

Quiste dentígero con hallazgo de calcificaciones parietales y formación de tejido cemento-óseo.

Jordi Borrás-Ferreres, DDS, MS; Alba Sánchez-Torres, DDS, MS; José Manuel Aguirre-Urizar, DDS, MD, MS, PhD; Cosme Gay-Escoda, DDS, MD, MS, PhD, EBOS. Clínica Dental Borrás (Benicarló). Departamento de Estomatología II (Universidad del País Vasco/EHU). Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial (EHFRE International University/FUCSO)



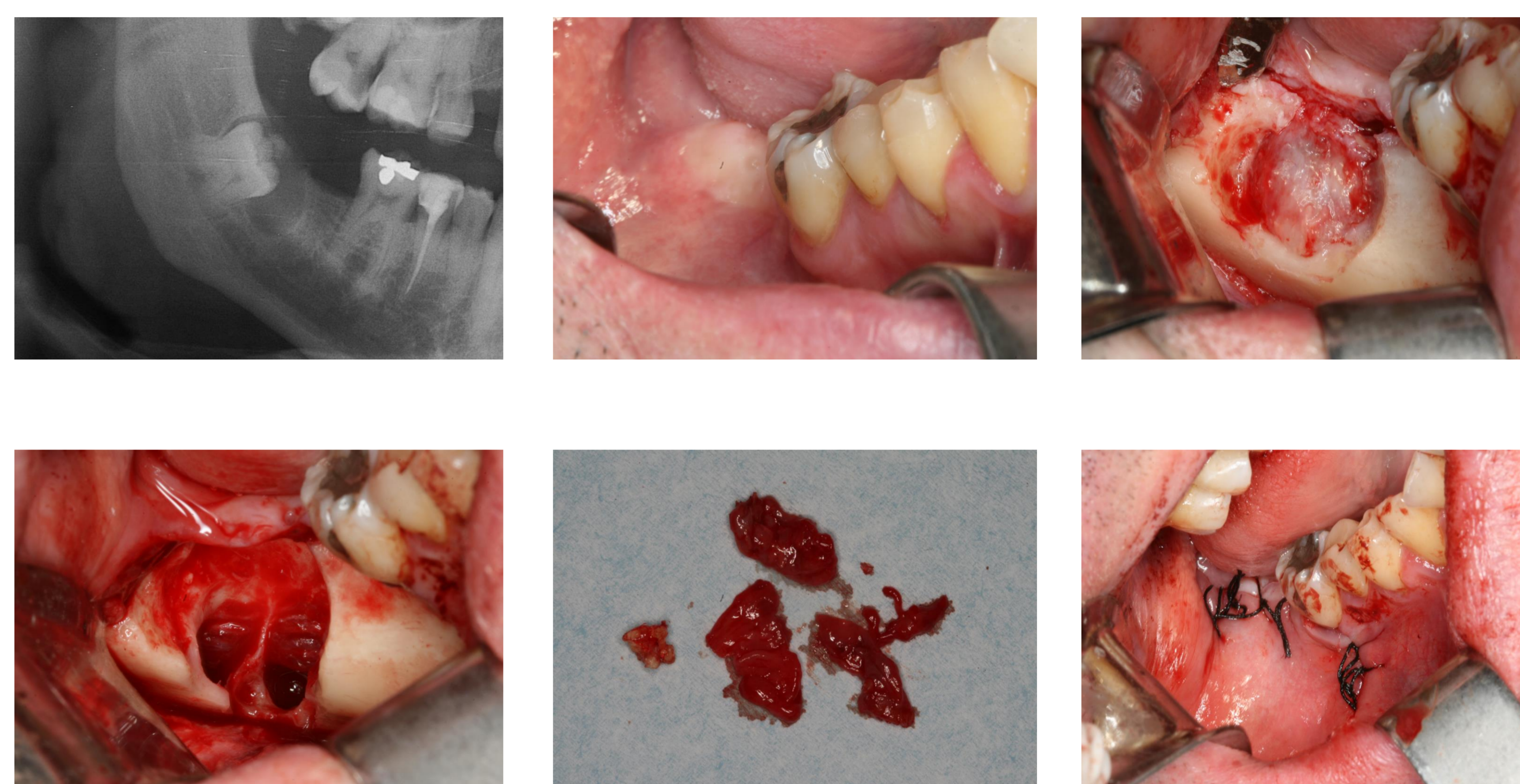
www.dentalborras.com
www.sdpomf.com
http://eiu.edu.bz/
e-mail: jborras@dentalborras.com

Introducción

El quiste dentígero se define como aquella lesión quística que aparece rodeando la corona de un diente no erupcionado. Radiográficamente se manifiesta como una lesión totalmente radiotransparente, redondeada, bien delimitada y en estrecha relación con la corona del diente incluido (1). Presentamos el caso de un quiste dentígero excepcional, que no se corresponde con ninguna otra patología específica conocida, que presenta la formación de calcificaciones parietales en su pared conectiva, así como la formación de un fragmento de tejido cemento-óseo en su luz.

Descripción del caso

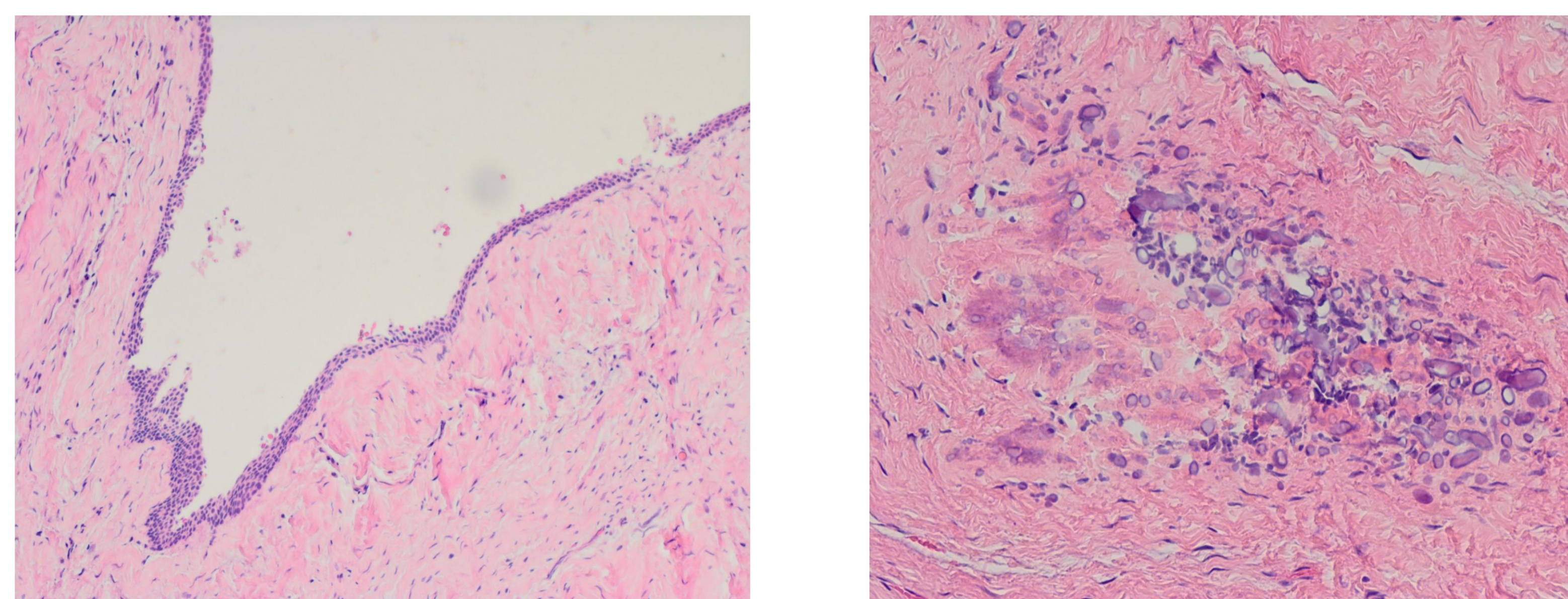
Varón de 34 años que en una revisión rutinaria se observa en una ortopantomografía un 4.8 incluido asintomático asociado a una imagen radiotransparente pericoronaria que exhibe en su interior otra de menor tamaño radioopaca. Tras una primera sospecha de la presencia de un tumor odontogénico benigno, dadas las características radiográficas, se realizó una Tomografía Computarizada para planificar el tratamiento quirúrgico. La lesión blanda extirpada era aparentemente quística pero se encontró también un fragmento duro en el interior de su luz. La extracción de la lesión así como de su diente asociado cursó sin complicaciones intra y postoperatorias. Toda la lesión, incluido el fragmento duro, fue remitida al servicio de Anatomía Patológica. Los diagnósticos de presunción fueron de quiste dentígero, tumor de Pindborg y tumor odontogénico adenomatoide.



Discusión

Los tejidos blandos encontrados en la lesión correspondían a una pared quística constituida por tejido conectivo fibroso. En el interior de la pared, se observaron numerosas zonas ovoides de calcificaciones globulares redondas basófilas, asociadas o no a una estructura interna focalmente pseudotubular y ligeramente eosinofílica en los márgenes. Algunas de estas formaciones calcificadas eran de gran tamaño y mostraban estructuración cemento-ósea con líneas de aposición y células incluidas (incluyendo el fragmento duro). Varios de los fragmentos capsulares mostraban un revestimiento epitelial delgado poliestratificado no queratinizado, que focalmente estaba desprendido.

La lesión analizada, compatible con un quiste dentígero, presenta unas características que no se corresponden con ninguna patología específica conocida.



Conclusiones

A pesar de que el hallazgo radiográfico de material radioopaco en el interior de una imagen radiotransparente pericoronaria de un diente incluido es propia de tumores odontogénicos benignos, como el tumor de Pindborg (2) o el tumor odontogénico adenomatoide (3), debemos considerar que en casos excepcionales se pueden encontrar estos signos en quistes odontogénicos de desarrollo y por este motivo se deben incluir en el diagnóstico diferencial de las lesiones radiológicas mixtas de los maxilares.

Referencias

1. Nuñez-Urrutia S, Figueiredo R, Gay-Escoda C. Retrospective clinicopathological study of 418 odontogenic cysts. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15:767-73.
2. Kaushal S, Mathur SR, Vijay M, Rustagi A. Calcifying epithelial odontogenic tumor (Pindborg tumor) without calcification: A rare entity. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2012;16:110-2,

3. Vera-Sempere FJ, Artes-Martínez MJ, Vera-Sirera B, Bonet-Marco J. Follicular adenomatoid odontogenic tumor: Immunohistochemical study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006; 11:305-8.