión de la literatura*. Avances en Odontología 2023; 39 (6): 251-259.

## INTRODUCCIÓN

El quiste óseo simple (QOS), también denominado quiste óseo traumático, quiste óseo solitario o cavidad ósea idiopática, es un pseudoquiste intraóseo que puede no tener contenido o contener líquido seroso o sanguíneo<sup>(1,2)</sup>.

El QOS es de etiología desconocida, y representa el 1% de los quistes maxilares<sup>(2,3)</sup>. No muestra predilección por sexo y es más frecuente en la segunda década de vida, en zona de premolares y molares mandibulares<sup>(4-6)</sup>.

Clínicamente la mayoría de los pacientes son asintomáticos y los dientes asociados al QOS están vitales<sup>(7,8)</sup>. Esta lesión generalmente se descubre como hallazgo radiográfico<sup>(6,7)</sup>.

Radiográficamente el QOS se observa como una imagen radiolúcida unilocular, de límites bien definidos, irregulares o festoneados<sup>(4,8)</sup>. Su tamaño es variable, no produce expansión de corticales, desplazamiento dentario ni rizálisis<sup>(6,8)</sup>.

El tratamiento del QOS consiste en la exploración quirúrgica seguida de curetaje de las paredes óseas<sup>(5,7)</sup>, aunque se ha descrito resolución

espontánea de la lesión<sup>(1)</sup>. Existen pocos casos publicados sobre resolución espontánea del QOS<sup>(3,9)</sup>. No se encontraron revisiones de la literatura de casos reportados de QOS de resolución espontánea que analicen y comparen sus características clínicas y radiográficas con la literatura.

El propósito del presente documento es presentar un caso de QOS de resolución espontánea y hacer una revisión de la literatura de casos de QOS de resolución espontánea para analizar sus características clínicas y radiográficas.

## REPORTE DE CASO

Mujer de 12 años, sin antecedentes médicos relevantes, acude a evaluación odontológica de rutina en el Centro de Clínicas Odontológicas de la Universidad de Talca. Al examen clínico no se observan alteraciones. En la radiografía panorámica (Figura 1) se observa una imagen radiolúcida de límites corticalizados, de forma levemente irregular, sobrepoyectada en foramen mentoniano y tercio apical de dientes 4.4 y 4.5.

Se sugirió complementar el estudio con tomografía computarizada de haz cónico (TCHC) para ver extensión de la lesión en sentido vestibulo-lingual

Característica	Caso	Quiste óseo simple	Quiste periodontal lateral	Queratoquiste odontogénico	Ameloblastoma unicuístico
Edad	12 años	2da década	5ta y 7ma década	2da – 3ra década	2da década
Sexo	Femenino	Sin predilección	Sin predilección	Masculino	Masculino
Ubicación	Zona premolares mandibulares	Zona premolares y molares mandibulares	Zona premolares mandibulares, maxilar anterior	Zona tercer molar, ángulo y rama mandibular	Mandíbula
Radiodensidad	Radiolúcida	Radiolúcida	Radiolúcida	Radiolúcida	Radiolúcida
Límites	Bien definidos, parcialmente corticalizados	Bien definidos, irregulares o festoneados	Bien definidos, generalmente con margen esclerótico	Bien definidos y festoneados	Neto o corticalizado, a veces festoneado
Desplazamiento dentario	No	No	Sí	A veces	Sí
Rizálisis	No	No	No	A veces	Sí
Expansión de corticales	No	No	No	No	Sí
Referencias	-	(Lima, 2020; Ryu, 2021; You, 2017; Chrcanovic, 2019) <sup>(4-6,8)</sup>	(Friedrich, 2014; de Andrade, 2012) <sup>(10,11)</sup>	(Blanchard, 1997; Borghesi, 2018) <sup>(12,13)</sup>	(Li, 2000; Titinchi, 2022) <sup>(14,15)</sup>

**Tabla 1.** Hipótesis diagnósticas del caso clínico presentado.

y relación con tablas óseas, dientes adyacentes y canal mandibular (Figura 2).

Con las características radiográficas observadas y la ausencia de sintomatología se consideraron como hipótesis diagnósticas el QOS, quiste periodontal lateral, queratoquiste odontogénico y ameloblastoma unicuístico (Tabla 1). Basado en las características clínicas y radiográficas se llegó al diagnóstico de QOS como el más probable.

Debido a la pandemia por COVID-19 se cerró el Centro de Clínicas Odontológicas de la Universidad de Talca, por lo que no pudo citarse a la paciente a tratamiento. 3 años después, al retomarse la presencialidad, volvió a contactarse a la paciente y se le realizaron controles radiográficos con radiografía panorámica y TCHC (Figura 3). En estos exámenes se observó la lesión en proceso de cicatrización con neoformación ósea en el área.

Se controló nuevamente a los 3,5 años (Figura 4) con radiografía panorámica y TCHC, donde se observó la presencia de hueso de leve mayor densidad que el hueso circundante.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de la literatura sobre el QOS de resolución espontánea. Un revisor (FD) odontólogo, cursando la especialidad de Imagenología Oral y Maxilofacial de la Universidad de Talca, realizó las búsquedas. La búsqueda principal se realizó en inglés, el 05 de diciembre de 2022 en las bases de datos PubMed, Scopus y

Web of Science usando los términos libres “Simple bone cyst”, “Traumatic bone cyst”, “Solitary bone cyst”, “Idiopathic bone cavity”, “Spontaneous resolution”, “Self-healing”, “Resolution without surgery”, “Jaws” y el término MeSH “Mandible”, combinándolos con los términos booleanos OR y AND. La búsqueda se realizó de la siguiente manera para PubMed: (“Simple bone cyst” OR “Traumatic bone cyst” OR “Solitary bone cyst” OR “Idiopathic bone cavity”) AND (“Spontaneous resolution” OR “Self-healing” OR “Resolution without surgery”) AND (“Jaws” OR “Mandible”). Esta búsqueda se adaptó para las demás bases de datos. Además, se realizó una búsqueda complementaria usando las listas de referencias de los artículos incluidos en la revisión.

Los artículos identificados se registraron en Microsoft Excel (Microsoft Corporation, Redmond, WA, EEUU) con autor principal, año de publicación, título de artículo y nombre de revista. El revisor eliminó manualmente los artículos duplicados.

Caso	Autor, año	Edad	Sexo	Trauma	Sintomatología	Vitalidad pulpar
1	Szerlip, 1966 <sup>(16)</sup>	15	F	No	No	Sí
2	Cowan, 1980 <sup>(17)</sup>	16	F	NI	No	NI
3	Sapp & Stark, 1990 <sup>(18)</sup>	14	M	NI	No	Sí
4	Sapp & Stark, 1990 <sup>(18)</sup>	19	F	NI	No	Sí
5	Damante et al, 2002 <sup>(3)</sup>	17	M	NI	No	NI
6-13	Battisti et al, 2018 <sup>(9)</sup>	< 30 años	NI	NI	NI	NI

**Tabla 2.** Características clínicas de los casos de quiste óseo simple de resolución espontánea encontrados en los artículos incluidos. F: femenino; M: masculino; NI: no informa.

Caso	Autor, año	Ubicación	Límites	Expansión de corticales	Número de lesiones
1	Szerlip, 1966 <sup>(16)</sup>	MP	F	No	2
2	Cowan, 1980 <sup>(17)</sup>	MP	BD, F	No	1
3	Sapp & Stark, 1990 <sup>(18)</sup>	MA	NI	Sí	1
4	Sapp & Stark, 1990 <sup>(18)</sup>	MA y MP	BD, F	No	1
5	Damante et al, 2002 <sup>(3)</sup>	NI	NI	NI	1
6-13	Battisti et al, 2018 <sup>(9)</sup>	NI	NI	NI	1

**Tabla 3.** Características radiográficas de los casos de quiste óseo simple de resolución espontánea encontrados en los artículos incluidos. MP: mandíbula posterior; MA: mandíbula anterior; NI: no informa; F: festoneados; BD: bien definidos.



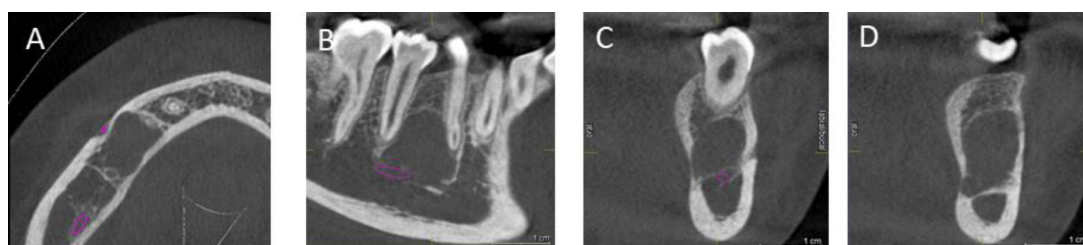
**Figura 1.** Radiografía panorámica inicial: se observa imagen radiolúcida de límites corticalizados, de forma levemente irregular, sobreproyectada en foramen mentoniano y tercio apical de dientes 4.4 y 4.5.

La evaluación de artículos se efectuó a través de dos etapas: 1) título y resumen, 2) texto completo. Los criterios de inclusión fueron: artículo disponible en inglés, reportes de casos o serie de casos,

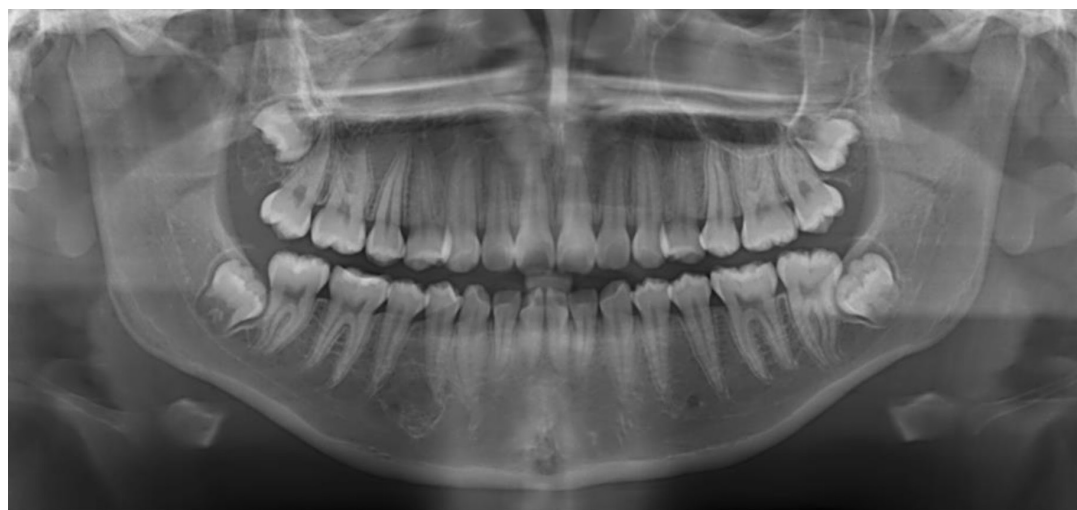
(BM, KZ). La búsqueda complementaria se realizó en las mismas dos etapas descritas para la búsqueda principal. El proceso de selección de artículos se mostró en un diagrama de flujo.

revisiones narrativas o sistemáticas que incluyan reportes de casos no reportados previamente por otros autores. A título y resumen: presencia de alguno de los términos libres “Simple bone cyst” o “Traumatic bone cyst” o “Solitary bone cyst” o “Idiopathic bone cavity”. A texto completo: artículos que incluyan casos clínicos reportados como QOS de los maxilares con signos de cicatrización ósea sin intervención quirúrgica. Los criterios de exclusión a texto completo fueron: casos de QOS asociados con otra patología. En cada etapa se incluyeron los artículos que cumplieron con los criterios. En caso de duda en la decisión de incluir un artículo en la etapa de título y resumen, se incluyó el artículo para su evaluación a texto completo.

Los artículos incluidos a texto completo fueron evaluados por el revisor. En caso de dudas se consultó a dos especialistas en Imagenología Oral y Maxilofacial de la Universidad de Talca



**Figura 2.** Examen de tomografía computarizada de haz cónico inicial (A) corte axial; (B) corte sagital corregido; (C y D) cortes transversales: se observa lesión hipodensa de límites bien definidos, parcialmente corticalizados entre las raíces de dientes 4.4 y 4.5, que se extiende hasta canales mandibular y mentoniano sin producir compresión ni desplazamiento de estos y que adelgaza severamente la tabla ósea lingual.



**Figura 3.** Estudio radiográfico de control 3 años (A) radiografía panorámica; (B) tomografía computarizada de haz cónico (TCHC) corte axial; (C) TCHC corte sagital corregido; (D y E) TCHC cortes transversales: se observa la lesión en proceso de cicatrización con neoformación ósea en el área.

Posteriormente, el revisor recopiló las características clínicas y radiográficas de los casos clínicos reportados de QOS de resolución espontánea en los artículos incluidos. Se extrajeron los siguientes datos en Microsoft Excel (Microsoft Corporation, Redmond, WA, EE.UU): edad, sexo, antecedentes de trauma, sintomatología, vitalidad pulpar, ubicación, tamaño, límites, expansión de corticales, número de lesiones, tiempo de seguimiento con controles radiográficos y examen radiográfico usado. El tiempo de seguimiento se dividió en tres grupos: 5 años o menos; 5 a 10 años; y más de 10 años, de acuerdo con la clasificación de Battisti et

al del 2018 (9). Finalmente, se realizó una síntesis narrativa de los resultados.

## RESULTADOS

El proceso de selección de artículos se muestra en un diagrama de flujo (Figura 5).

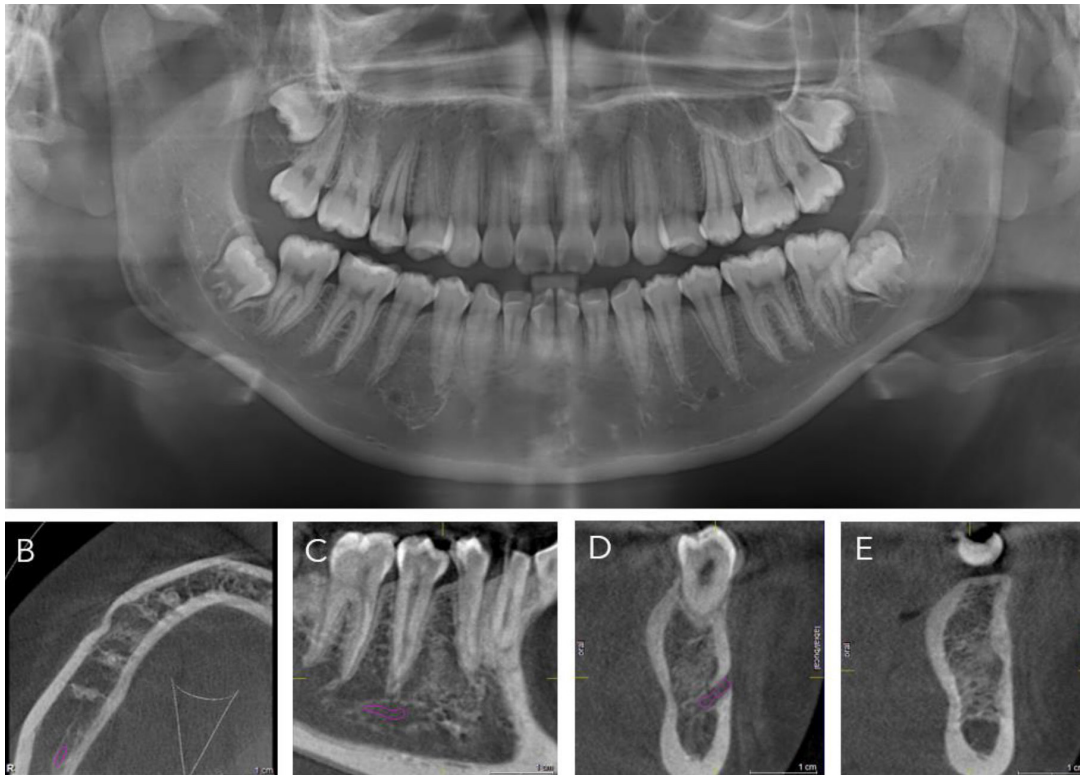
Entre los 5 artículos, se encontró un total de 13 casos de QOS de resolución espontánea, sus características clínicas se muestran en Tabla 2 y sus características radiográficas en Tabla 3.

En el 54% de los casos se observó resolución espontánea de la lesión en un periodo menor o igual a 5 años, un 23% entre los 5 y 10 años y 23% en más de 10 años. El 100% de los casos usó la radiografía panorámica para el seguimiento radiográfico, de ellos el 15% lo complementó con radiografía

periapical, y el 8% con radiografía oclusal. Ninguno de los casos usó la tomografía computarizada de haz cónico para el seguimiento radiográfico.

## DISCUSIÓN

En el presente artículo se presentó un caso de QOS de resolución espontánea y se realizó una revisión de literatura. Se encontró 13 casos de QOS de resolución espontánea reportados y se analizaron sus características clínicas y radiográficas. El presente caso sería el número 14 publicado en las



**Figura 4.** Estudio radiográfico de control 3,5 años (A) radiografía panorámica; (B) tomografía computarizada de haz cónico (TCHC) corte axial; (C) TCHC corte sagital corregido; (D y E) cortes transversales: se observa presencia de hueso de leve mayor densidad que el hueso circundante.

bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science.

Al analizar la edad, el presente caso concuerda con la edad reportada en los casos encontrados y con la descrita en la literatura para el QOS, siendo más frecuente en la segunda década de vida <sup>(5,8)</sup>. La baja incidencia del QOS en pacientes de mayor edad podría explicarse por su capacidad de regeneración ósea <sup>(16, 18)</sup>, la que podría llevar a su resolución espontánea.

Respecto de la predilección por sexo, el presente caso es una mujer, lo que coincide con los casos encontrados, en que se observó una leve predilección por mujeres. Sin embargo, esto no concuerda con lo descrito en la literatura del QOS, que no muestra predilección por sexo <sup>(4,5,8)</sup>. Esta diferencia podría explicarse por el pequeño número de casos encontrados en la presente revisión.

La etiología del QOS es desconocida, se ha asociado a un trauma no reparado que desencadena una hemorragia intramedular con formación de hematoma, que conduce a la destrucción del tejido óseo adyacente como resultado de la ac-

tividad osteoclástica <sup>(2)</sup>. Sin embargo, el presente caso no tenía antecedentes de trauma en la zona de la lesión, al igual que uno de los casos encontrados <sup>(16)</sup>, el resto de los casos encontrados no lo informaba.

En relación con la sintomatología y vitalidad pulpar, tanto en el presente caso, como en los casos encontrados en la presente revisión que lo informaban, los pacientes estaban asintomáticos y los dientes asociados a las lesiones vitales, coincidiendo con la literatura <sup>(7,8)</sup>. Esto explicaría que la mayoría de los

casos de QOS sean hallazgos radiográficos según la literatura <sup>(6,7)</sup>. En el resto de los casos encontrados que no lo informaban, se presume que se encontraban asintomáticos y los dientes asociados vitales, al ser esta la normalidad.

En cuanto a la ubicación y límites del QOS, el presente caso se ubicaba en la zona de premolares mandibulares, coincidiendo con la ubicación de la mayoría de los casos encontrados y con la literatura <sup>(4,6,8)</sup>. Se describen los límites del QOS como bien definidos, irregulares o festoneados lo que coincide con el presente caso <sup>(4,8)</sup>. Tres de los casos encontrados informaron que los límites de la lesión eran festoneados, mientras que el presente caso presentaba límites bien definidos, parcialmente corticalizados <sup>(16-18)</sup>. La pérdida de regularidad de los límites podría deberse a un proceso de reparación.

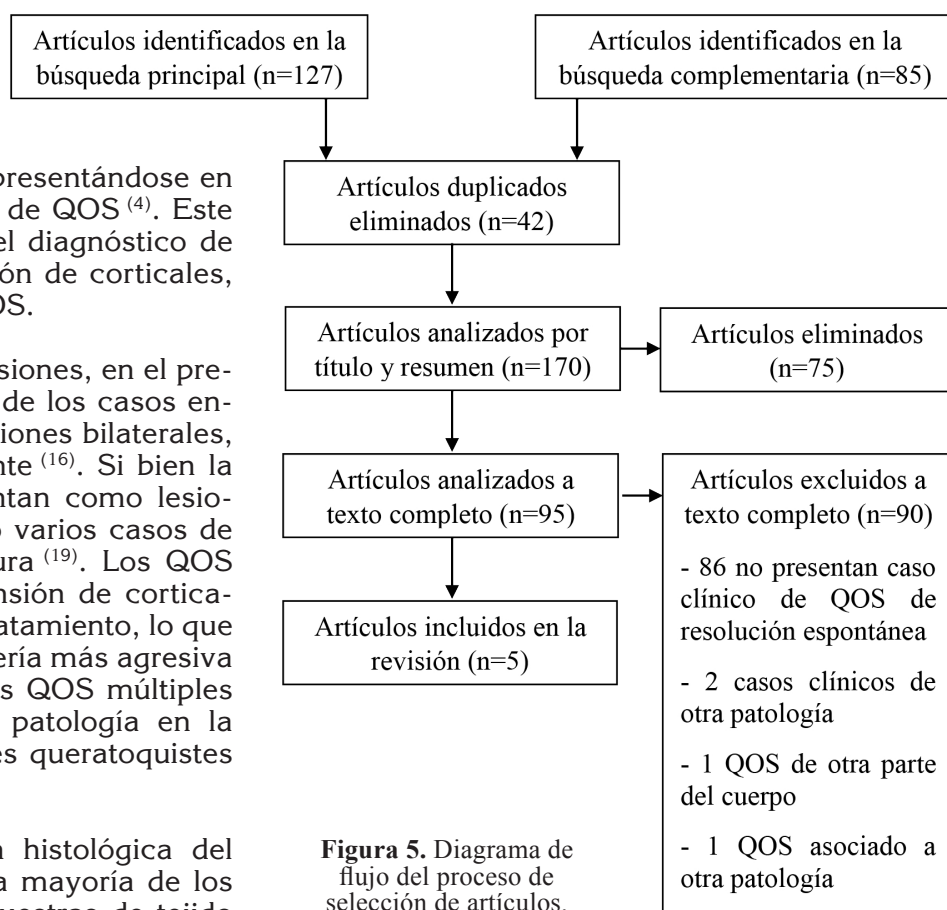
Al analizar la expansión de corticales, en el presente caso no se observó expansión de corticales, coincidiendo con lo que indica la literatura del QOS <sup>(6,8)</sup>. En los casos encontrados en la presente revisión, sólo uno presentó expansión de

corticales al realizarse un control radiográfico<sup>(18)</sup>. La presencia de expansión de corticales es variable y puede analizarse mediante examen clínico o radiográfico, presentándose en alrededor del 20% de los casos de QOS<sup>(4)</sup>. Este aspecto debe considerarse en el diagnóstico de lesiones que presenten expansión de corticales, ya que podría tratarse de un QOS.

En relación con el número de lesiones, en el presente caso la lesión es única y de los casos encontrados sólo uno presentó lesiones bilaterales, que resolvieron espontáneamente<sup>(16)</sup>. Si bien la mayoría de los QOS se presentan como lesiones solitarias, se han reportado varios casos de lesiones múltiples en la literatura<sup>(19)</sup>. Los QOS múltiples se asocian con expansión de corticales y persistencia después del tratamiento, lo que sugiere que esta forma clínica sería más agresiva<sup>(8)</sup>. Es importante diferenciar los QOS múltiples del Síndrome de Gorlin-Goltz, patología en la cual suelen observarse múltiples queratoquistes odontogénicos<sup>(19)</sup>.

En relación con la evaluación histológica del QOS, se ha señalado que en la mayoría de los casos no se logra recolectar muestras de tejido dentro del QOS<sup>(6,8,20)</sup>. El diagnóstico de QOS en el presente caso, al igual que en todos los casos encontrados, se realizó en base a las características clínicas y radiográficas, que coinciden con las reportadas en la literatura del QOS<sup>(3,9,16-18)</sup>. La resolución espontánea del presente caso sirvió como criterio adicional para confirmar el diagnóstico de QOS y descartar las otras hipótesis diagnósticas.

En relación con el tratamiento, un autor reportó que todos los casos de QOS bajo su supervisión mostraron regeneración ósea sin ningún tipo de intervención<sup>(1)</sup>. El presente caso se resolvió espontáneamente al no poder ser tratado quirúrgicamente, debido a factores externos relacionados con la pandemia por COVID-19. El tratamiento de elección para el QOS en la actualidad es la exploración quirúrgica y el curetaje de las paredes óseas<sup>(5,7)</sup>. Se han descrito casos de QOS que resolvieron espontáneamente después de que se realizó punción aspirativa para confirmar el diagnóstico<sup>(21,22)</sup>. En la presente revisión, los casos en los que se realizó punción aspira-



**Figura 5.** Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos.

tiva se consideraron como intervenidos quirúrgicamente y no se incluyeron. Esto, debido a la posibilidad de que la punción haya desencadenado el inicio de una reparación de la lesión. La involución de un QOS se ha definido como una disminución de las dimensiones y/o aparición de hueso trabecular en el área radiolúcida; y la resolución, como la desaparición completa de la lesión sin ningún signo radiográfico<sup>(9)</sup>. Esta definición de involución concuerda con las características encontradas en el presente caso en la TCHC de control a los 3 años (Figura 3, letras B-E). Mientras que a los 3,5 años se observó hueso de leve mayor densidad que el hueso circundante (Figura 4, letras B-E). En base al presente caso, podría incluirse a la definición de resolución espontánea, la cicatrización completa de la lesión con signos radiográficos de hueso de mayor densidad.

En cuanto al tiempo de seguimiento, se ha recomendado un protocolo de seguimiento clínico y radiográfico a los 20 días, 2 meses, 6 meses,

1 año y luego, exámenes anuales por 5 años después del diagnóstico inicial<sup>(3)</sup>. Sin embargo, controlar antes de los 6 meses sólo se justificaría en casos con signos de agresividad, como la presencia de límites infiltrantes, donde se recomendaría controlar a los 3 meses<sup>(23)</sup>. En el caso de un QOS, se aconseja realizar el primer control 6 meses después del diagnóstico inicial, para evidenciar cambios en la densidad radiográfica y así evitar irradiar innecesariamente al paciente<sup>(24)</sup>. Si durante el seguimiento aparece sintomatología o se encuentran signos radiográficos sospechosos de agresividad, como expansión de corticales, desplazamiento dentario o rizálisis, se debiera tratar quirúrgicamente para confirmar el diagnóstico y descartar otras lesiones<sup>(3)</sup>. En el presente caso no se pudo hacer seguimiento durante los primeros años según lo recomendado, sino que se controló después de 3 años evidenciando una involución de la lesión. A los 3,5 años se observó la resolución espontánea de la lesión, coincidiendo con los casos encontrados en que en el 54% de ellos se observó resolución espontánea en un periodo menor o a igual a 5 años<sup>(3,9,16-18)</sup>.

En relación con el estudio radiográfico realizado en el presente caso, el seguimiento radiográfico se realizó con radiografía panorámica y tomografía computarizada de haz cónico. En todos los casos encontrados el seguimiento se realizó sólo con radiografía panorámica y en tres casos se complementó con radiografía oclusal y/o periapical<sup>(16-18)</sup>. Se sugiere para futuros reportes de casos de QOS de resolución espontánea, incluir la TCHC como parte del seguimiento, ya que este examen entrega información en todos los planos del espacio, tal como presencia de expansión o perforación de tablas óseas.

La mayoría de los casos encontrados en la literatura no presentaban todos los antecedentes clínicos ni radiográficos evaluados en el presente documento y tampoco las imágenes de seguimiento. Se sugiere para futuros estudios incluir información complementaria como edad, sexo, antecedentes de trauma, sintomatología, vitalidad pulpar, ubicación, tamaño, límites, expansión de corticales, número de lesiones, tiempo de seguimiento con controles radiográficos y técnica radiográfica usada. Esta información complementaria permitiría tener antecedentes para analizar las características del QOS de resolu-

ción espontánea y poder compararlo con el QOS convencional, considerando la escasa cantidad de literatura disponible.

En base al caso reportado, es importante destacar que el paciente sea responsable en la adherencia al seguimiento. Esto, debido a que entre los diagnósticos diferenciales del QOS se encuentran patologías que pueden crecer en el tiempo, generando destrucción ósea y daño en los tejidos vecinos<sup>(10-15)</sup>. En caso de pacientes que no puedan asistir a los controles radiográficos, el tratamiento de la lesión recomendable sería la exploración quirúrgica y curetaje de las paredes óseas.

## CONCLUSIONES

El QOS de resolución espontánea tiene las mismas características clínicas y radiográficas del QOS. En lesiones pequeñas sin expansión de corticales, desplazamiento dentario ni rizálisis, se sugiere controlar en el tiempo, como tratamiento conservador, ya que éstas podrían resolverse espontáneamente. En cambio, si la lesión es de gran tamaño y con expansión de corticales, desplazamiento dentario o rizálisis, se sugiere realizar la exploración quirúrgica y curetaje de las paredes óseas.

En base al caso clínico presentado, en que se realizó el seguimiento radiográfico del paciente, puede considerarse el seguimiento clínico y radiográfico a largo plazo como alternativa de tratamiento para evitar la intervención de las lesiones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Blum T. An additional report on traumatic bone cysts; also a discussion of Dr. John G. Whinery's paper, "Progressive bone cavities of the mandible". *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1955; 8:917-39.
2. Harnet JC, Lombardi T, Klewansky P, Rieger J, Tempe MH, Clavert JM. Solitary bone cyst of the jaws: a review of the etiopathogenic hypotheses. *J Oral Maxillofac Surg* 2008; 66:2345-8.
3. Damante JH, Da S, Guerra EN, Ferreira Jr O. Spontaneous resolution of simple bone cysts. *Dentomaxillofac Radiol* 2002; 31:182-6.
4. Lima LB, de Freitas Filho SA, Barbosa de Paulo LF, Servato JP, Rosa RR, Faria PR et al. Simple bone cyst: description of 60 cases seen at a Brazilian School of Dentistry and review of international literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2020; 25:616-25.



5. Ryu J, Nam I, Shin SH, Kim YD, Lee JY. Idiopathic bone cavity: clinical and radiological features of 90 retrospective cases and surgical treatment. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg* 2021; 47:360-4.
6. You MS, Kim DY, Ahn KM. Surgical management of idiopathic bone cavity: case series of consecutive 27 patients. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg* 2017; 43:94-9.
7. Resnick CM, Dentino KM, Garza R, Padwa BL. A management strategy for idiopathic bone cavities of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg* 2016; 74:1153-8.
8. Chrcanovic BR, Gomez RS. Idiopathic bone cavity of the jaws: an updated analysis of the cases reported in the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2019; 48:886-94.
9. Battisti M, Soares M, Rubira C, Bullen I, Lauris J, Damanthe JH. Assessment of spontaneous resolution of idiopathic bone cavity. *J Appl Oral Sci* 2018; 26. <https://doi.org/10.1590/1678-7757-2017-0288>
10. Friedrich RE, Scheuer HA, Zustin J. Lateral periodontal cyst. *In Vivo* 2014; 28:595-8.
11. de Andrade M, Silva AP, de Moraes Ramos-Perez FM, Silva-Sousa YT, da Cruz Perez DE. Lateral periodontal cyst: report of case and review of the literature. *Oral Maxillofac Surg* 2012; 16:83-7.
12. Blanchard SB. Odontogenic keratocysts: review of the literature and report of a case. *J Periodontol* 1997; 68:306-11.
13. Borghesi A, Nardi C, Giannitto C, Tironi A, Maroldi R, Di Bartolomeo F et al. Odontogenic keratocyst: imaging features of a benign lesion with an aggressive behaviour. *Insights Imaging* 2018; 9:883-97.
14. Li TJ, Wu YT, Yu SF, Yu GY. Unicystic ameloblastoma: a clinicopathologic study of 33 Chinese patients. *Am J Surg Pathol* 2000; 24:1385-92.
15. Titinchi F, Brennan PA. Unicystic ameloblastoma: analysis of surgical management and recurrence risk factors. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2022; 60:337-42.
16. Szerlip L. Traumatic bone cysts. Resolution without surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1966; 21:201-4.
17. Sapp JP, Stark ML. Self-healing traumatic bone cysts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990; 69:597-602.
18. Cowan CG. Traumatic bone cysts of the jaws and their presentation. *Int J Oral Surg* 1980; 9:287-91.
19. An SY, Lee JS, Benavides E, Aminlari A, McDonald NJ, Edwards PC et al. Multiple simple bone cysts of the jaws: review of the literature and report of three cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2014; 117:458-69.
20. Yokokawa M, Tanaka S, Ono M, Sakamoto S, Kato M, Kaneda T et al. Traumatic bone cyst of the mandible diagnosed using contrast-enhanced magnetic resonance imaging. *Int J Oral Med Sci* 2011; 10:31-6.
21. Chapman PJ, Romaniuk K. Traumatic bone cyst of the mandible; regression following aspiration. *Int J Oral Surg* 1985; 14:290-4.
22. Donkor P, Punnia-Moorthy A. Biochemical analysis of simple bone cyst fluid-report of a case. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1994; 23:296-7.
23. Valdivieso J, Hidalgo A, Droguett D, Celis C. Clínica, epidemiología e imagenología del fibroma osificante y la displasia fibrosa del territorio craneo-maxilofacial: revisión narrativa. *Av Odontostomatol "en prensa"*.
24. Kawai T, Murakami S, Hiranuma H, Sakuda M. Healing after removal of benign cysts and tumors of the jaws. A radiologic appraisal. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 79:517-25.

## AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Karla Zapata Fuente-Alba  
Programa de Especialización en Imagenología Oral y Maxilofacial  
Universidad de Talca  
Campus Talca, Avenida Lircay S/N  
Talca, Chile

Teléfono +56-71-2200476  
Correo electrónico: kzapata@utalca.cl