

4  
2



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

QUISTE DENTÍGERO  
EXPERIENCIA EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
Y DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN.

1986-1996.

(ESTUDIO RETROSPECTIVO)

TESIS

QUE PRESENTA:

JOSÉ ROBERTO VÁZQUEZ IBARRA.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA

Directora de Tesis

C.D. ROCIO GLORIA FERNÁNDEZ LÓPEZ.

*V. B. R. L.*  
98

México, D.F. 1998

257500



FACULTAD DE  
ODONTOLOGÍA  
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **A MIS PADRES**

Por el apoyo incondicional que me brindaron durante mi formación, por los cuidados, dedicación, esfuerzo, paciencia y amor, que fueron la base firme para finalizar en una de mis grandes metas.

## **A MIS HERMANAS**

**ROSY, LULÚ Y VICKY**

Por el cariño que siempre me han dado y el apoyo tanto en los momentos difíciles como en los ratos más alegres que hemos convivido.

## **A MIS AMIGOS**

Que estuvieron conmigo en cada uno de los logros conseguidos a través del tiempo.

**A LA DRA. ROCIO GLORIA  
FERNANDEZ LOPEZ.**

Le doy las gracias por su valiosa colaboración, por confiar en mí en todo momento, por cooperar en la realización de este trabajo, por su inmensa paciencia conmigo y por hacer de mí un profesionalista.

**A MIS PROFESORES**

Que se preocuparon por darnos buenos conocimientos para desempeñar dignamente mi carrera.

A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

Y EN PARTICULAR

A LA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

AL HONORABLE JURADO

## INDICE

	Página.
RESUMEN	1.
INTRODUCCION.	2.
CAPITULO 1.	
1. Antecedentes	5.
1.1. Definición	6.
1.2. Sinonimia	6.
1.3. Clasificación Histologica de tumores odontogenicos O:M:S:	7.
1.4. Etiología y Patogenia.	12.
1.5. Características clínicas.	14.
1.6. Frecuencia.	15.
1.7. Radiográficamente.	16.
1.8. Histopatología.	18.
1.9. Quiste de brote.	19.
1.10. Diagnóstico clínico.	20.
1.11. Diagnóstico diferencial	24.
1.12. Tratamiento.	25.
1.13. Complicaciones.	27.
1.14. Complicaciones potenciales	28.

CAPITULO 2.	
Planteamiento del problema	31.
CAPITULO 3.	
Justificación.	32.
CAPITULO 4.	
Objetivos.	33.
CAPITULO 5.	
Materiales y Métodos.	34.
CAPITULO 6.	
Resultados.	40.
CAPITULO 7.	
Discusión.	53.
CAPITULO 8.	
Conclusiones	54.
BIBLIOGRAFIA.	57.



## INDICE DE GRAFICAS.

	Página.
GRAFICA 1. Expedientes clínicos de pacientes de la F.O. y D:E:P:e I.	43.
GRAFICA 2. Incidencia según sexo.	44.
GRAFICA 3. Comparación sexo-edad.	45.
GRAFICA 4. Incidencia según lugar de origen.	46.
GRAFICA 5. Incidencia de la lesión en cuanto a edad.	47.
GRAFICA 6. Incidencia en maxilar derecho.	48.
GRAFICA 7. Incidencia en maxilar izquierdo.	49.
GRAFICA 8. Incidencia en mandíbula derecha.	50.
GRAFICA 9. Incidencia en mandíbula izquierda.	51.

## RESUMEN

El objetivo de esta revisión de expedientes en el periodo comprendido de 1986-1996 en la Facultad de Odontología en la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la U.N.A.M. nos ayudará a observar la frecuencia en que se presenta el Quiste Dentígero, así como el tipo de tratamiento que se le aplica y observar su evolución.

Ya que el Cirujano Dentista debe de realizar un diagnóstico acertado ya que muchas veces no se le da la importancia necesaria a lesiones asintomáticas y cuando nos damos cuenta por medio de un estudio radiográfico la lesión esta muy avanzada y es mas difícil de tratar.

## INTRODUCCION

El objetivo de la revisión de expedientes en el periodo comprendido de 1986 a 1996 en la Facultad de Odontología y en la División de Estudios de Posgrado e Investigación nos ayudará para observar la frecuencia en que se presenta el Quiste Dentígero en nuestra población, así como el tipo de tratamiento que se les aplica y observar la evolución.(1)

“todo diente retenido es un quiste dentígero en potencia, todo quiste dentígero es un ameloblastoma en potencia”

**KRUGER.**

Los quistes de las regiones maxilares, mandibular y peribucal comprenden, desde el punto de vista de la histogénesis, tasas de relativa frecuencia evolución y tratamiento.(2)

La mayor parte de los quistes de la región anatómica del maxilar superior y la mandíbula, son generalmente de origen inflamatorio(34).

El quiste dentígero o folicular es el más frecuente de los quistes odontógenos. El quiste dentígero puede relacionarse con la corona de un diente en desarrollo que no ha erupcionado ( El término "dentígero" significa que contiene dientes (32).)

El quiste que encierra la corona de un diente sin erupcionar está adherido a este en la región cervical, lo que ayuda a diferenciarlo del quiste primordial(40).

Este quiste afecta con mayor frecuencia a las regiones mandibular y maxilar del tercer molar y las regiones caninas maxilares, que corresponden a las zonas en las que los dientes se retienen con mayor frecuencia. La mayor incidencia de quistes dentígeros se produce durante la segunda y la tercera década de la vida, predomina en pacientes del sexo masculino en una proporción de 1.5 : 1 con respecto a las mujeres(33).

El quiste dentígero es una lesión potencialmente agresiva. Puede ocasionar expansión del hueso provocando asimetría facial, desplazamiento de los dientes dentro de las arcadas, así como lisis radicular de los dientes adyacentes.(3)

Es una lesión bien circunscrita, fluctuante, no se conoce la causa del desarrollo del quiste dentígero.

En ocasiones la única manifestación es la falta de la erupción del diente y se descubre por hallazgo radiográfico (40).

En la mayor parte de los casos el tratamiento definitivo consiste en la enucleación de la lesión y del diente involucrado. En los casos de que el quiste afecta porciones importantes de la mandíbula el tratamiento inicial aceptable consiste en la exteriorización o marsupialización de la luz del quiste para permitir la descompresión y subsecuente disminución del defecto óseo, esto reduce la extensión de la cirugía posterior(22).

Algunas de las complicaciones potenciales de los quistes no tratados son muy importantes, este es el caso de la transformación de la cubierta epitelial en ameloblastomas, que presenta incidencia familiar, o la transformación displásica o carcinomatosa de la cubierta epitelial que se presenta en raras ocasiones, se cree que cuando hay células mucosas, es posible el desarrollo de un carcinoma mucoepidermoide intraóseo, aunque este es muy poco frecuente.(4)

La tasa de complicaciones del quiste dentígero es mucho más alta que la de otros quistes odontogénicos .(44).

## **CAPITULO 1.**

### **1. ANTECEDENTES.**

El cirujano dentista debe de realizar un diagnóstico acertado, ya que muchas veces no le damos importancia necesaria a lesiones asintomáticas y cuando nos damos cuenta por medio de un estudio radiográfico la lesión ya esta muy avanzada y es más difícil de tratar.

Los tumores derivados de tejidos odontógenos constituyen un grupo diversificado de lesiones. Esta multiformidad refleja el complejo desarrollo de las estructuras dentales, porque todos estos se originan en alguna aberración del patrón normal de la odontogénesis (40)

## 1.1 DEFINICION.

El **quiste** se define como una cavidad patológica tapizada por epitelio y que por lo general contiene material líquido o sólido,(40)

El epitelio correspondiente a cada uno de estos deriva de una de las siguientes fuentes: 1)germen dental, 2)epitelio reducido del esmalte de una corona dental., 3) restos epiteliales de Malassez, restos de la vaina de Hertwig, o 4) restos de la lámina dental.(40)

Por definición, el **quiste dentífero** debe relacionarse con la corona de un diente en desarrollo o sin erupcionar (el término "dentífero" significa "que contiene diente"). El quiste que encierra la corona de un diente sin erupcionar está adherido a los dientes en la región cervical lo que ayuda a diferenciarlo del quiste primordial.(34)

## 1.2 SINONIMIA.

En la literatura médica, los quistes dentíferos se han denominado de distintas maneras: quistes foliculares, quistes dentíferos, quistes coronodentarios, quistes embrionarios, adamantinomas quísticos de origen gubernacular. (33)

### 1.3 CLASIFICACION HISTOLOGICA DE TUMORES ODONTOGENICOS

O.M.S. 1992.

1. NEOPLASIAS Y OTROS TUMORES RELACIONADOS  
CON EL APARATO ODONTOGENICO.
- 1.1. **BENIGNOS.**
- 1.1.1. EPITELIO ODONTOGENICO SIN ECTOMESENUQUIMA  
ODONTOGENICO.
- 1.1.1.1. AMELOBLASTOMA.
- 1.1.1.2. TUMOR ODONTOGENICO ESCAMOSO.
- 1.1.1.3. TUMOR ODONTOGENICO EPITELIALA CALCIFICANTE.  
(TUMOR DE PINDBORG)
- 1.1.1.4. TUMOR ODONTOGENICO DE CELULAS CLARAS
- 1.1.2 EPITELIO ODONTOGENICO CON ECTOMESENUQUIMA  
ODONTOGENICO, CON O SIN FORMACION DE TEJIDO  
DURO DENTAL.
- 1.1.2.1 FIBROMA AMELOBLASTICO
- 1.1.2.2 FIBRODENTINOMA AMELOBLASTICO (DENTINOMA) Y  
FIBRO-ODONTOMA AMELOBLASTICO.
- 1.1.2.3 ODONTOAMELOBLASTOMA.



- 1.1.2.4 TUMOR ODONTOGENICO ADENOMATOIDE.
- 1.1.2.5 QUISTE ODONTOGENICO CALCIFICANTE
- 1.1.2.6 ODONTOMA COMPLEJO.
- 1.1.2.7 ODONTOMA COMPUESTO.
- 1.1.3 ECTOMESENUIMA ODONTOGENICO CON O SIN  
EPITELIO ODONTOGENICO.
- 1.1.3.1 FIBROMA ODONTOGENICO.
- 1.1.3.2 MIXOMA( MIXOMA ODONTOGENICO, MIXOFIBROMA)
- 1.1.3.3 CEMENTOBLASTOMA BENIGNO  
(CEMENTOBLASTOMA, CEMENTOMA VERDADERO).
- 1.2. **MALIGNOS.**
- 1.2.1 CARCINOMAS ODONTOGENICOS.
- 1.2.1.1 AMELOBLASTOMA MALIGNO.
- 1.2.1.2 CARCINOMA INTRAOSEO PRIMARIO.
- 1.2.1.3 VARIANTES MALIGNAS DE OTROS TUMORES  
ODONTOGENICOS EPITELIALES.
- 1.2.1.4 QUISTES ODONTOGENICOS CON TRANSFORMACION  
MALIGNA.
- 1.2.2 SARCOMAS ODONTOGENICOS.

- 1.2.2.1 FIBROSARCOMA AMELOBLASTICO
- 1.2.2.2 FIBRODENTINOSARCOMA AMELOBLASTICO Y  
FIBRO-ODONTOSARCOMA AMELOBLASTICO.
- 1.2.2.3 CARCINOSARCOMA ODONTOGENICO.
- 2. **NEOPLASIAS Y OTRAS LESIONES RELACIONADAS A  
HUESO.**
- 2.1 **NEOPLASIAS OSTEOGENICAS.**
- 2.1.1 FIBROMA CEMENTO-OSIFICANTE.  
(FIBROMA CEMENTIFICANTE, FIBROMA OSIFICANTE)
- 2.2 **LESIONES NO NEOPLASICAS EN HUESO.**
- 2.2.1 DISPLASIA FIBROSA DE LOS MAXILARES.
- 2.2.2 DISPLASIAS CEMENTO-OSEAS.
- 2.2.2.1 DISPLASIA PERIAPICAL CEMENTIFICANTE.  
(DISPLASIA PERIAPICAL FIBROSA).
- 2.2.2.2 DISPLASIA CEMENTO-OSEA FLORIDA.  
(CEMENTOMA GIGANTIFORME, CEMENTOMA  
MULTIPLE FAMILIAR).
- 2.2.2.3 OTRAS DISPLASIAS CEMENTO-OSEAS.

- 2.2.3 QUERUBISMO (ENFERMEDAD FAMILIAR QUISTICA  
MULTILOCLAR DE LOS MAXILARES).
- 2.2.4 GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES
- 2.2.5 QUISTE OSEO ANEURISMATICO.
- 2.2.6 QUISTE OSEO SOLITARIO (TRAUMATICO, SIMPLE,  
OSEO HEMORRAGICO).
- 2.3 **OTROS TUMORES.**
- 2.3.1 TUMOR NEUROECTODERMICO, MELANOTICO DE LA  
INFANCIA (PROGNOMA MELANOTICO).
- 3. **QUISTES EPITELIALES.**
- 3.1 **DEL DESARROLLO.**
- 3.1.1 ODONTOGENICOS.
- 3.1.1.1 QUISTES GINGIVALES DE LA INFANCIA (PERLAS DE  
EPSTEIN).
- 3.1.1.2 QUERATOQUISTE ODONTOGENICO (QUISTE  
PRIMORDIAL).
- 3.1.1.3 **QUISTE DENTIGERO (FOLICULAR).**
- 3.1.1.4 QUISTE DE LA ERUPCION.
- 3.1.1.5 QUISTE LATERAL PERIODONTAL.

- 3.1.1.6 QUSITE GINGIVAL DEL ADULTO.
- 3.1.1.7 QUISTE GLANDULAR ODONTOGENICO  
(QUISTE SIALO-ODONTOGENICO).
- 3.1.2 NO ODONTOGENICOS.
- 3.1.2.1 QUISTE DEL CONDUCTO NASOPALATINO (CANAL  
INCISIVO).
- 3.1.2.2 QUISTE NASOLABIAL (NASOALVEOLAR).
- 3.2 **INFLAMATORIOS.**
- 3.2.1 QUISTE RADICULAR.
- 3.2.1.1 APICAL LATERAL
- 3.2.1.2 RESIDUAL.
- 3.2.2 QUISTE PARADENTAL (COLATERAL INFLAMATORIO,  
MANDIBULAR INFECTADO VESTIBULAR.

#### 1.4 ETIOLOGIA Y PATOGENIA.

El quiste dentigero o folicular se desarrolla por la acumulación de líquido entre el órgano del esmalte remanente de la corona del diente subyacente. El órgano del esmalte residual o epitelio del esmalte reducido forma una de las superficies que limita el quiste y la corona del diente maduro la otra. La acumulación de líquido ocurre entre el epitelio del esmalte reducido y la corona y, en ocasiones, dentro del órgano del esmalte.(6)

Un mecanismo patogenético alternativo sugiere que existe degeneración inicial parcial del órgano del esmalte. Si esto ocurre, el quiste puede desarrollarse por la separación de los elementos del epitelio del esmalte. Es probable que la degeneración dentro del órgano del esmalte, en especial del retículo estrellado, en cualquier etapa de la odontogénesis tenga relación con hipoplasia del esmalte. Otra posibilidad es que puede ocurrir disminución del esmalte con posterior acumulación de líquido entre las estructuras que componen el epitelio del esmalte reducido. Esta última teoría no explica la hipoplasia concomitante del esmalte relacionada con los dientes no erupcionados.(7)

La expansión del quiste dentígero tiene que ver con un aumento secundario en la osmolaridad del líquido quístico por el paso de células inflamatorias y la descamación de células epiteliales en la luz del quiste. Al igual que en el caso del quiste radicular, el aumento de la presión osmótica dentro del quiste provoca el ingreso del líquido y crecimiento centrífugo secundario del mismo. También se produce proliferación epitelial compensatoria concomitante. Se cree que el proceso es lento ya que el índice de mitosis es menor que el que se encuentra en los quistes primordiales o en los queratoquistes odontógenos.(34).

Otra explicación de la patogenia del quiste dentígero es que se origina por proliferación y transformación quística de islas de epitelio alojadas en la pared de tejido conectivo del folículo dental. hasta fuera de ellas, y que este epitelio folicular de revestimiento para formar una cavidad quística única alrededor de la corona del diente. Casi siempre, este quiste afecta la corona de un diente permanente normal, o está vinculada a ella. Raras veces ataca a un diente primario.(8)

## 1.5 CARACTERISTICAS CLINICAS.

**LOCALIZACION.** Estos afectan con mayor frecuencia a las regiones mandibular y maxilar del tercer molar, y las regiones caninas maxilares, que corresponden a las zonas en las que los dientes se retienen con mayor frecuencia.(34)

El quiste dentigero tiene la capacidad potencial de transformarse en una lesión agresiva. La expansión del hueso con la consiguiente asimetría facial, gran desplazamiento de dientes, resorción intensa de los dientes adyacentes y dolor, son las secuelas posibles de agrandamiento continuo del quiste.(9)

La lesión quística en un tercer molar inferior retenido puede producir "ahuecamiento" de toda la rama ascendente hasta la apófisis coronoides y cóndilo, así como la expansión de la lámina cortical debido a la presión que ejerce. Junto con esta reacción puede haber un desplazamiento tal del tercer molar que a veces llega a quedar comprimido contra el borde inferior de la mandíbula. En el caso de un quiste de un canino superior, suele haber expansión del sector anterior del maxilar (40).

Los síntomas son escasos, pero la erupción tardía de los dientes indica la posible formación de un quiste dentigero. Sin embargo, éste puede alcanzar un

gran tamaño y en ocasiones se acompaña de expansión ósea. Raras veces las lesiones alcanzan un tamaño tan importante, que predisponen a la producción de fracturas patológicas por erosión del hueso cortical. La compresión digital puede provocar una sensación de crujido o crépito por adelgazamiento de la corteza, y cuando no hay hueso cortical limitante, puede producirse una sensación esponjosa o blanda.(8)

## 1.6 FRECUENCIA

El quiste dentígero es el más común de los quistes foliculares, pues comprende aproximadamente el 95% de esas lesiones y alrededor del 34% de todos los quistes odontogénicos (3)

La mayor incidencia de quistes dentígeros se produce durante la segunda y tercera década de la vida, predomina en pacientes de sexo masculino en una proporción de 1.6 : 1 con respecto a las mujeres.(34).

Aproximadamente un 70% de las lesiones aparece en la mandíbula y un 30% en el maxilar. Casi el 62% en la zona molar, el 12% en la región canina y un 12% en el premolar. El 14% restante se distribuye sobre las demás zonas de



los maxilares. El tercer molar inferior y el canino superior constituyen los dientes individuales afectados con mayor frecuencia (10)

### **1.7 RADIOGRAFICAMENTE.**

En la radiografía, el quiste aparece como una lesión radiolúcida bien definida, por lo general unilocular, que se relaciona con la corona de un diente que no ha erupcionado. La envoltura de la corona suele ser simétrica aunque en algunas ocasiones se aprecian lesiones radiolúcidas laterales. De forma concomitante se observa el desplazamiento del diente retenido en cualquier plano o posición. En la mandíbula, la lesión puede extenderse hacia arriba desde la región del tercer molar a la rama de la mandíbula o hacia adelante y abajo a lo largo del cuerpo de la misma.(34)

Es posible que la corona dental no erupcionada, o retenida por alguna razón, esté rodeada simétricamente por esta radiolucidez, aunque hay que tener cuidado en no confundir el espacio circuncoronario o "folicular" normal con un quiste verdadero. En otros casos, la zona radiolúcida se proyecta lateralmente desde la corona dental, en particular si el quiste es relativamente

grande o si hubo desplazamiento dental. A esta situación se le suele denominar "quiste dentígero lateral"(40)

El quiste dentígero es una lesión unilocular lisa, pero a veces puede presentarse uno con aspecto multilocular. En realidad, todos los compartimentos están unidos por una membrana quística continua. En ocasiones, la zona radiolúcida está rodeada de una línea esclerótica que representa la reacción ósea. En casos de quistes dentígeros evidentemente múltiples, ha de ponerse cuidado en descartar de que se trate del síndrome de quiste odontógeno, nevo basocelular y costilla bifida.(11)

Los quistes dentígeros maxilares que afectan la región canina, pueden extenderse al seno maxilar, al piso de la órbita o la fosa nasal, y los que afectan el tercer molar pueden expandirse distalmente hacia arriba a afectar la cavidad del seno maxilar.(12)

Otras características radiográficas incluyen una demarcación entre la radiolucidez del quiste y el hueso circundante no dañado, el borde radiográfico es discreto y presenta un límite radiopaco delgado. En los quistes de larga evolución que se expanden hacia las raíces de los dientes adyacentes (cerca del 90% de los casos)(34)

## 1.8 HISTOPATOLOGIA.

El tejido conectivo fibroso de la pared del quiste está cubierto por epitelio estratificado escamoso. El estroma está compuesto de colágena en un fondo rico en glucoproteínas y mucopolisacáridos ácidos.(13)

Los quistes no inflamados presentan una cubierta epitelial cuyo grosor es de dos a cuatro capas celulares. La unión tejido conectivo-epitelio es aplanada, aunque cuando hay inflamación crónica o infección secundaria puede observarse hiperplasia epitelial. Es importante considerar que la cubierta epitelial no está queratinizada. Al menos el 25% de los quistes dentígeros mandibulares y el 50% de los quistes dentígeros maxilares presentan focos de células mucosas. Con muy poca frecuencia pueden observarse células ciliadas o cuerpos hialinos. También raras veces pueden detectarse elementos celulares dentro de la estructura de la cubierta, en algunos casos, se encuentran elementos queratinizados que corresponden a un proceso metaplásico y han de diferenciarse de la cubierta de un queratoquiste odontógeno. Estas diferentes presentaciones histológicas reflejan la multipotencialidad de la cubierta epitelial odontógena de los quistes dentígeros.(34)

## 1.9 QUISTE DE BROTE.

Un tipo específico de quiste debe ser clasificado como una forma del quiste dentígero, está en asociación frecuente con dientes primarios o permanentes en erupción, en niños.(14)

Este suele ser denominado "quiste de brote" o "hematoma del brote". En esencia, se trata de una dilatación del espacio folicular normal sobre la corona de un diente, causada por la acumulación de líquido histico o sangre. Desde el punto de vista macroscópico. La lesión es una hinchazón circunscrita y fluctuante del reborde alveolar en la zona del diente en brote. Cuando la cavidad quística circuncoronaria contiene sangre, es de color violeta o rojo oscuro, de ahí el nombre de "hematoma del brote", no se conoce la causa de formación de este tipo de quiste. No requiere tratamiento, puesto que por lo general, el diente brota sin retardo significativo(34).

## 1.10 DIAGNOSTICO CLINICO

### **MARCHA CLINICA Y EVOLUCION.**

A los quistes dentígeros les corresponden los mismos periodos clínicos que a los demás tumores de los maxilares: un periodo intramaxilar y otro periodo de exteriorización. Su marcha y su evolución lenta no dan por lo general síntomas dolorosos y pasan inadvertidos, en muchas ocasiones, durante un gran numero de años.(15)

**Desarrollo de los quistes dentígeros.** Estos tumores se desarrollan cumpliendo con la ley de menor resistencia. Todos tienen características parecidas: hacen una evolución por lo general hacia la tabla externa, en el maxilar superior con excepción de los correspondientes al canino, cuya marcha y evolución es casi siempre palatina. La evolución del quiste depende en general del diente retenido en el curso y evolución empujando centrífugamente, y desviando hacia lugares insospechables.(16)

En el maxilar inferior , el crecimiento del quiste se hace casi siempre a expensas de las dos tablas.(17)

El tercer molar origina quistes que, por lo general hacen su expansión hacia la rama ascendente, rechazando la tabla externa, por debajo del masetero y llegando a algunas ocasiones hasta el cóndilo y apófisis corrosiones.(17)

### **SINTOMATOLOGIA.**

Los quistes dentígeros no presentan por lo general ninguna sintomatología. Por lo menos en su primer período intramaxilar y parte del segundo. en algunas ocasiones pueden percibirse fenómenos dolorosos, que adquieren la misma intensidad que la producida por los dientes retenidos. Otras veces, la característica desviación de los dientes en abanico llaman la atención del paciente y de los familiares. Síntomas dolorosos manifiestos e intensos pueden decirse que son raros y excepcionales.(18)

Sin embargo neuralgias, dolores de distintos tipos y cefaleas pueden presentarse en algunas ocasiones. A pesar del volumen extraordinario que pueden alcanzar en algunas oportunidades estas producciones, “el síntoma dolor” es raro.(19)

Lo que más llama la atención del paciente es la deformación facial, que en oportunidades alcanza proporciones desusadas. los surcos anatómicos desaparecen, la asimetría facial se manifiesta. La bóveda palatina puede estar

desplazada. en algunos casos hay exoftalmía por protusión del globo ocular, en otras ocasiones hay dificultades serias a la fonación y deglución.(20)

Esta sintomatología notablemente silenciosa cambia bruscamente si el quiste se infecta. Los dolores se hacen intensos, se irradian en distintas direcciones, el estado general está también perturbado, hay fiebre, disnea, halitosis, pulso elevado, la sintomatología de un procesos infeccioso agudo. La supuración se abre camino por fístulas de número variable que se instalan intra o extraoralmente, por las que emana un pus fétido y característico.(31)

La sonda, introducida por una de estas fístulas encuentra el tejido blando aterciopelado de la bolsa quística y se puede percibir la dureza característica del diente retenido.(41)

## **DIAGNOSTICO.**

El diagnóstico del quiste dentífero reside por lo general a un diente retenido originador del proceso, además es facil encontrar persistencia del diente temporal, puede sin embargo suceder que la arcada esté completa. En este caso el quiste es originado por un diente supernumerario.(42)

El diagnóstico se hace por los síntomas clínicos anotados de crepitación apergaminada, deformación facial o local, ausencia del diente en la arcada y por el examen radiográfico.(21)

La radiografía es indispensable en el diagnóstico para conocer el volumen del proceso, la relación con los órganos vecinos, el estado de estos órganos y la colocación del diente retenido. La ubicación con una sola placa es solo relativa. se consigue con cierta perfección, con las tomas extraorales, oclusales e intraoral, cuya coordinación puede llegar a ubicar el diente retenido. Por otra parte, en los quistes grandes, después de abierta la bolsa quística y vaciado su contenido, el diente es generalmente visible en uno de los polos de proceso.

La radiografía nos da exactamente los contornos del quiste y la presencia del diente con su corona dentro de la bolsa quística, lo cual siempre esta rodeada por la condensación ósea característica.(23)

La punción exploradora, otro método clínico de diagnóstico, nos revelará la presencia de líquido, que aclara el diagnóstico.(24)



## 1.11 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de una lesión radiolúcida pericoronar debe incluir, además del quiste dentígero, el de folículo dental hiperplásico, queratoquist de localización dentígera y el ameloblastoma.(34)

El ameloblastoma unicístico es la lesión más importante en la determinación radiográfica de un quiste dentígero no complicado; también debe considerarse en el diagnóstico diferencial la transformación ameloblástica de la cubierta del quiste dentígero. Otras posibilidades importantes son el queratoquiste odontógeno relacionado con el quiste dentígero y, en los casos de lesión radiolúcida pericoronar maxilar anterior, el tumor odontógeno adenomatoide (TOA).(35)

Por último, cuando el quiste se localiza en la región posterior de la mandíbula o en el maxilar superior y se presenta en pacientes jóvenes, debe incluirse el fibroma amelobástico(34)

## **1.12 TRATAMIENTO**

El tratamiento consiste principalmente en suprimir el tumor quístico, por su extracción del interior del maxilar (o conservación de parte de la estructura quística), en el fondo, maniobras que tienden a eliminar el quiste como entidad patológica y enucleación con la extirpación de la bolsa quística y extracción del diente retenido.(25)

La técnica del tratamiento quirúrgico fue concebida por Dupuytren, Heath y Partsch, quienes dieron principios y fundamentos .

El "método de Partsch" es el fundamento de una escuela, de la cual pueden partir modificaciones o alteraciones de la técnica así tenemos al método de Partsch I y II ó método conservador de Partsch y método radical de Partsch.(24)

### **QUISTOTOMIA O PARTSCH 1.**

Consiste esencialmente en transformar el quiste en una cavidad accesoria de la bucal, conservando parte de la membrana quística que por su naturaleza epitelial acaba por adquirir las características de la mucosa oral. la

técnica estaría indicada en quistes de mediano o gran tamaño, cuya enucleación podría plantear complicaciones tales como hemorragias, aperturas de seno, fracturas. no obstante, advierte del inconveniente de la posible transformación de la cápsula y la posible recidiva. La incisión se practicaría rodeando la pared externa del quiste y se trazaría sobre hueso sano para levantar, en una sola pieza, mucosa y pared capsular y ósea. No es necesaria la sutura entre mucosa gingival y cápsula quística, ya que la adherencia entre ambas es muy fácil.(26)

El problema principal de la apicectomía del diente causal en los quistes radiculares, para lo que es preciso levantar muy cuidadosamente la cápsula del quiste.(26)

Una variante es la técnica de Pichler, en la que se talla un colgajo mucogingival de pedículo inferior de forma que la cápsula quística es eliminada hasta el ápice dentario, y tras éste, se efectúa una adaptación de la mucosa al suelo de la cavidad, suturando mucosa y cápsula o aponiéndola simplemente(27).

## **QUISTECTOMIA O PARTSCH 2.**

Consiste en que , una vez enucleado el quiste y taratado el diente, se introduce el colgajo mucoso, se adapta a la cavidad quística y se empaqueta gasa yodofórmica que se cambia y retira en días sucesivos(27).

### **1.13 COMPLICACIONES.**

Algunas de las complicaciones potenciales de los quistes no tratados, son muy importantes, éste es el caso de la transformación de la cubierta epitelial en ameloblastoma, que presenta incidencia familiar, o la transformación displásica o carcinomatosa de la cubierta epitelial, que se presenta en raras ocasiones. Por último, se cree que cuando hay células mucosas, es posible el desarrollo de un carcinoma mucoepidermoide intraóseo, aunque éste es muy poco frecuente.

La tasa de complicaciones del quiste dentígero es mucho más alta que la de los otros quistes odontogénos (con excepción del queratoquiste odontógeno).

El desarrollo de un ameloblastoma a partir de un quiste dentígero, con frecuencia es un problema histopatológico difícil, sin embargo la identificación temprana de la transformación ameloblastomatosa se relaciona con los siguientes hallazgos microscópicos:(28)

1. Hiperchromatismo nuclear de los núcleos de las células basales
2. Palidez de las células basales con polarización nuclear lejana a la membrana basal.
- 3 Formación de vacuolas citoplasmáticas en las células basales, a menudo entre el núcleo y la membrana basal.
- 4 Aumento de la amplitud del espacio intercelular en las capas epiteliales.(34)

#### **1.14 COMPLICACIONES POTENCIALES.**

Son varias las complicaciones potenciales relativamente serias que surgen de este quiste, además de la posibilidad de una recidiva a causa de la remoción quirúrgica incompleta. Ellas son 1) formación de un ameloblastoma, derivado del epitelio de revestimiento o de restos del epitelio odontógeno de la pared quística, 2) formación de un carcinoma epidermoide, con las mismas fuentes epiteliales y 3) formación de un carcinoma mucoepidermoide,

básicamente un tumor maligno de las glándulas salivales, a partir del epitelio de revestimiento de quiste dentígero que contiene glándulas secretoras de moco, o por lo menos células con este potencial, vistas con mayor frecuencia en los quistes dentígeros vinculados con terceros molares inferiores retenidos.(6)

Tiene una gran importancia clínica que se hayan comunicado muchos casos de ameloblastomas originados en la pared de quistes dentígeros, epitelio de revestimiento o asociados con restos epiteliales. Stanley y Diehl revisaron una serie de 641 ameloblastomas y encontraron que por lo menos 108 de estas neoplasias, alrededor del 17% estaban decididamente vinculados a dientes retenidos y a un quiste folicular o dentígero. la disposición a la proliferación epitelial neoplásica con características de ameloblastoma es mucho más pronunciada en el quiste dentígero que en otros quistes. La formación de tal tumor se manifiesta como un engrosamiento nodular de la pared quística, el ameloblastoma mural, pero pocas veces es obvio desde el punto de vista macroscópico. Por ello, no solo es una buena costumbre, sino también un requisito indispensable que todo el tejido de quistes dentígeros sea enviado a un patólogo bucal calificado para que este realice un minucioso examen macroscópico y microscópico.(7)

El desarrollo de un carcinoma epidermoide en el epitelio de revestimiento del quiste dentigero también ha sido adecuadamente documentado en la literatura. Gardner hizo una revisión y comunico 8 casos aceptables entre 25 carcinomas originados en quistes odontógenos de todos los tipos combinados. Se desconoce cuáles son los factores predisponentes y el mecanismo de formación de esta neoplasia(10).

Finalmente la formación del carcinoma mucoepidermoide, un tipo de tumor de las glándulas salivales, está peor documentada que la del carcinoma epidermoide de este origen, pero también es una posibilidad. Se ha comunicado la inclusión de tejido glandular salival normal en la porción posterior del cuerpo de la mandíbula, y sin duda, algunos tumores glandulares salivales centrales de esta localización se originan en esa fuente. Sin embargo, se comprobaron casos de carcinoma mucoepidermoide central en asociación con quistes dentígeros de terceros molares inferiores retenidos y, si tenemos en cuenta la frecuencia con que se encuentran células secretoras de moco en este epitelio de revestimiento como signo de pluripotencialidad de este último, siempre ha de considerarse esta posibilidad(16).

## **CAPITULO 2.**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Este estudio pretende conocer la distribución por localización, edad, sexo, tipo de tratamiento de pacientes con quiste dentífero en expedientes clínicos de la Facultad de Odontología y División de estudios de Posgrado e Investigación (UNAM)



## CAPITULO 3.

### JUSTIFICACION.

La importancia de realizar este estudio es determinar cual o cuales son las regiones mas afectadas del maxilar y mandibula, para el diagnóstico temprano y un buen tratamiento.

Confrontar los datos de los pacientes en la Facultad de Odontología y en la División de Estudios de Posgrado e Investigación U.N.A.M.con los datos que refiere la bibliografía.

El desconocimiento de la frecuencia, sitio, edad, sintomatologías, crea la necesidad de un estudio más profundo, para el manejo temprano de estos pacientes

## **CAPITULO 4.**

### **OBJETIVOS.**

-Determinar cuales son las regiones del maxilar o mandíbula más frecuentemente afectada por quiste dentígero, dependiendo su localización, características clínicas y características histopatológicas.

-Determinar de acuerdo al archivo clínico de la Facultad de Odontología y División de Estudios de Posgrado e Investigación, el grupo con mayor frecuencia que presenta estas lesiones con base a edad, sexo.

-Determinar los tipos de tratamiento realizado en cada uno de las lesiones encontradas.

-Determinar los principales diagnósticos clínicos diferenciales manejados.

-Determinar la incidencia de recidivas.

-En base a la experiencia obtenida identificar cual es el tratamiento mejor establecido para estas entidades.

## **CAPITULO 5.**

### **MATERIALES Y MÉTODOS.**

**POBLACIÓN EN ESTUDIO:** Se realizará en expedientes clínicos de pacientes del archivo de la Facultad de Odontología y de la División de Estudios de Posgrado e Investigación con quíste dentígero.

**SELECCIÓN DE LA MUESTRA:** Se hará en expedientes clínicos de pacientes con quíste dentígero de 1986-1996 en la Facultad de Odontología y de la División de Estudios de Posgrado e Investigación.

**CRITERIOS DE INCLUSION:** Expediente clínicos de pacientes con quíste dentígero localizado en maxilar o mandíbula de cualquier edad, sexo y condición socioeconómica.

**CRITERIOS DE EXCLUSION:** Todos aquellos expedientes clínicos cuyas lesiones patológicas no sean relacionadas con quíste dentígero.

VARIABLES DE ESTUDIO: Edad, sexo, tiempo de evolución, localización, tratamiento, lugar de origen, recidivas

Edad. Variable cuantitativa, continua, su escala de medición es de ratios o razón.

Sexo: Es una variable cualitativa, pero su medición es en la escala nominal.

Localización: Es una variable cualitativa, se mide en escala nominal.

Tratamiento: Es una escala cualitativa, se mide en escala de rango.

Lugar de origen: Es una variable cualitativa, se mide en escala nominal.

## METODO DE RECOLECCION DE DATOS.

-Se realizará mediante revisión de expedientes clínicos, solicitudes de estudio histopatológico y los resultados de estos..

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo retrospectivo transversal.

En base a los expedientes del archivo de la Facultad de Odontología y de la División de Estudios de Posgrado e Investigación (UNAM) con expedientes comprendidos de 1986-1996, con diagnóstico clínico y microscópico

Se tomará de acuerdo a la siguiente información:

HISTORIA CLINICA.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION.

1- NUMERO DE EXPEDIENTE CLINICO -----

2- LUGAR DE ORIGEN	D.F	(1)
	INT.DE LA REP.	(2)
	EXTRANJERO	(3)

3- EDAD EN AÑOS -----

4- SEXO	MASCULINO	(1)
	FEMENINO	(2)

5- LOCALIZACION	MAXILAR	(1)
	MANDIBULA	(2)

DIENTE INVOLUCRADO	3er MOLAR SUP.	(1)
	3er MOLAR INF	(2)
	CANINO SUP	(3)
	CANINO INF	(4)
	PREMOLAR SUP	(5)
	PREMOLAR INF	(6)
	LATERAL SUP	(7)
	LATERAL INF	(8)

CENTRAL SUP (9)

CENTAL INF (10)

7- TIEMPO DE EVOLUCION

DIAS ( )

MESES ( )

AÑOS ( )

8- SINTOMATOLOGIA . \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

9-TRATAMIENTO. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

## ANALISIS DE DATOS

Las variables cuantitativas (edad) se representa en el diagrama de barras.

Las variables dependientes cualitativas (sexo, localización, tratamiento, lugar de origen) se medirá con la escala nominal ordinal, se representa en diagrama de barra o por sectores.



## CAPITULO 6

### RESULTADOS

Se realizó el estudio retrospectivo de 1986 a 1996 en expedientes de la Facultad de Odontología y División de Estudios de Posgrado e Investigación con un total de 5350 expedientes de los cuales 565 fueron quistes odontogénicos y 160 fueron **quistes dentígeros**. (Gráfica 1)

Se presentó con mayor frecuencia en pacientes masculinos 55% (91 casos) que en pacientes femeninos 45% (73 casos)(Gráfica 2)

En relación de edad y sexo los resultados se explican en la tabla 1.

**TABLA 1.**

EDAD	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71 o más
MASC.	21	28	17	8	9	2	2	1
FEM.	14	28	17	7	4	1	1	1

(Gráfica 3)

También el lugar de origen con mayor incidencia fué en el maxilar 51% (78 casos) con respecto a la mandíbula 41% (74 casos) (Gráfica 4)

En relación a la edad se presenta con mayor incidencia entre la primera, segunda y tercera década de la vida. (grafica 5).

En relación al diente involucrado por la lesión tenemos que:

#### **MAXILAR LADO DERECHO.**

CANINO 17 casos.

TERCER MOLAR 8 casos.

CENTRAL 6 casos.

PREMOLARES 1 caso.

(Gráfica 6)

#### **MAXILAR LADO IZQUIERDO.**

CANINO 29 casos.

TERCER MOLAR 6 casos.

CENTRAL 6 casos.

PREMOLARES 4 casos.

(Gráfica 7)

**MANDIBULA LADO DERECHO.**

TERCER MOLAR            37 casos

PREMOLARES            5 casos.

PRIMER MOLAR           2 casos

SEGUNDO MOLAR        1 caso.

CANINO                    1 caso.

(Gráfica 8)

**MANDIBULA LADO IZQUIERDO.**

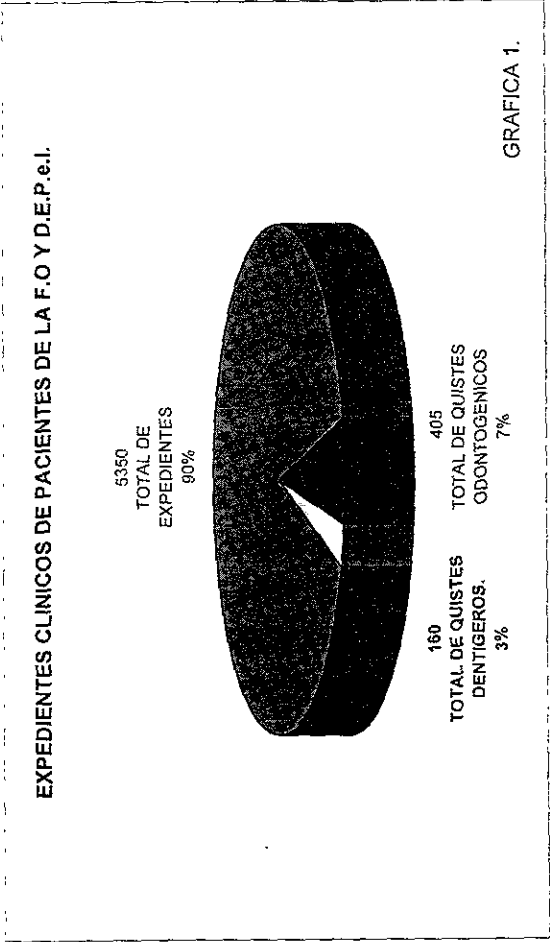
TERCER MOLAR           23 casos.

PREMOLARES            10 casos.

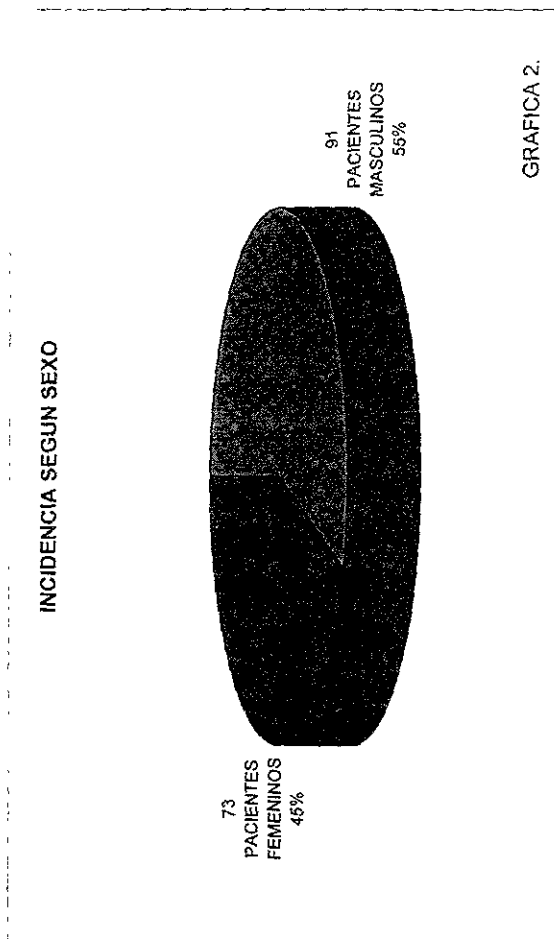
CANINO                    6 casos.

(Gráfica 9).

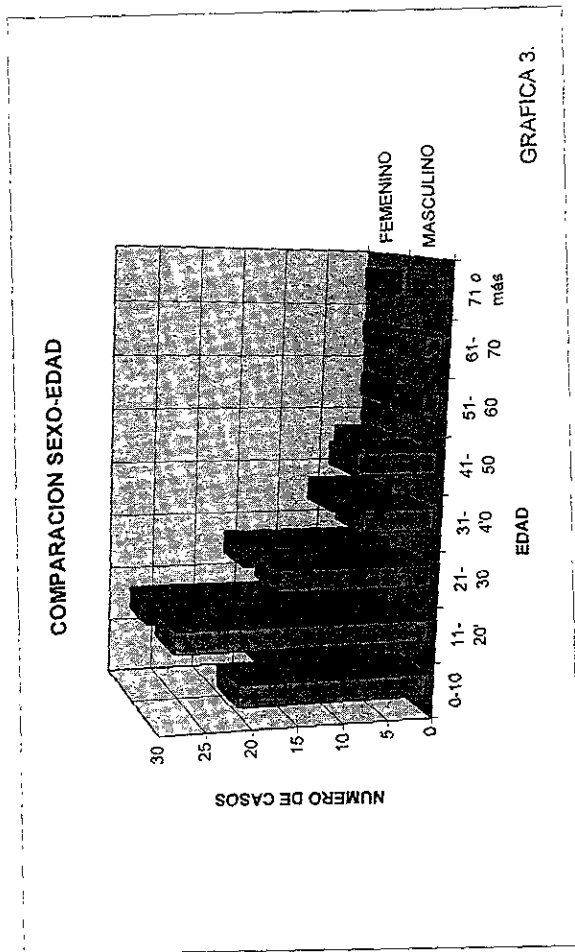
GRAFICA.1.



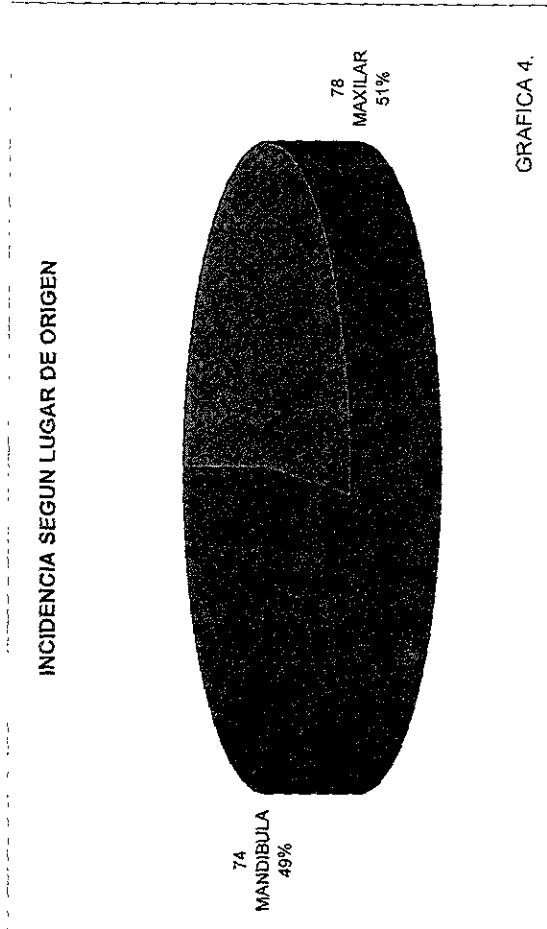
GRAFICA.2.



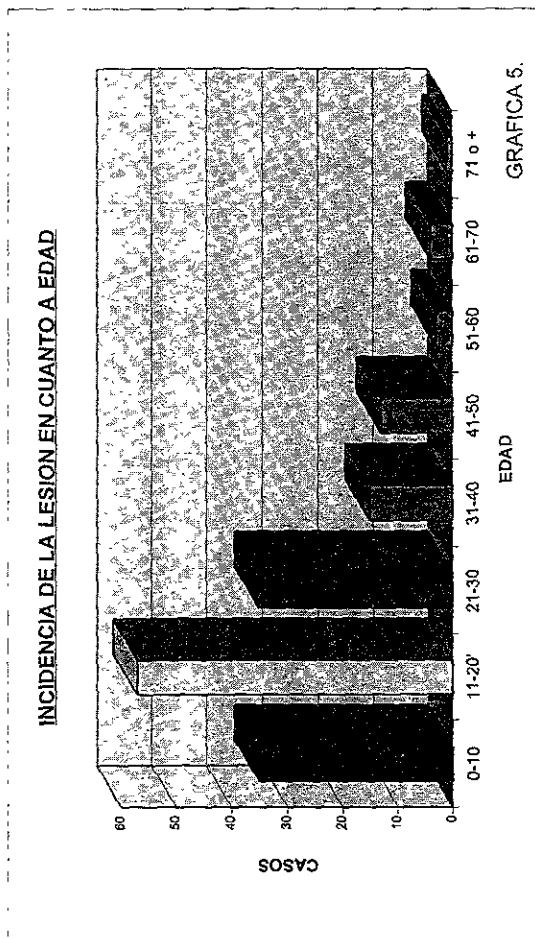
GRAFICA.3.



GRAFICA.4.

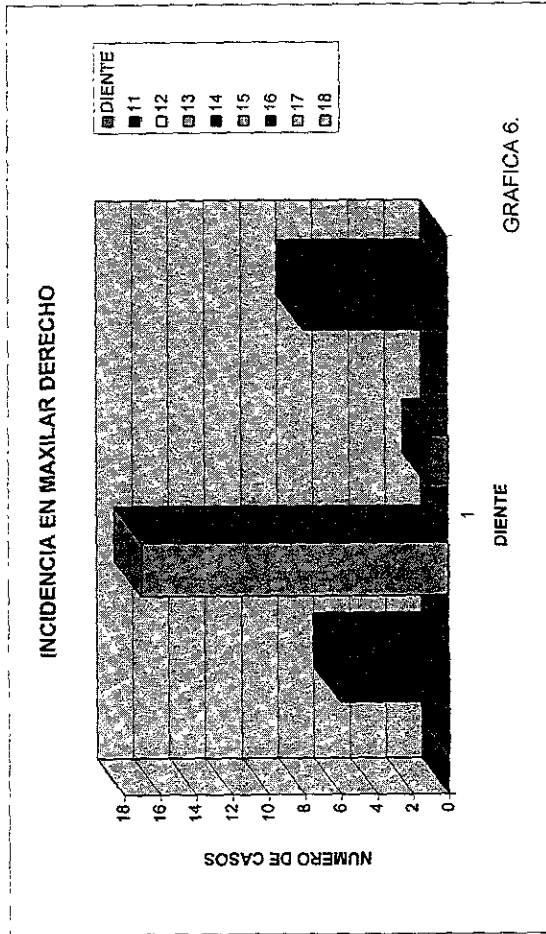


GRAFICA.5.

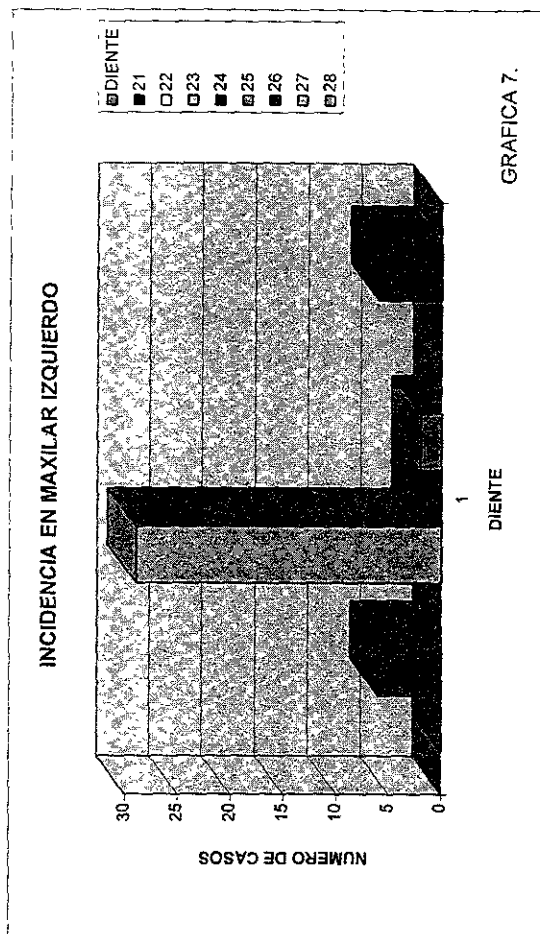




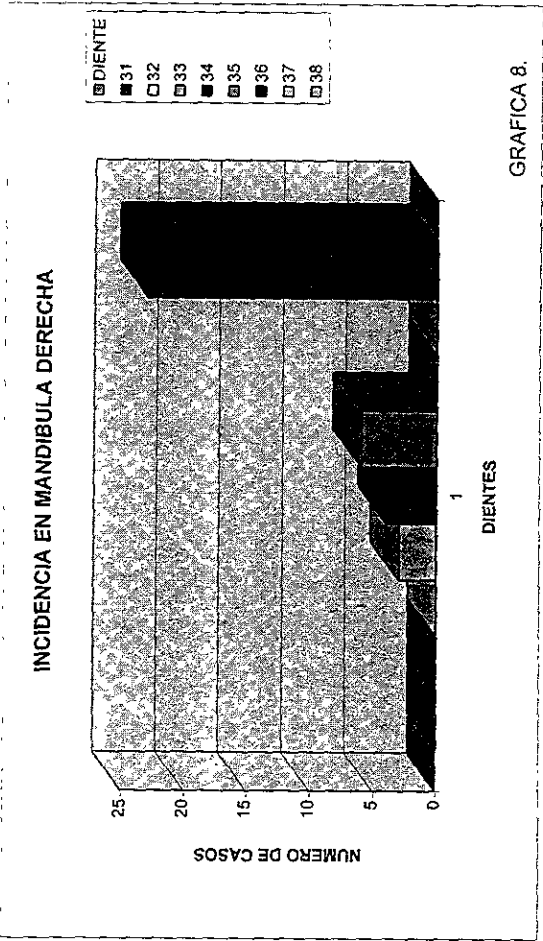
GRAFICA.6.



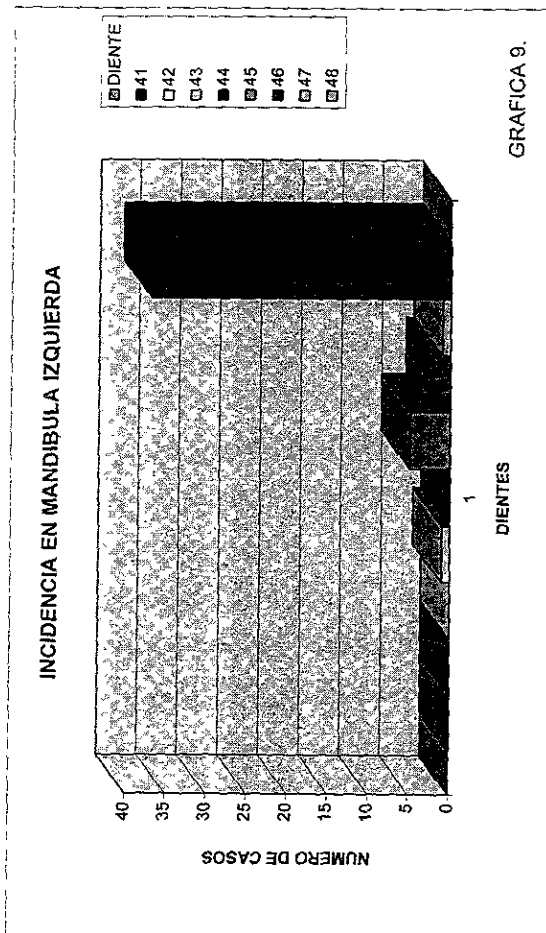
GRAFICA.7.



GRAFICA.8.



GRAFICA.9.



## **TIPO DE TRATAMIENTO**

En el 100% de los casos presentados en esta investigación se realizó por medio de BIOPSIA EXCISIONAL. Eliminación de toda la lesión quística y extracción del diente involucrado con la patología.

## **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Entre los diagnósticos clínicos de presunción que se presentaron fueron principalmente:

- Folículo dental Hiperplásico normal e infectado.
- Ameloblastoma.

## **RECIDIVAS**

En este estudio no se han tenido reportes de recidivas en los tratamientos de los pacientes con Quiste Dentífero.

## CAPITULO 7

### DISCUSION

En este estudio se observó que los resultados de la literatura mundial no coincide con los datos recopilados de los expedientes clínicos de la Facultad de Odontología y de la D.E.P.e I. U.N.A.M., así tenemos que en relación sexo:

Literatura mundial: masculino 1.5:1 con respecto a femenino.

Expedientes F.O.: masculino 1.1:1 con respecto a femenino.

En cuanto al lugar de origen tenemos.

Literatura mundial: 70% mandíbula y 30% maxila.

Expedientes F.O.: 49% mandíbula y 51% maxila.

Con esto podemos decir que el control y el tipo de población a nivel mundial es muy diferente a nuestra población.

## CAPITULO 8.

### CONCLUSIONES.

Con este estudio podemos concluir que la lesión Quiste Dentígero en la población de la Facultad de Odontología y de la División de Estudios de Posgrado e Investigación se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino(55%) con respecto al femenino (45%)., así también con mayor incidencia en el maxilar (51%) que la mandíbula (49%)

Se presenta entre la primera, segunda y tercera década de la vida, Afectando principalmente o en mayor número en la segunda década, esto se debe en que en esta etapa se presenta más problemas de dientes retenidos que es la principal causa de los Quistes Dentígeros.

Los dientes más afectados conforme a este estudio en orden de mayor a menor número de casos presentados.

- 1-MOLARES INFERIORES
2. CANINOS SUPERIORES
3. CENTRALES SUPERIORES
4. PREMOLARES INFERIORES
5. SUPERNUMERARIOS

El tratamiento de elección en el Quiste Dentígero es la extirpación quirúrgica de toda la lesión quística y extracción del diente relacionado con la patología.

En el 100% de los casos no se presentó recidiva.

El Diagnóstico de esta lesión se debe de hacer en etapas tempranas para realizar un buen tratamiento con un buen pronóstico.

El diagnóstico final lo debe realizar un buen patólogo ya que solo el diagnóstico clínico que realizamos lo hacemos con un bajo nivel de certeza y muchas veces erramos en este



Cerca de un 30 % de los diagnósticos de presunción enviados para el estudio histopatológico es erróneo con base a los resultados obtenidos de esta investigación

Es importante recalcar que el objetivo principal de éste estudio es dar todos los medios necesarios para conocer la patología Quiste Dentígero, y dar la pauta para realizar un buen diagnóstico clínico de presunción, ya que no toda lesión con las características clínicas y Radiográficas de Quiste Dentígero debe ser Quiste dentígero sino que se deben conocer los diagnósticos diferenciales para poder determinar esta patología.

## BIBLIOGRAFIA

1.AQUINO M. MUZQUIZ Y LIMON, R. PEREZ CORTES C. GALVAN GONZALEZ A. Computed tomography of dentigerous cyst (report of a case). Pract Odontol. 1990 mar, 11(3), pp.47-49.

2.ARCHER. Oral and maxillofacial surgery. Edit. Saunders.  
USA, 1995. Pp. 518-703.

3.BHASKAR. Patología bucal.  
Edit. El Ateneo, México, 1988.  
Pp. 163-185.

4.BOYCZUK MP. BERGER JR, LAZOW SK. Identifying a deciduous dentigerous cyst. J. Am. Dent. Assoc. 1985 may, 125(5) pp. 643-645.

6 BRUCE DONOFF *Manual of oral and maxillofacial*

*surgery* Mosby year book, second edition

USA, 1992, pp. 314-334.

7 CASTILLEJOS. *Cirugía bucal y maxilofacial*. Tredex

editores México, 1990. Pp. 103-137.

8. COLLINGS SJ, HARRISON A. Recurrent ameloblastoma?, An historic case report and review of the literature. *Br Dent J*, 1993, mar 20; pp. 174-176, 202-206

9 DALEY TD, WYSOCKI GP. The small dentigerous cyst. A diagnostic dilemma. *Oral surg, Oral med, Oral pathol, Oral radiol, endod*, 1995 jan, 79(1). Pp. 77-81.

10. EL LABBAN NG, AGHABEIGI B. A comparative stereologic and ultrastructural study of blood vessel in odontogenic keratocyst and dentigerous cysts *J Oral Pathol Med*. 1990 nov, 19(10) pp. 442-446.

ESTA  
SALA DE  
TRABAJO  
DE  
BIBLIOTECA

11. EVERSOLE Clinica outline of oral pathology diagnosis  
and treatment. Febiger & Lea

Molvem, Pennsylvania, USA, 1992.

Pp. 240-254.

12. FALCONE FJR, LAZOW SK, BERGER JR, GOLD BD.

SUPERIOR ORBITAL FISSURE SYNDROME. SECONDARY TO INFECTED  
DENTIGEROUS CYSR OF THE MAXILLARY SINUS. N y sTATAE dENT j. 1994,  
NOV. 60(9) PP. 62-64.

13. GINSETET. Atlas de técnica operatoria, cirugía estomatológica y bucal Edit.  
Mundi, Argentina. Pp. 226-229

14. GIROD SC. GERLACH KL, KRUEGER G. Cyst associated with long-standing  
impacted third molars. Int Oral Maxillofac Surg. 1993, Apr. 22(2) pp.110-112.

15 GUNHAN O, CELASUN B CAN C, FINCI R. The nature of ghost cells in calcifying odontogenic cyst: an immunohistochemical study. Ann Dent. 1993 Summer, 52(1) pp. 30-33.

16 GURALWICK. Tratado de cirugía oral.

Salvat Editores, España, 1971

pp. 413-422.

17. HUME WJ, MOORE JK, MAIN DM. Differences in vitro growth of epithelium from inflammatory and developmental odontogenic cysts. Br J Oral Maxillofac Surg. 1990 Apr; 28(2) pp. 85-88.

18. IKESHIMA A, OZAWA M, YAMAMOTO H, ATRAKI M, SAERENJI E. Diferential diagnosis between cyst and tumor. Dentigerous cyst and ameloblastoma containing teeth. J Nihon Univ Sch Dent. 1990 mar; 32(1) pp. 19-26.

19. KAYA O, BOCUTOGIU O. A misdiagnosed giant dentigerous cyst involving the maxillary antrum and affecting the orbit. Case report. Aust Dent J. 1994 Jun; 39(3) pp.165-7

20. KESZLER A, DOMINGUEZ FV. Histomorfometría de quistes dentígeros en niños asociados o no con formocresol. Rev Asoc Odontol Argent, 1990 Oct-dec. 78(4) pp. 214-217.

21. KILLIAN CM, LEVENTHAL PH, TAMAROFF JL. Dentigerous cyst associated with trauma to a primary incisor. A case report. Quintessence int, 1992 Oct. 23(10) pp. 683-686.

22. KRUGER. Cirugía bucomaxilofacial.

Edit. Panamericana, México, 1986.

Pp. 230-253

23. KUSUKAWA J, IRIE K, MERIMATSU M, KOYANAGI S, KAMEYAMA T  
Dentigerous cyst associated with a deciduous tooth. Oral Surg Oral Med Oral  
Pathol 1992 Apr 73 (4)  
pp 415-418

24. KWON. Clinician's manual of oral and maxillofacial  
surgery. Quintessence books, USA, 1991  
pp 383-388.

25. LASKIN. Cirugía bucal y maxilofacial.  
Edit Panamericana, Argentina, 1987.  
Pp 423-484.

26. LI TJ, BROWNE RM, MATTHEWS JB. Quantification of PCNA+ cells within  
odontogenic jaw cyst epithelium. J Oral Pathol Med. 1994 Apr, 23(4) pp. 184-  
189.

27. LOPEZ ARRANZ Cirugia oral.

Edit. Interamericana, España, 1991.

Pp. 281-322, 489-526.

28. MILES VAN DIS, KAUGARS, LOVAS. Oral &

maxillofacial radiology, pathologic

correlations. Edit, Saunders, USA

1991, pp. 23-30.

29. MOTOWAKA W, BRAHAM RL, MORRIS ME, TANAKA M. Surgical exposure and orthodontic alignment of an unerupted primary maxillary second molar impacted by an odontoma and a dentigerous cyst. Quintessence Int, 1990 feb. 21(2) pp. 159-162.

30. NAKAMURA T, ISHIDA J, NAKANO Y, et al. A study of cysts in the oral region. Cyst of the jaw. J Nihon Univ Sch Dent 1995 Mar, 37(1) pp. 34-40.



31. OKITA W, ICHIMURA K, LINUMA T. Dentigerous cyst of the maxilla and its image diagnosis. *Rhinology*, 1991 Dec 29(4) pp 307-314

32. PORTILLA, JAVIER. Texto de patología oral.

Edit. El Ateneo, México, 1989.

Pp. 56-78.

33. RIES CENTENO, Cirugía bucal.

Edit. El Ateneo, Argentina, 1991

Pp 658-681, 684-722.

34. REGEZI & SCIUBBA. Oral pathologic, clinical pathologic.

Edit, Saunders. Philadelphia, 1989.

Pp. O-72, O-73, 305-310.

35. ROMULO L. CABRINI. Anatomía patológica bucal.

Edit, Mundi, Argentina, 1980.

Pp. 241-242, 231.

40. SHAFER W G. Tratado de patología bucal

Edit. Interamericana, México, 1988.

Pp 262-270.

41. SMITH G, SMITH AJ, BASU MK. Mast cells in human odontogenic cysts. J Oral Pathol Med. 1989 May. 18(5)

pp. 274-278

42. SOM PM, SHANGOLD LM, BILLER HF A palatal dentigerous cyst arising from a mesiodente. AJNR Am J Neuroradiol, 1992 jan-feb; 13(1) pp. 212-214.

43. SPOUNGE. Patología bucal

Edit, Mundi, Argentina, 1980.

Pp. 305-323.

44. TERONEN O, SALO T et al.Characterization of interstitial collagenases in aw cyst wall. Eur J Oral Sci 1995

jun, 103(3) pp. 141-147.

45. THOMA Patología oral

Edit Salvat, España, 1983.

Pp 485-540.

46 TOLLER MO, SIPAHIER M, ACIKGOZ A. Ct Display of multiple dentigerous cyst of the mandible. J Clin Pediatr Dent, 1995 Winter, 19(2) pp 135-137.

47.VAN DER WALL Oral pathology.

Quintessence books, USA, 1988.

Pp. 131-138, 155-174.

48.WAITE. Tratado de cirugía bucal práctica.

Edit. Continental, México, 1988.

Pp. 323-341.

49. WARTER A, GEORGE-DIOLOMBI G, CHAZAL M, ANGO A. Melanin in a dentigerous cyst and associated adenomatoid odontogenic tumor. *Cancer*, 1990 Aug 15; 66(4) pp. 786-788

50. YOUNG, WILLIAM G. Atlas of oral pathology

University of Minnesota, 1988.

Pp 108-111