

Diagnóstico y Tratamiento del Quiste Dentígero Basado en CBCT: Importancia de una Correcta Adquisición para un Abordaje Clínico Eficaz. Revisión de la Literatura y Reporte de Caso

Diagnosis and Treatment of Dentigerous Cysts Based on CBCT: Importance of Correct Acquisition for an Effective Clinical Approach. Literature Review and Case Report

Recibido: 27/10/2025

Aceptado: 23/02/2026

Indkevitch PV¹ , Benítez LE¹ ,
Onofre Navarro CG², Vazquez DJ¹ 

1 Universidad de Buenos Aires. Facultad de Odontología. Cátedra de Diagnóstico por Imágenes. Buenos Aires, Argentina.

2 Universidad de Buenos Aires. Facultad de Odontología. Cátedra de Rehabilitación de Mediana y Alta Complejidad. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Introducción: El quiste dentígero es una de las lesiones odontogénicas de desarrollo más frecuentes, clasificada por la Organización Mundial de la Salud como un quiste epitelial de origen odontogénico. Se asocia a dientes no erupcionados, en especial terceros molares mandibulares y caninos superiores, y suele diagnosticarse de forma incidental en estudios radiográficos. **Objetivo:** Describir las características clínicas, imagenológicas, histopatológicas y terapéuticas del quiste dentígero, integrando evidencia actualizada y presentando un caso clínico. **Materiales y métodos:** Se realizó una revisión narrativa de la literatura reciente, incluyendo estudios clínicos, revisiones sistemáticas, reportes de caso y documentos de clasificación internacional, con énfasis en artículos publicados entre 2015 y 2025 y se presenta un caso clínico tratado según la evidencia científica. **Desarrollo:** Los reportes de la literatura indican que el quiste dentígero presenta una predilección por pacientes jóvenes, siendo generalmente asintomático. Radiográficamente, se manifiesta como una lesión radiolúcida unilocular bien delimitada que rodea la corona de un diente impactado. Su diagnóstico diferencial incluye entidades como el queratociste odontogénico y el ameloblastoma. El tratamiento estándar es la enucleación quirúrgica con extracción dentaria; sin embargo, en pacientes pediátricos, la marsupialización puede favorecer la erupción del diente asociado. En lesiones extensas o con compromiso de estructuras anatómicas, se consideran abordajes quirúrgicos combinados. El manejo del quiste dentígero requiere un enfoque integral que combine la evaluación clínica, radiológica e histopatológica. El uso de herramientas como la CBCT optimizan el tratamiento y reducen la morbilidad. A continuación de la revisión de la literatura, se presenta el caso de una chica de 13 años, que en radiografía panorámica indicada para evaluar la presencia de molares retenidos, se identifica una imagen radiolúcida que luego de estudios tomográficos y análisis anatomopatológicos fue diagnosticada como un quiste dentígero.

Palabras clave: quiste dentígero, diagnóstico clínico, diagnóstico imagenológico, tratamiento, CBCT

ABSTRACT

Introduction: The dentigerous cyst is one of the most frequent developmental odontogenic lesions, classified by the World Health Organization as an epithelial cyst of odontogenic origin. It is associated with unerupted teeth, particularly mandibular third molars and maxillary canines, and is often diagnosed incidentally during radiographic examinations. **Objective:** To describe the clinical, radiographic, histopathological, and therapeutic characteristics of the dentigerous cyst, integrating updated evidence and presenting a clinical case. **Material and Methods:** A narrative review of the recent literature was conducted, including clinical studies, systematic reviews, case reports, and international classification documents, with emphasis on articles published between 2015 and 2025. Additionally, a clinical case treated according to scientific evidence is presented. **Development:** Literature reports indicate that dentigerous cyst shows a predilection for young patients and is generally asymptomatic. Radiographically, it appears as a well-defined unilocular radiolucent lesion surrounding the crown of an impacted tooth. Its differential diagnosis includes entities such as the odontogenic keratocyst and ameloblastoma. The standard treatment is surgical enucleation with tooth extraction; however, in pediatric patients, marsupialization may promote eruption of the associated tooth. In extensive lesions or those involving critical anatomical structures, combined surgical approaches may be considered. The management of the dentigerous cyst requires an integrated approach combining clinical, radiological, and histopathological evaluation. The use of tools such as CBCT optimizes treatment and reduces morbidity. Following the literature review, the case of a 13-year-old girl is presented, in which a radiolucent image is identified in a panoramic radiograph indicated to evaluate the presence of retained molars, which after tomographic studies and anatomopathological analysis was diagnosed as a dentigerous cyst.

Keywords: dentigerous cyst, clinical diagnosis, radiographic diagnosis, treatment, CBCT

INTRODUCCIÓN

Los quistes odontogénicos constituyen un grupo heterogéneo de lesiones intraóseas que derivan del epitelio odontogénico remanente del desarrollo dentario o de procesos inflamatorios. En la última Clasificación de las patologías Odontogénicas de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2022), los quistes odontogénicos se agrupan principalmente en dos categorías: *quistes de desarrollo* y *quistes inflamatorios*, ubicando al quiste dentígero como uno de los quistes de desarrollo más relevantes por su alta prevalencia y potencial de complicaciones clínicas (WHO,

2022). También denominado quiste folicular, es la segunda lesión quística más frecuente de los maxilares, después del quiste radicular. Su prevalencia se estima entre el 20 % y el 24 % de todos los quistes verdaderos de los maxilares (Ko et al., 1999; Rajendra Santosh, 2020; Rohilla et al., 2011).

El quiste dentígero se forma por la acumulación de líquido entre la corona de un diente no erupcionado y el epitelio reducido del esmalte, lo que provoca la expansión del folículo dental. Esta lesión se relaciona comúnmente con terceros molares mandibulares y caninos superiores, aunque puede afectar cualquier diente impactado. Su presentación es más frecuente entre la segunda y tercera décadas de la vida, con leve predominio masculino, aunque se han reportado variaciones demográficas según el grupo poblacional analizado (Rajendra Santosh, 2020; Rohilla et al., 2011; Zhang et al., 2010).

La mayoría de los quistes dentígeros son asintomáticos y se descubren incidentalmente mediante estudios radiográficos realizados por otros motivos, como la evaluación del retraso en la erupción o la ausencia dentaria. No obstante, cuando alcanzan tamaños significativos, pueden ocasionar expansión ósea, desplazamiento dentario, reabsorción radicular, parestesia del nervio alveolar inferior o, en casos localizados en el maxilar superior, comprometer el seno maxilar con sintomatología sinusal o incluso complicaciones orbitarias (Nahajowski et al., 2021; Romano et al., 2024; Wei et al., 2024).

El diagnóstico radiológico se fundamenta en la identificación de una imagen radiolúcida unilocular, bien delimitada, que rodea la corona de un diente no erupcionado a nivel de la unión cemento-esmalte. No obstante, el diagnóstico definitivo requiere confirmación histopatológica, dado que otras entidades —como el queratociste odontogénico, el ameloblastoma unicístico o el tumor odontogénico adenomatoide— pueden simular un patrón radiográfico similar (Benítez et al., 2025; Otonari-Yamamoto et al., 2024; Rajendra Santosh, 2020; Zhang et al., 2010).

El tratamiento del quiste dentígero debe individualizarse según la edad del paciente, el tamaño de la lesión, su localización anatómica y la relación del diente involucrado con estructuras críticas. En adultos, la enucleación completa junto con la extracción dentaria es el abordaje más común. En pacientes jóvenes, se favorecen técnicas conservadoras como la marsupialización, ya que pueden permitir la erupción espontánea del diente asociado y preservar la estructura ósea circundante. En casos complejos, especialmente cuando hay afectación del seno maxilar, pueden requerirse abordajes quirúrgicos especializados como la técnica de Caldwell-Luc o cirugía endoscópica transnasal (Nahajowski et al., 2021; Romano et al., 2024; Wei et al., 2024).

Cabe destacar que, aunque la mayoría de los casos son esporádicos, existen formas múltiples o bilaterales asociadas a síndromes como la displasia cleidocraneal o la mucopolisacaridosis tipo VI, lo que

resalta la importancia de un enfoque diagnóstico integral y multidisciplinario (Rohilla et al., 2011; Zhang et al., 2010).

Además, aunque infrecuente, se ha documentado la transformación neoplásica del quiste dentígero en lesiones como ameloblastomas, carcinoma mucoepidermoide y carcinoma de células escamosas, lo que justifica la necesidad de un análisis histopatológico detallado tras la exéresis (Rajendra Santosh, 2020; Wei et al., 2024).

En este contexto, el presente trabajo tiene como objetivo profundizar en los aspectos clínicos, imagenológicos, histopatológicos y terapéuticos del quiste dentígero, destacando la relevancia del diagnóstico precoz, la selección del abordaje quirúrgico más adecuado y la integración de tecnologías de imagen como la tomografía computarizada de haz cónico (CBCT), para optimizar el manejo de esta entidad y prevenir complicaciones asociadas.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino, de 13 años de edad, derivada al Servicio de Diagnóstico por Imágenes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires por su odontólogo tratante, con el objetivo de evaluar la presencia de terceros molares retenidos. En la radiografía panorámica inicial se observó la retención de los cuatro terceros molares, obtenida en un equipo Planmeca ProMax® 2D S2, de 66–70 kV, 8–10 mA, y un tiempo de exposición de 14 segundos. En relación con la pieza

dentaria 2.8, se evidenció una imagen unilocular radiolúcida bien delimitada, de aspecto osteolítico, que rodeaba la corona dental y presentaba un halo radiopaco periférico compatible con una cortical reactiva, siendo compatible con un diagnóstico presuntivo de quiste dentígero (Figura 1). Dicha pieza se hallaba en posición ectópica, presumiblemente como consecuencia del efecto expansivo de la lesión.

La paciente se encontraba asintomática, por lo que el hallazgo fue incidental y radiográfico. Dada la limitación inherente a las imágenes bidimensionales obtenidas por ortopantomografía —como la superposición de estructuras y la falta de información en profundidad— se indicó la realización de una tomografía computarizada de haz cónico (CBCT), la cual fue efectuada en otro centro. La imagen volumétrica permite una mejor caracterización de la lesión. La CBCT es una herramienta complementaria invaluable en el diagnóstico y planificación quirúrgica. Proporciona imágenes tridimensionales detalladas que permiten una evaluación precisa de la extensión de la lesión, la relación con estructuras anatómicas adyacentes y la planificación de abordajes quirúrgicos menos invasivos. Las imágenes obtenidas presentaron limitaciones derivadas de deficiencias en la técnica de adquisición, lo que impidió una evaluación diagnóstica adecuada de la lesión en su totalidad (Figura 2). En virtud de ello, se indicó la realización de una nueva tomografía con parámetros técnicos optimizados, orientada a una caracterización precisa de la morfología y extensión de la lesión. Sin embargo, no se



FIGURA 1. Radiografía panorámica preoperatoria digital. Imagen obtenida mediante ortopantomografía digital (Planmeca ProMax®, 2D S2 66–70 kV, 8–10 mA, tiempo de exposición: 14 s), en la que se evidencian los cuatro terceros molares retenidos en estadio de germen dentario. En el cuadrante superior izquierdo, la pieza 2.8 presenta una imagen radiolúcida unilocular, bien definida, que rodea completamente la corona dental, delimitada por un halo radiopaco compatible con una cortical esclerótica. Estos hallazgos son sugestivos de un quiste dentígero asociado.

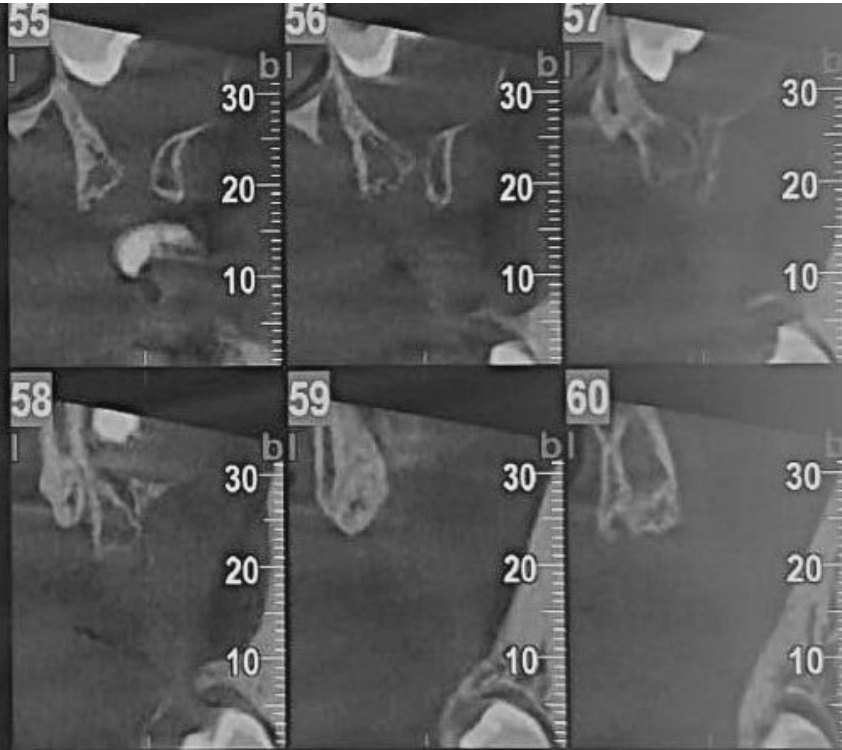


FIGURA 2. Cortes oblicuos reconstruidos a partir de CBCT en la región del órgano dentario 2.8. Se identifica parcialmente la corona del tercer molar superior izquierdo retenido, junto con una porción de la lesión radiolúcida pericoronaria asociada. La limitación en la visualización completa de la anatomía se atribuye a deficiencias en la técnica de adquisición del estudio tomográfico, lo que compromete la evaluación integral de la lesión.

Material enviado: Lesión quística con pieza dentaria 28 Técnicas efectuadas: HE
Macroscopía: Se recibe formación quística grisásea, de 2,5 x 1,5 cm de consistencia blanda, adherida a pieza dentaria
Microscopía: Formación quística revestida por epitelio escamoso estratificado no queratinizado, con escaso infiltrado inflamatorio a predominio linfoplasmocitario y congestión vascular.
Diagnóstico: Quiste dentígero

FIGURA 3. Informe remitido por el Servicio de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de la UBA.

tuvo acceso al nuevo estudio solicitado, lo que limitó el seguimiento imagenológico completo del caso. Desde el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial se llevó a cabo la enucleación completa de la lesión quística, acompañada de la exodoncia del tercer molar superior asociado. Esta decisión se fundamentó en la posición ectópica y el grado de desarrollo del diente, que contraindican su reposicionamiento mediante terapia ortodóncica. Debido a que la lesión no comprometía el seno maxilar, el abordaje quirúrgico se realizó mediante la técnica convencional intraoral. El diagnóstico de quiste dentígero fue confirmado a

través del análisis histopatológico de la muestra (Figura 3). Adicionalmente, ante la presencia de sacos pericoronarios ensanchados en los terceros molares retenidos restantes, se optó por su extracción profiláctica con el fin de prevenir posibles complicaciones y mejorar el pronóstico a largo plazo. Se solicitaron radiografías panorámicas postoperatorias de seguimiento a los 6 y 12 meses. Las imágenes fueron obtenidas mediante ortopantomografía digital (Planmeca ProMax® 2D S2, 66–70 kV, 8–10 mA, tiempo de exposición: 14 s) para evaluar la evolución postquirúrgica luego de la enucleación del quiste y la exodoncia del tercer molar asociado. A los 6 meses se observó una adecuada remodelación ósea en el sitio quirúrgico, con disminución notable de la radiolucidez previamente identificada en la región del órgano dentario 2.8 (Figura 4a). La imagen obtenida a los 12 meses, luego de la exodoncia de los 3 terceros molares remanentes, evidenció consolidación ósea progresiva y ausencia de signos radiográficos de recurrencia o complicaciones, confirmando la evolución favorable del caso (Figura 4b).

DISCUSIÓN

Datos de la literatura sostienen que el quiste dentígero o folicular se presenta con mayor frecuencia entre la segunda y tercera década de la vida (Benavides-Guzmán et al., 2022; Buyukkurt et al., 2010; Rajae y Karima, 2021; Rohilla et al., 2011). No obstante, estudios como el de Mammadov et al. han registrado una alta incidencia en la quinta década, destacando la variabilidad demográfica según la población analizada (Mammadov et al., 2024; Zhang et al., 2010).

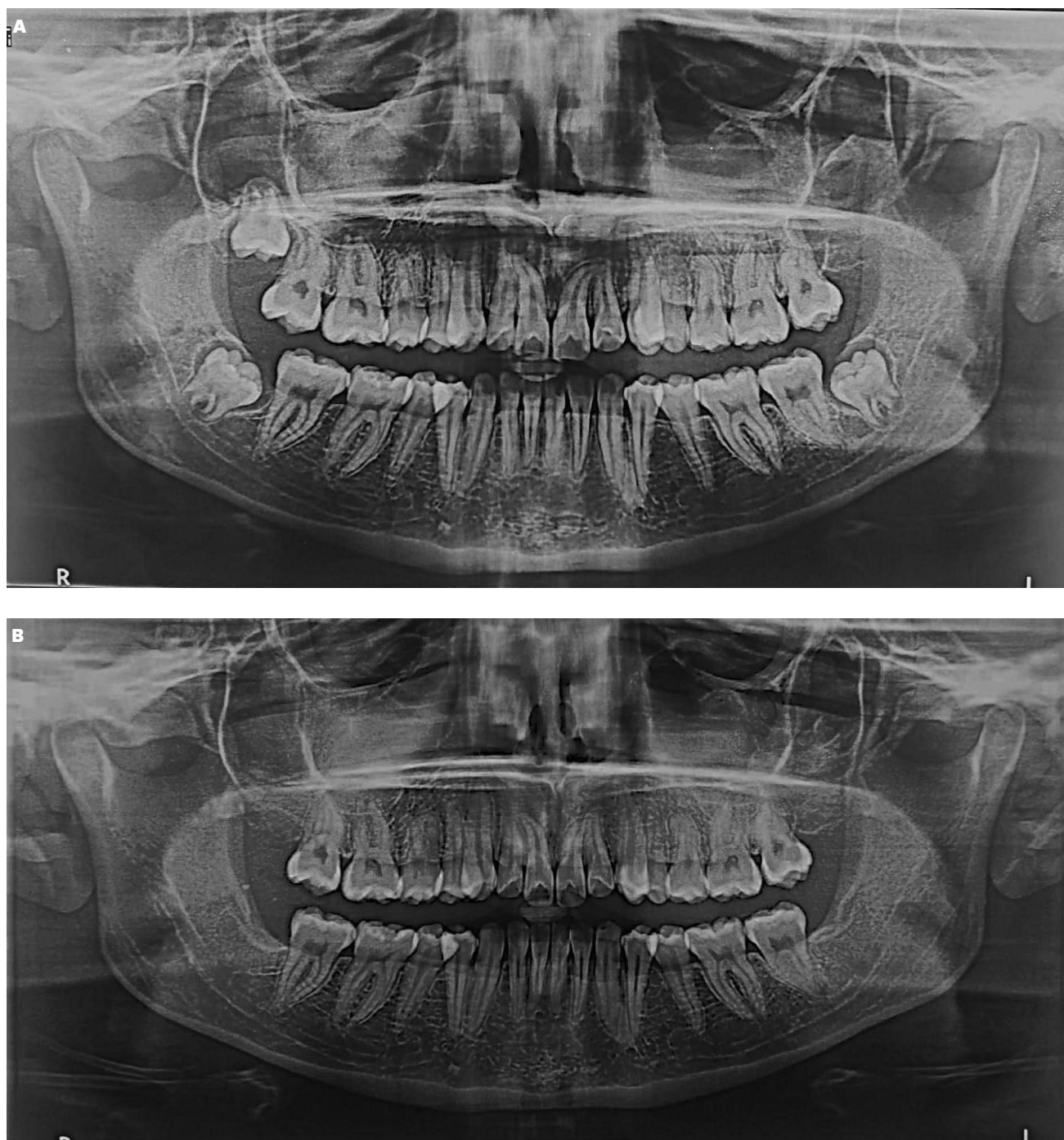


FIGURA 4. A. Radiografía panorámica postoperatorias a los 6 meses. Se observa remodelación ósea en el sitio quirúrgico, con disminución notable de la radiolucidez en la región del órgano dentario 2.8. **B. Radiografía panorámica postoperatorias a los 12 meses** Se observa la resolución de la lesión radiolúcida, así como signos de neoformación ósea en el sitio quirúrgico correspondiente. Los hallazgos radiográficos son compatibles con una evolución posquirúrgica favorable y adecuada reparación ósea.

La presentación clínica suele ser asintomática, con hallazgo incidental en estudios radiográficos solicitados por retraso en la erupción o sintomatología inespecífica (Allison y Garlington, 2017; Cardoso et al., 2020; Mosqueda-Taylor, 2002; Nahajowski et al., 2021; Rajendra Santosh, 2020). En casos avanzados,

los quistes pueden alcanzar dimensiones considerables y generar síntomas como dolor, expansión ósea, desplazamiento dentario, parestesia del nervio alveolar inferior e incluso compromiso del seno maxilar (Buyukkurt et al., 2010; Mamatha et al., 2014; Nahajowski et al., 2021; Rajae y Karima, 2021;

Rajendra Santosh, 2020). En este último escenario, la lesión puede inducir complicaciones como obstrucción sinusal, sinusitis crónica o afectación orbitaria, como lo describen Mamatha y Elmorsy (Mamatha, 2014; Elmorsy et al., 2020; Romano et al., 2024).

El diagnóstico por imágenes constituye un pilar fundamental para la detección y caracterización del quiste dentígero. Si bien la radiografía panorámica es una técnica inicial ampliamente utilizada por su bajo costo y accesibilidad, su limitada resolución espacial y superposición de estructuras motivan el empleo de técnicas avanzadas como la tomografía computarizada de haz cónico (CBCT), que ofrece imágenes tridimensionales de alta resolución con baja dosis de radiación (Benítez et al., 2025; Choi et al., 2024; Elmorsy et al., 2020; Otonari-Yamamoto et al., 2024; Romano et al., 2024). Una correcta adquisición de la CBCT es fundamental para evitar artefactos, distorsiones o errores diagnósticos que puedan comprometer tanto la identificación precisa de los límites de la lesión, como su relación con estructuras nobles. Esta herramienta resulta particularmente útil en la evaluación de lesiones complejas o localizadas en regiones anatómicas críticas como el seno maxilar, donde permite delimitar con precisión la extensión de la lesión y su relación con estructuras adyacentes (Benítez et al., 2025; Choi et al., 2024; Elmorsy et al., 2020; Otonari-Yamamoto et al., 2024; Romano et al., 2024; Yalçın et al., 2022). Parámetros técnicos como el tamaño del campo de visión (FOV), el tamaño del voxel, la resolución y el tiempo de exposición deben seleccionarse en función del objetivo clínico específico y la región anatómica de interés. Un FOV demasiado amplio puede disminuir la resolución y dificultar la delimitación de los bordes de la lesión, mientras que un FOV demasiado pequeño puede omitir estructuras relevantes. Además, una ubicación incorrecta del paciente, movimientos durante la adquisición o una configuración inadecuada del protocolo de escaneo pueden generar artefactos por movimiento, duplicación de imágenes o pérdida de nitidez, lo cual impide una interpretación confiable del contenido interno del quiste, como septos, calcificaciones o áreas de expansión cortical. En patologías quísticas estas limitaciones pueden conducir a diagnósticos erróneos o subestimación de su comportamiento clínico, afectando directamente la planificación quirúrgica y el pronóstico del paciente. Por tanto, la estandarización de los protocolos de adquisición y la formación del personal en el uso adecuado de la CBCT son elementos esenciales para asegurar un abordaje diagnóstico preciso, eficiente y éticamente justificado (Benítez et al., 2025; Otonari-Yamamoto et al., 2024).

Desde el punto de vista etiopatogénico, se han propuesto varias teorías, entre ellas la teoría intrafolicular, la hipoplasia del esmalte y la teoría de la presión hidrostática, que explican la formación del quiste por mecanismos mecánicos o degenerativos (Rajae y Karima, 2021).

El manejo terapéutico debe ser individualizado,

considerando edad, tamaño de la lesión, localización y relación con estructuras anatómicas. En adultos, la enucleación con extracción del diente asociado es el tratamiento de elección (Buyukkurt et al., 2010; Rajae y Karima, 2021; Rajendra Santosh, 2020; Romano et al., 2024; Wei et al., 2024), mientras que en niños o pacientes jóvenes se prefiere la marsupialización, dado que esta técnica conservadora favorece la erupción espontánea del diente y minimiza el riesgo quirúrgico (Benavides-Guzmán et al., 2022; Mamatha et al., 2014; Nahajowski et al., 2021; Rajae y Karima, 2021; Wei et al., 2024). En lesiones extensas del seno maxilar, el abordaje quirúrgico tradicional ha sido el procedimiento de Caldwell-Luc, sin embargo, técnicas más recientes como la cirugía endoscópica transnasal han demostrado ser eficaces, con menor morbilidad y mejor visualización intraoperatoria (Buyukkurt et al., 2010; Elmorsy et al., 2020; Mamatha et al., 2014; Permana et al., 2024; Rajae y Karima, 2021; Romano et al., 2024). La presentación de dientes ectópicos dentro del seno maxilar, frecuentemente asociada a quistes dentígeros, representa un desafío diagnóstico y terapéutico adicional. Elmorsy et al. y Mamatha et al. coinciden en que incluso en casos asintomáticos se justifica un enfoque quirúrgico para prevenir complicaciones sinusales u orbitarias (Elmorsy et al., 2020; Mamatha et al., 2014; Romano et al., 2024).

Cabe destacar que, si bien la mayoría de los casos son esporádicos y únicos, se han descrito presentaciones múltiples o bilaterales asociadas a síndromes como la displasia cleidocraneal o la mucopolisacaridosis tipo VI (Ko et al., 1999; Rajendra Santosh, 2020; Rohilla et al., 2011; Zhang et al., 2010). En estos casos, la evaluación clínica debe ampliarse para descartar condiciones sistémicas subyacentes.

Desde el punto de vista histopatológico, el quiste dentígero se caracteriza por un revestimiento de epitelio escamoso estratificado no queratinizado con cápsula de tejido conectivo fibroso (Buyukkurt et al., 2010; Mammadov et al., 2024; Rajae y Karima, 2021; Rajendra Santosh, 2020). Aunque infrecuente, han sido reportadas transformaciones neoplásicas como ameloblastomas y carcinomas epidermoides, lo que refuerza la necesidad de una evaluación histológica completa tras la exéresis (Buyukkurt et al., 2010; Wei et al., 2024; Zhang et al., 2010).

En el caso presentado, la paciente de 13 años coincide con la mayor frecuencia descrita en población joven, y el hallazgo fue incidental, tal como refieren múltiples series clínicas. La localización en el tercer molar superior izquierdo y su posición ectópica determinaron la indicación de enucleación con exodoncia, en concordancia con las recomendaciones terapéuticas para piezas con escasa posibilidad de erupción funcional. Asimismo, la ausencia de compromiso del seno maxilar permitió un abordaje intraoral convencional, evitando técnicas más invasivas. Un aspecto relevante fue la limitación diagnóstica inicial derivada de una adquisición inadecuada de la CBCT, lo que refuerza la importancia de la correcta selección de

parámetros técnicos y posicionamiento del paciente para una planificación quirúrgica precisa.

CONCLUSIONES

El quiste dentígero requiere un abordaje diagnóstico integral que combine evaluación clínica, análisis imagenológico y confirmación histopatológica. Si bien la radiografía panorámica constituye el estudio inicial, la CBCT resulta fundamental para la adecuada caracterización tridimensional y planificación quirúrgica. Sin embargo, su utilidad depende de una correcta adquisición técnica. El caso presentado destaca la importancia de seleccionar y ejecutar adecuadamente los parámetros del estudio tomográfico, así como el rol del especialista en diagnóstico por imágenes para optimizar la toma de decisiones terapéuticas y reducir la morbilidad asociada.

REFERENCIAS

- Allison, J. R., y Garlington, G. (2017). The value of Cone Beam Computed Tomography in the management of dentigerous cysts – A review and case report. *Dental Update*, 44(3), 182–188. <https://doi.org/10.12968/denu.2017.44.3.182>
- Benavides-Guzmán, O. J., Pineda Méndez, A., Rodríguez-Cárdenas, Y. A., Castillo, A. A., y Ruíz-Mora, G. A. (2022). Dentigerous cyst and the importance of early detection. report of a pediatric case. *Revista Científica Odontológica (Universidad Científica del Sur)*, 10(2), e111. <https://doi.org/10.21142/2523-2754-1002-2022-111>
- Benítez L. E., Calvo, S. E., Carosi, M. J., Gómez, A., Nart, L. J., Ramírez, M. J., Subirán, B., Trigo Humaran, M. M., y Vazquez, D. J. (2025). *Diagnóstico por imágenes. Iniciación a las patologías en Odontología*. Dunken.
- Buyukkurt, M. C., Omezli, M. M., y Miloglu, O. (2010). Dentigerous cyst associated with an ectopic tooth in the maxillary sinus: a report of 3 cases and review of the literature. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*, 109(1), 67–71. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2009.07.043>
- Cardoso, L. B., Lopes, I. A., Ikuta, C. R. S., y Capellozza, A. L. A. (2020). Study between panoramic radiography and Cone Beam-Computed Tomography in the diagnosis of ameloblastoma, odontogenic keratocyst, and dentigerous cyst. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 31(6), 1747–1752. <https://doi.org/10.1097/SCS.00000000000006538>
- Choi, W. J., Lee, P., Thomas, P. C., Rath, T. J., Mogensen, M. A., Dalley, R. W., y Wangaryattawanich, P. (2024). Imaging approach for jaw and maxillofacial bone tumors with updates from the 2022 World Health Organization classification. *World Journal of Radiology*, 16(8), 294–316. <https://doi.org/10.4329/wjr.v16.i8.294>
- Elmorsy, K., Elsayed, L. K., y El Khateeb, S. M. (2020). Case Report: Ectopic third molar in the maxillary sinus with infected dentigerous cyst assessed by cone beam CT. *F1000Research*, 9, 209. <https://doi.org/10.12688/f1000research.22466.2>
- Ko, K. S., Dover, D. G., y Jordan, R. C. (1999). Bilateral dentigerous cysts--report of an unusual case and review of the literature. *Journal (Canadian Dental Association)*, 65(1), 49–51. <http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-65/issue-1/49.html>
- Mammadov, F., Safarov, M., Mammadov, K., y Alkishiev, K. (2024). Prevalence and distribution of odontogenic cysts: a 12-year retrospective study. *Georgian Medical News*, (356), 107–111. <https://www.researchgate.net/publication/388554302>
- Mamatha, N. S., M., Krishnamoorthy, B., J K, S., Bhair, P. (2014). Diagnostic CBCT in dentigerous cyst with ectopic third molar in the maxillary sinus-A case report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 8(6), ZD07–ZD9. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/8414.4469>
- Mosqueda-Taylor, A., Irigoyen-Camacho, M. E., Diaz-Franco, M. A., y Torres-Tejero, M. A. (2002). Odontogenic cysts. Analysis of 856 cases. *Medicina Oral*, 7(2), 89–96. http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv7_i2_p89.pdf
- Nahajowski, M., Hnitecka, S., Antoszevska-Smith, J., Rumin, K., Dubowik, M., y Sarul, M. (2021). Factors influencing an eruption of teeth associated with a dentigerous cyst: a systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health*, 21(1), 180. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01542-y>
- Otonari-Yamamoto, M., Nakajima, K., Sato, H., Wada, H., Matsumoto, H., Nishiyama, A., Hoshino, T., Matsuzaka, K., Katakura, A., y Goto, T. K. (2024). Dentigerous cysts suspected the other odontogenic lesions on panoramic radiography and CT. *Oral Radiology*, 40(2), 319–326. <https://doi.org/10.1007/s11282-023-00732-4>
- Permana, H., Ruslin, M., Yusuf, A. S. H., Gazali, M., Fauzi, A., Shimo, T., Boffano, P., y Forouzanfar, T. (2024). Surgical management of dentigerous cyst arises from ectopic tooth: a report of three consecutive cases and literature review. *Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery*, 125(3), 101685. <https://doi.org/10.1016/j.jormas.2023.101685>
- Rajae, E. G., y Karima, E. H. (2021). Dentigerous cyst: enucleation or marsupialization? (a case report). *The Pan African Medical Journal*, 40, 149. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.40.149.28645>

Rajendra Santosh A. B. (2020). Odontogenic Cysts. *Dental Clinics of North America*, 64(1), 105–119. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2019.08.002>

Rohilla, M., Namdev, R., y Dutta, S. (2011). Dentigerous cyst containing multiple impacted teeth: a rare case report. *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 29(3), 244–247. <https://doi.org/10.4103/0970-4388.85834>

Romano, A., Norino, G., Dell'Aversana Orabona, G., Barone, S., Ordano, D., Calvanese, C., Troise, S., Califano, L., y Iaconetta, G. (2024). A large follicular dentigerous cyst: a new multi-portal access: intraoral and endoscopic technique. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, 23(1), 189–192. <https://doi.org/10.1007/s12663-023-01885-9>

Wei, Z., Zhu, Y., y Zhou, L. (2024). A conservative treatment of an involved molar tooth associated with dentigerous cyst: a case report and literature review. *BMC Oral Health*, 24(1), 1222. <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04968-2>

WHO Classification of Tumours Editorial Board. (2022). *Head and neck tumours: WHO Classification of Tumours* (5ta ed., vol. 9). International Agency for Research on Cancer.

Yalçın, B. K., Berberoğlu, H. K., Aralaşmak, A., Köseoğlu, B. G., Çakarar, S., Tekkesin, M. S., Çarpar, E., y Kula, O. (2022). Evaluation of CT and MRI imaging results of radicular cysts, odontogenic keratocysts, and dentigerous cysts and their contribution to the differential diagnosis. *Current Medical Imaging*, 18(14), 1447–1452. <https://doi.org/10.2174/1573405618666220509114859>

Zhang, L. L., Yang, R., Zhang, L., Li, W., MacDonald-Jankowski, D., y Poh, C. F. (2010). Dentigerous cyst: a retrospective clinicopathological analysis of 2082 dentigerous cysts in British Columbia, Canada. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 39(9), 878–882. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2010.04.048>

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no poseer conflicto de intereses por relaciones personales o económicas que puedan influir en el desempeño del trabajo o publicación de resultados.

Dirección para correspondencia

Cátedra de Diagnóstico por Imágenes
Facultad de Odontología
Universidad de Buenos Aires
Marcelo T de Alvear 2142, Piso 1, Sector B
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, C1122AAH
patricia.indkevitch@odontologia.uba.ar

La Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires se encuentra bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0

