

PRESENTACIÓN DE CASO

Enucleación de quiste dentígero, asociado al incisivo lateral retenido, y tracción ortodóntica de canino superior retenido

Enucleation of tooth cyst, associated with retained lateral incisor, and orthodontic traction of retained upper canine

Jimmy Antonio Ascano Olazo¹ , Miguel Angel Ruiz Barrueto²  

RESUMEN

Introducción: Un inconveniente de la erupción dental permanente es la retención dentaria. Un diente retenido no ha completado su erupción y no ha llegado a su posición normal en el maxilar. Los dientes retenidos pueden estar dentro del maxilar asintomáticos u ocasionando migración dentaria, persistencia de dientes deciduos, alteraciones en la oclusión y estética, formación de quiste dentígero y tumores.

Objetivo: Describir la enucleación de quiste dentígero, asociado al incisivo lateral, y tracción ortodóntica de canino superior retenido.

Presentación de caso: Paciente femenino de 19 años de edad, con persistencia de dientes 52 y 53. Tomográficamente se aprecia un incisivo lateral superior derecho retenido en posición horizontal, asociado a una imagen radiolúcida de dimensiones de 11,2 mm x 20,1 mm y un canino retenido en posición vertical. Se realizó la exodoncia a colgajo del incisivo lateral y enucleación del quiste. Respecto al canino, se colocó el botón de ortodoncia para posterior tracción. El diagnóstico histopatológico definitivo fue quiste dentígero.

Conclusiones: Las lesiones asociadas a dientes retenidos pueden tener varios diagnósticos diferenciales. El especialista deberá conocer las características clínicas y radiográficas de cada uno de ellos y proyectar el plan de tratamiento de acuerdo a los criterios de ubicación, tamaño de la lesión, edad, estado sistémico, entre otros. El conocimiento de la técnica quirúrgica y el diagnóstico histopatológico evita complicaciones.

Palabras clave: quiste dentígero; diente impactado; enucleación.

ABSTRACT

Introduction: A drawback of permanent tooth eruption is tooth retention. A retained tooth has not completed its eruption and has not reached its normal position in the jaw. Retained teeth may be within the jaw asymptomatic or causing tooth migration, persistence of deciduous teeth, alterations in occlusion and aesthetics, formation of tooth cyst and tumors.

Objective: Describe the enucleation of dentiger cyst, associated with the lateral incisor, and orthodontic traction of retained upper canine.

Case presentation: Female patient, 19 years old, with persistence of teeth 52 and 53. Tomographically there is a right upper lateral incisor retained in a horizontal position, associated with a radiolucent image of dimensions of 11.2 mm x 20.1 mm and a canine retained in an upright position. Exodontics were performed at the flap of the lateral incisor and enucleation of the cyst. Regarding the canine, the orthodontic button was placed for subsequent traction. The definitive histopathological diagnosis was tooth cyst.

Conclusions: Lesions associated with retained teeth may have several differential diagnoses. The specialist must know the clinical and radiographic characteristics of each of them and project the treatment plan according to the criteria of location, size of the lesion, age, systemic status, among others. Knowledge of surgical technique and histopathological diagnosis avoids complications.

Key words: tooth cyst; impacted tooth; enucleation.

INTRODUCCIÓN

Los dientes retenidos son una alteración en la erupción dentaria. La retención dentaria se produce porque el diente detiene su proceso de erupción y no llega a su posición normal en el maxilar, esto en el plano de oclusión y contacto con su respectivo antagonista.^(1,2) Un diente impactado es aquel que está retenido debido a una traba mecánica que impide su erupción. Esta traba puede ser un diente supernumerario, odontoma, tumor o un diente contiguo.⁽³⁾ La inclusión ocurre en aquel diente que está inmerso totalmente en el maxilar.^(4,5) Según Gay, el tercer molar inferior es el diente más retenido, representando un 35 % del total de dientes retenidos.

Le sigue el canino superior con 34 %, dado que el canino erupciona después de los incisivos y premolares, quedándose algunas veces sin espacio. Luego está el tercer molar superior con un 9 %.⁽⁶⁾ Se interpreta que esto podría ser debido a que a nivel pos-

Recibido: 16/08/2019
Aceptado: 06/03/2020

¹Universidad "Norbert Wiener", Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Odontología. Lima, Perú.

²Universidad "César Vallejo", Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Profesional de Estomatología. Piura, Perú.



terior del maxilar superior no existe limitación de espacio para la erupción, a diferencia del maxilar inferior que presenta la rama ascendente, ocasionándole falta de espacio.

Se ha determinado que las causas locales de las retenciones dentarias son la falta de espacio, la exodoncia prematura de dientes deciduos, la presencia de supernumerarios o los odontomas, las condensaciones óseas, la fibrosis gingival y los quistes odontogénicos.⁽⁷⁾ Los tratamientos para los dientes retenidos (excepto el tercer molar) apuntan a posicionar al diente en el lugar que le corresponde, cuando esto no se puede una opción es la exodoncia a colgajo,⁽⁸⁾ principalmente ojal quirúrgico o ulectomía, que consiste en hacer una incisión en forma de ojal para exponer el borde incisal de la corona.^(6,9) La tracción ortodóntica consiste en abordar quirúrgicamente el diente retenido, exponer la corona y colocar un botón de ortodoncia, para que posteriormente pueda ser traccionado mediante la aparatología ortodóntica.⁽¹⁰⁾

La exodoncia a colgajo consiste en extraer el diente mediante procedimientos quirúrgicos a colgajo y se realiza cuando no hay espacio suficiente o el diente está en una posición muy alejada del lugar donde le corresponde.⁽¹¹⁾ Una vez determinado el acceso con una tomografía axial computarizada, se tendrá que elegir el tipo de incisión vestibular o palatino. La incisión es a espesor total, una vez realizado el decolaje es importante visualizar toda la corona por vestibular o palatino. Esto se realiza mediante la ostectomía, porque representa la parte más ancha del diente. Si el diente a extraer estuviera impactado o trabado con el hueso, se eliminarían las trabas mediante la odontosección, simplificando la avulsión dental. Una vez extraído el diente es importante curetear la cripta ósea donde estuvo la corona para retirar el saco pericoronario, así se evita el riesgo de la formación (después de años) de un quiste residual.^(6,12)

El momento adecuado para realizar el tratamiento de un diente retenido es entre la primera y segunda década de vida. Su omisión podría originar entre otras consecuencias un quiste dentígero.⁽¹³⁾ Un quiste es una cavidad anormal o patológica revestida por un epitelio que posee un contenido líquido o semilíquido.⁽¹⁴⁾ Uno de los quistes de origen odontogénico es el quiste dentígero. Se caracteriza por rodear a la corona de un diente incluido. Se origina del saco pericoronario, cuya función es rodear al diente mientras se encuentra dentro del hueso en proceso de erupción, al crecer destruye el hueso y hace perder la fuerza de erupción del diente. Este tipo de quiste se caracteriza por ser asintomático y su detección generalmente es un hallazgo radiográfico.⁽¹⁵⁾

El tratamiento consiste en la enucleación o extirpación total en el caso de ser pequeño, esto va acompañado de la exodoncia del diente comprometido.^(16,17) Si el quiste es de gran tamaño se opta por la descompresión y marsupialización, que consiste en realizar una ventana (abertura) para evacuar el contenido del quiste y que disminuya gradualmente el tamaño y pueda ser extirpado en su totalidad.⁽¹⁸⁾ El objetivo de este estudio fue describir un caso clínico de enucleación de quiste dentígero, asociado al incisivo lateral, y tracción ortodóntica de canino superior retenido.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 19 años de edad, que acudió a la consulta odontológica por disconformidad con su sonrisa. A la anamnesis no refirió antecedentes sistémicos de importancia, además, informó que a los 11 años tuvo recambio dentario de los dientes anteriores superiores izquierdos, pero en el lado derecho no hubo exfoliación dentaria. No refirió signos ni síntomas en la zona. Durante el examen clínico se apreció la presencia de dientes 52, 53 y 75, así como la ausencia de los dientes 12, 13, 14, 24, 35 y 45. Al palpar la zona de la 52 y 53 no se percibió abultamiento de las tablas óseas vestibular y palatina. En la ortopantomografía se observó el diente 12 retenido en posición horizontal y una imagen radiolúcida con borde radiopaco, que rodea la corona y raíz de dicho diente. También se observó la 13 retenida en posición vertical con la corona proyectada en el ápice del diente 15. En la tomografía se apreció el incisivo lateral superior derecho retenido en posición horizontal, asociado a una lesión radiolúcida de medidas 11,2 mm x 20,1 mm, que abarca desde la tabla vestibular hasta la palatina. De igual modo, se percibió el canino superior derecho retenido en posición vertical, orientado hacia vestibular.

Se realizó interconsulta con la especialidad de ortodoncia para el plan de tratamiento. Imperó la importancia de conservar el diente 13 y posicionarlo donde corresponde mediante tracción ortodóntica. Sin embargo, el diente 12 al estar con el probable quiste tenía que ser extraído. El objetivo del tratamiento fue mejorar la estética y función masticatoria del paciente, mediante el tratamiento de ortodoncia.

Se programa exodoncia a colgajo del diente 12 y enucleación del probable quiste dentígero y colocación de un botón para posterior tracción ortodóntica de pieza 13. El decolaje fue mucoperióstico con el fin de poder observar el hueso donde se realizaría la ventana ósea.

Se efectuó ostectomía a la altura del ápice de la pieza 52 para abordar la cápsula de la lesión. No se expuso totalmente la cápsula dada su gran extensión, solo se procedió a hacer una trepanación ósea para retirar todo el quiste. Se hizo un curetaje y enucleación de la lesión, las paredes estaban muy adheridas al hueso. La cápsula fue derivada para su estudio anatomopatológico. Al retirar la cápsula se pudo apreciar la corona del 12. Se procedió a la luxación con elevador recto acanalado el cual fue avulsionado sin dificultad dada la poca



presencia de hueso.

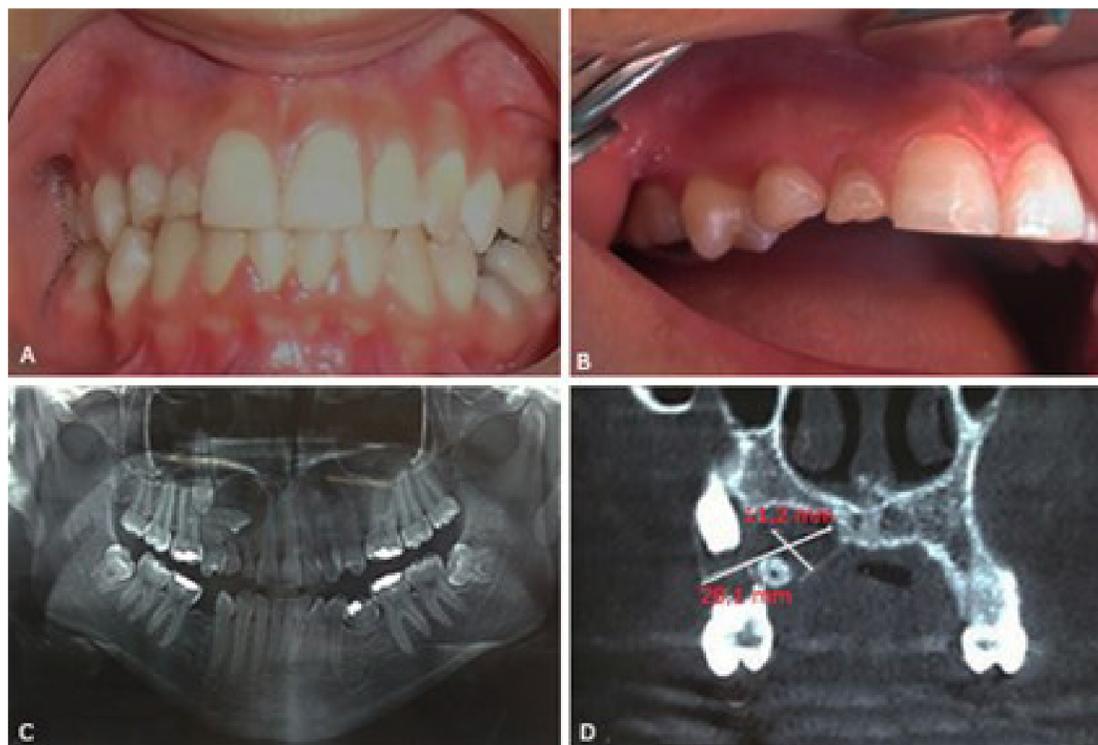


Fig. 1 - A-B. Al examen clínico se aprecia la presencia de las piezas 52, 53 y 75, **C.** Ortopantomografía: pieza 12 retenida horizontal y una imagen radiolúcida que rodea la corona y raíz, pieza 13 retenida vertical con la corona proyectada en el ápice de la pieza 15, **D.** Tomografía: pieza 12 con imagen radiolúcida de dimensiones de 11,2 mm x 20,1 mm desde el tercio medio radicular hasta la raíz de pieza 11, de forma redonda, bordes definidos y corticalizados.

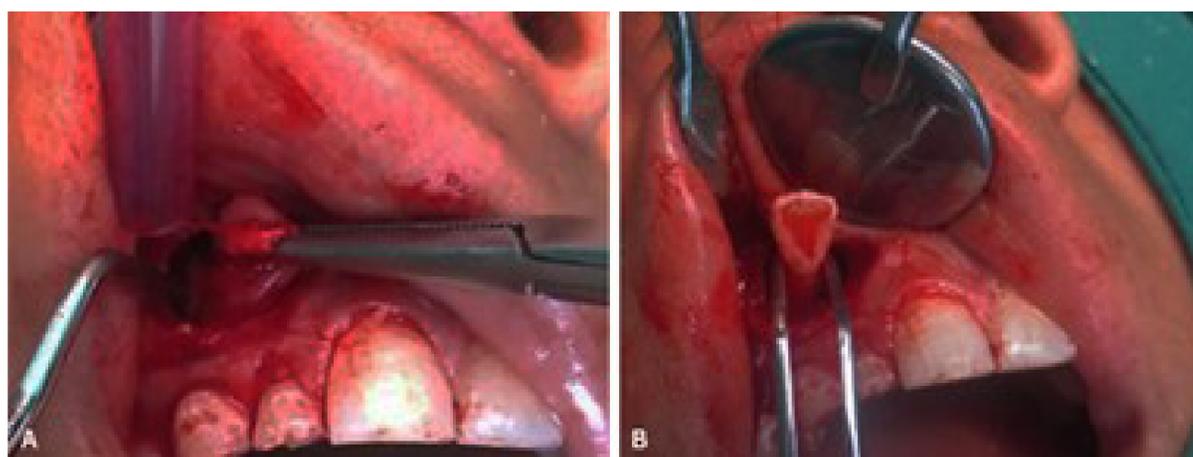


Fig. 2 - A. Ostectomía (ventana ósea) y remoción de quiste, **B.** Ubicación y exodoncia de la pieza 12.

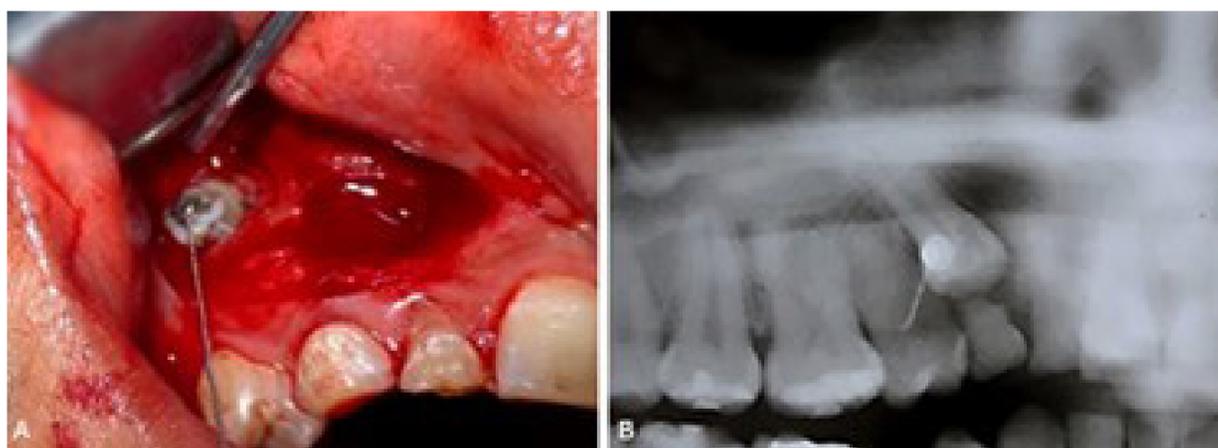


Fig. 3 - A. Botón ortodóntico y aplicación de hemocolágeno, **B.** Control radiográfico a los 6 meses. Se evidencian signos de reparación ósea.

Inmediatamente se realizó la ostectomía a la altura del ápice de la pieza 15 para ubicar la corona de la 13, y posteriormente el botón ortodóntico y el alambre de ligadura 0,10. El informe anatomopatológico reveló una cápsula quística, revestida por epitelio pavimentoso estratificado escamoso no queratinizado sin sectores hiperplásicos, por debajo presentó tejido fibrocolágeno con infiltrado de células inflamatorias con diagnóstico final de quiste dentígero, sin evidencia de cambios neoplásicos malignos. A los 6 meses de realizada la intervención se tomó una radiografía de control y se apreció el descenso del diente 13 cerca a su lugar de erupción y la formación de hueso esponjoso donde antes estaba la lesión quística.

DISCUSIÓN

Las retenciones dentarias están presentes en la mayoría de pacientes jóvenes. Los dientes más afectados son las terceras molares, pero también se puede presentar en otros dientes. El caso que se presenta es de un canino superior retenido e incisivo lateral superior retenido asociado a un quiste dentígero, según AlKhudair⁽¹⁹⁾ la incidencia de dientes impactados que generan un quiste dentígero es casi del 1,44 %. Gay⁽⁶⁾ describe que el segundo diente con más retención es el canino superior (34 %), y el incisivo lateral superior (1,5 %), semejante a lo reportado por Macias Escalada y otros.⁽¹²⁾ Usualmente los incisivos están retenidos por una patología existente. En este caso el incisivo lateral estaba retenido en posición horizontal asociado a un quiste dentígero; semejante al caso presentado por Karam⁽²⁰⁾, respecto a un incisivo lateral retenido asociado a un tumor odontogénico adenomatoide (TOA). Delgado⁽²¹⁾ refiere que los caninos retenidos son más frecuentes en las mujeres y en el maxilar superior, lo cual coincide con el presente caso reportado.

La exodoncia quirúrgica según Gay⁽⁶⁾ y Macias Escalada y otros⁽¹²⁾ se realiza cuando el diente retenido no se puede ubicar en la boca, hay falta de espacio o se encuentra rodeado de un quiste o tumor. En el presente caso se decidió para el incisivo lateral la exodoncia quirúrgica, porque estaba englobado por un quiste dentígero y había rizolisis. Sin embargo, el canino superior se abordó para realizar la tracción ortodóntica. Dongol⁽²²⁾ refiere que radiográficamente se podría determinar que si el saco pericoronario mide más de 2,5 mm de ancho ya es considerado quiste. En el siguiente caso se presentó el incisivo lateral superior retenido asociado a un quiste dentígero de medidas 11,2 mm x 20,1 mm y el canino superior retenido sin patología existente. En el caso del canino, el espacio folicular medía menos de 25 mm. Rai⁽²³⁾ presenta un caso del diente 13 retenido asociado a un quiste dentígero, al evaluar la tomografía había una lesión de bordes escleróticos bien definidos, extrajeron el 13 retenido y la enucleación de la lesión, que al estudio resultó quiste dentígero. En los controles se observó buena cicatrización ósea.^(23,24,25,26)

Arora⁽²⁷⁾ refiere un quiste dentígero extenso por hallazgo radiográfico asociado a la pieza 43. Procedió a la enucleación que no fue difícil de ubicar por las tablas óseas delgadas. Enucleó la lesión junto con el canino y tuvo buena cicatrización. En este caso se tuvo un hallazgo radiográfico por la ausencia del incisivo lateral y canino. En la radiografía se observa una lesión quística de gran tamaño, pese a que la lesión grande dejaba las tablas óseas muy delgadas, se procedió a la enucleación del quiste confeccionando una ventana ósea pequeña. También se realizó la exodoncia del incisivo lateral superior retenido. El paciente tuvo una cicatrización sin complicaciones y también el hueso volvió a crecer como se muestra en la imagen 3 B. Cuando el quiste es grande se recomienda la marsupialización del quiste para evitar dejar un defecto óseo muy grande y ocasionar fractura patológica. Al respecto Palencia⁽²⁸⁾ presenta una técnica de trepanaciones múltiples dejando puentes óseos de 5 mm. La cicatrización ósea es lograda gracias a los puentes óseos que se mantienen entre las trepanaciones, los cuales brindan soporte, además de mantener células osteoprogenitoras.

En este caso, no se realizó la marsupialización porque había un diente retenido y por la dificultad del seguimiento. En su reemplazo se realizó una trepanación para retirar todo el quiste y el diente retenido. Al igual que Palencia⁽²⁸⁾, se dejaron tablas óseas en vestibular, favoreciendo la cicatrización y reduciendo el riesgo de fractura patológica. Arora⁽²⁷⁾ menciona que el quiste dentígero muestra variaciones radiológicas tipo central, lateral y circunferencial. En este caso, de acuerdo a la tomografía y a la intervención quirúrgica, el quiste rodeaba al diente y parte de la raíz, siendo según Arora⁽²⁷⁾ un quiste dentígero circunferencial. Razavi⁽²⁹⁾ menciona que un quiste dentígero podría transformarse en un carcinoma mucoepidermoide, aun siendo lesiones raras deben ser determinadas histopatológicamente. Recomienda realizar el tratamiento en etapas tempranas para prevenir lesiones quísticas o neoplasias.

Para el presente caso, el incisivo lateral retenido tenía una lesión grande cuyo diagnóstico diferencial fue quiste dentígero, tumor odontogénico adenomatoide (TOA), siendo el diagnóstico definitivo quiste dentígero. Cabe la posibilidad de que, de persistir en el tiempo, pudiera convertirse en una lesión cancerígena.^(25,26,29,30) La detección del quiste fue un hallazgo radiográfico ya que la paciente presentaba persistencia del diente decíduo al igual que en el presente reporte. Por lo que el procedimiento fue también una exodoncia a colgajo.

Bressan⁽³¹⁾ presentó un caso con ausencia de la pieza 23. Al examen radiográfico se observó una lesión en el maxilar, compatible con quiste dentígero. Se procedió a enuclear la lesión y biopsia. En el estudio histopatológico el diagnóstico fue un TOA. En el caso reportado había ausencia clínica de la pieza 12. En la radiografía se apreció una gran lesión alrededor del diente 12 retenido. Por el tamaño de la lesión y las características se

procedió a la intervención con anestesia local, acceso por vestibular de acuerdo a la tomografía y remoción total de la lesión. Al realizar la biopsia, el diagnóstico definitivo fue quiste dentígero. Las lesiones asociadas a los dientes retenidos pueden tener varios diagnósticos diferenciales. Es por ello que el especialista debe conocer las características clínicas y radiográficas de cada uno de estos diagnósticos para poder planificar adecuadamente el plan de tratamiento, de acuerdo a los criterios de ubicación, tamaño de la lesión, edad, estado sistémico del paciente, entre otros.

Al encontrarse frente a un diente retenido se debe hacer un exhaustivo análisis para el diagnóstico, así como las interconsultas con otras especialidades como la ortodoncia. Luego se procederá a planificar detalladamente el procedimiento y se deberán prever las posibles complicaciones durante el mismo. También es necesario no dejar de lado la importancia del diagnóstico definitivo mediante el estudio histopatológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bhuvaneshwarri J, Chandrasekaran S. Failure of Eruption of Permanent Tooth. *Int J Appl Basic Med Res*. 2018;8(3):196-8. DOI: [10.4103/ijabmr.IJABMR_366_17](https://doi.org/10.4103/ijabmr.IJABMR_366_17)
- Jain P, Rathee M. Anatomy, Head and Neck, Tooth Eruption. [Updated 2019 Nov 6]. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549878/>
- Kulkarni V, Vanka A, Shashikiran N. Compound odontoma associated with an unerupted rotated and dilacerated maxillary central incisor. *Contemp Clin Dent*. 2011;2(3):218-21. DOI: [10.4103/0976-237X.86466](https://doi.org/10.4103/0976-237X.86466)
- Amador A, Hung O, Menéndez D. Tercer molar superior retenido en seno maxilar. Presentación de un caso. *Rev Co Cient Med*. 2015 [acceso 10/12/2019];19(1):160-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000100018
- Muiño E, Rollero I, Haenggi M, Gumiela A. Caninos superiores retenidos por palatino: radiografía panorámica para evaluar ubicarlos en el arco dentario. *Rev. Ateneo Argent Odontol*. 2016 [acceso 10/12/2019];55(2):31-7. Disponible en: <https://www.ateneo-odontologia.org.ar/articulos/lv02/articulo5.pdf>
- Gay C, Berini L. *Tratado de Cirugía Bucal*. 1ra Ed. Madrid. Editorial Ergón. 2011.
- Moturi K, Kaila V. Management of Non-syndromic Multiple Impacted Teeth with Dentigerous Cysts: A Case Report. *Cureus*. 2018;10(9):e3323. DOI: [10.7759/cureus.3323](https://doi.org/10.7759/cureus.3323)
- Hwang S, Choi Y, Chung C, Kim K. Long-term survival of retained deciduous mandibular second molars and maxillary canine incorporated into final occlusion. *Korean J Orthod*. 2017;47(5):323-33. DOI: [10.4041/kjod.2017.47.5.323](https://doi.org/10.4041/kjod.2017.47.5.323)
- Silva W, Queiroz A, Stuaní A, Nelson-Filho P, Díaz-Serrano K. Ojal quirúrgico (ulectomía) ¿cuándo y cómo realizarlo?: Reporte de 3 casos clínicos. *Acta Ontológica Venezolana*. 2008 [acceso 10/12/2019];46(3):326-8. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000300017&lng=es
- Francisco S, Cappellette J. Aspects and clinical procedures of eruptive changes of permanent upper canines. *Dental Press J Orthod*. 2012;17(2):132-9. DOI: [10.1590/S2176-94512012000200023](https://doi.org/10.1590/S2176-94512012000200023)
- Rajan S, Hussain K, Tarakji B, Azzeghaibi S, Sirajuddin S. Iatrogenic Damage to the Periodontium Caused by Exodontic Treatment Procedures: An Overview. *Open Dent J*. 2015;9:197-9. DOI: [10.2174/1874210601509010197](https://doi.org/10.2174/1874210601509010197)
- Macías Escalada E, Cobo Plana J, Carlos Villafranca F, Pardo López B. Abordaje ortodóntico quirúrgico de las inclusiones dentarias. *RCOE*. 2005 [acceso 10/12/2019];10(1):69-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2005000100006&lng=es
- Ghandour L, Bahmad H, Bou Assi S. Conservative Treatment of Dentigerous Cyst by Marsupialization in a Young Female Patient: A Case Report and Review of the Literature. *Hindawi*. 2018;ID7621363:6. DOI: [10.1155/2018/7621363](https://doi.org/10.1155/2018/7621363)
- Sapp P. *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. 2da Ed. Madrid, Editorial Elsevier Mosby. 2004.
- Önay Ö, Süslü A, Yılmaz T. Huge Dentigerous Cyst in the Maxillary Sinus: A Rare Case in Childhood. *Turk Arch Otorhinolaryngol*. 2019;57(1):54-56. DOI: [10.5152/tao.2019.1920](https://doi.org/10.5152/tao.2019.1920)
- Mohan K, Natarajan B, Mani S, Sahuthullah YA, Kannan AV, Doraiswamy H. An infected dentigerous cyst associated with an impacted permanent maxillary canine, inverted mesiodens and impacted supernumerary teeth. *J Pharm Bioallied Sci*. 2013;5(2):S135-8. DOI: [10.4103/0975-7406.114307](https://doi.org/10.4103/0975-7406.114307)
- Neha S, Santosh M, Sachin M, Poonam S, Simranjit S, Abdul K. Adenomatoid odontogenic tumour: An enigma. *Saudi Dent J*. 2018;30(1):94-6. DOI: [10.1016/j.sdentj.2017.10.005](https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2017.10.005)
- Rajasekar M, Narayanan S, Pravilika. Infected dentigerous cyst with unerupted tooth. *Global Journal for Research Analysis*. 2019;8(10):2277-8160. DOI: [10.36106/gjra](https://doi.org/10.36106/gjra)
- AlKhudaira B, AlKhatibb A, AlAzzehb G, AlMomen A. Bilateral dentigerous cysts and ectopic teeth in the maxillary sinuses: A case report and literature review. *Inte J Sur Case Reports*. 2019;55(1):117-20. DOI: [10.1016/j.ijscr.2019.01.012](https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2019.01.012)
- Karam Genno N, Aoun N, El Toum S. Adenomatoid Odontogenic Tumor Associated with an Impacted Maxillary Lateral Incisor: A Case Report with Five-Year Follow-Up. *Case Rep Dent*. 2017;1709492. DOI: [10.1155/2017/1709492](https://doi.org/10.1155/2017/1709492)
- Delgado E. Caninos inferiores retenidos. Seguimiento de un caso. *Med Oral*. 2002 [acceso 10/12/2019];4(4):120-5. Disponible en: https://imbiomed.com.mx/111/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=11678&id_seccion=28&id_ejemplar=1206&id_revista=6
- Dongol A, Sagtani A, Rajesh M, Singh A, Shrestha A, Pradhan A, et al. Dentigerous Cystic Changes in the Follicles Associated with Radiographically Normal Impacted Mandibular Third Molars. *Int J Dent*. 2018;ID 2645878:5. DOI: [10.1155/2018/2645878](https://doi.org/10.1155/2018/2645878)
- Rai A, Vaishali V. Dentigerous cyst: cone beam computed tomography findings of a case. *Annals and Essences of Dentistry*. 2017 [acceso 10/12/2019];9(3):17-21. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sea-184698>
- Consoli N, Berardi A, Pesce M, Pasquale N, De Franceschi C. Quistes Maxilares: Tratamiento Combinado. *Rev Soc Odontol La Plata*. 2017 [acceso 10/12/2019];27(54):25-9. Disponible en: http://solp-admin.diper-it.com/api/uploads/magazines/Revista-de-la-Sociedad-Odontologica-de-La-Plata-2017-XXVII/Preview_Revista_SOLP_54.pdf
- Kondamari S, Taneeru S, Guttikonda V, Masabattula G. Ameloblastoma arising in the wall of dentigerous cyst: Report of a rare entity. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2018;22(1):S7-S10. DOI: [10.4103/jomfp.JOMFP_197_15](https://doi.org/10.4103/jomfp.JOMFP_197_15)
- Bhagwat A, Barpande S, Bhavthankar J, Mandale M, Humbe J, Singh P. Odontogenic tumors: Review of 127 cases in Marathwada region of Maharashtra. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2017;21(3):457-8. DOI: [10.4103/jomfp.JOMFP_75_15](https://doi.org/10.4103/jomfp.JOMFP_75_15)
- Arora S, Kumar N, Kumar I, Kaur P, Mehta A. A Dentigerous Cyst Associated with Impacted Mandibular Canine crossing the Midline: A Case Report. *Clin Dent*. 2017 [acceso 10/12/2019];11(10):20-4. Disponible en: <http://publication.ida.org.in/IndexMain.htm#/viewArticle/21719>



28. Palencia A, Guerra D, Martínez J. Quistectomía conservadora mediante trepanaciones múltiples: reporte de un caso. *Revista ADM*. 2018 [acceso 10/12/2019];75(1):50-4. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2018/od181h.pdf>

29. Razavi SM, Yahyaabadi R, Khaledi S. A case of central mucoepidermoid carcinoma associated with dentigerous cyst. *Dent Res J*. 2017 [acceso 10/12/2019];14:423-6. Disponible en: <http://www.drjournal.net/text.asp?2017/14/6/423/218564>

30. Araújo J, Kowalski L, Rodrigues M, Paes de Almeida O, Lopes C Pinto, Alves F. Malignant Transformation of an Odontogenic Cyst in a Period of 10 Years: Case Report. *Hindawi*. 2014;ID 762969:5. DOI: [10.1155/2014/762969](https://doi.org/10.1155/2014/762969)

31. Bressan S, Contreras A, Valdovinos B, Briend M, Sandoval S, Díaz L. Tumor odontogénico adenomatoideo. Reporte de un caso. *Revista ADM*. 2017 [acceso 10/12/2019];4(4):206-11. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2017/od174j.pdf>

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

