



Universidad
Nacional
de Córdoba



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESCUELA DE POSGRADO

**“ESTUDIO CLÍNICO, RADIOGRÁFICO, ANATOMO-
PATOLÓGICO Y QUIRÚRGICO DE LOS QUISTES
PARADENTARIOS”**

TESISTA:

OD. VILMA DEL CARMEN AIMAR DE IRAZUZTA

DIRECTOR:

PROF. DR. RICARDO CARLOS MEYER

CÓRDOBA, 1967



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"ESTUDIO CLINICO, RADIOGRAFICO, ANATOMO-PATOLOGICO y
QUIRURGICO DE LOS QUISTES PARADENTARIOS"



T
D793
A: 294 - ej: 2
Duplicado

Trabajo para optar al título de Doctor en
Odontología de la Odontóloga:

VILMA del CARMEN AIMAR de IRAZUETA

Setiembre de 1967



Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Odontología

----- DEJO CONSTANCIA que los casos con que la Od. V. A.
de Irazusta documenta su trabajo de tesis han sido tratados por
la misma en este servicio y durante el período 1965 hasta la fe-
cha. -----

CORDOBA, 22/8/67.-----

Richard Meyer



Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Odontología

DEJO CONSTANCIA que los preparados histopatológicos, las microfotografías y los correspondientes informes con que la Od. V. A. de Irazuzta documenta su trabajo de tesis han sido realizados en esta Cátedra con la supervisión del suscripto. - - - - -
CORDOBA, 22/8/67.- - - - -

Dr. HECTOR GENDELMAN
PROFESOR TITULAR

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CATEDRA DE ANATOMIA Y FISIOLOGIA
PATOLOGICAS GENERAL Y ESPECIAL

PADRINO DE TESIS

PROFESOR DOCTOR RICARDO CARLOS MEYER

PR. TITULAR DE LA CATEDRA DE CLINICA QUIRURGICA I°
CURSO Y ANESTESIOLOGIA DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA.

amigo y orientador en el camino de la investigación

A la memoria de mi padre.

A mi esposo. Mis hijos: Román y María Laura.

Mi madre, hermano y abuelos.

Al Señor Decano de la Facultad de Odontología
Pr. Dr. Ricardo Carlos Meyer, nuestro maestro.

Al Pr. Dr. Héctor Gendelman, por su valiosa
colaboración y aliento en todo momento.

A los Pres. Dr. Osvaldo Suárez y Nilda Ramírez
Acuña por fomentar el amor al estudio y a la investigación
con su ejemplo.

Al personal Docente y no Docente (especialmente
a la preparadora Srta. Olga Paiggés) de la Cátedra de Ana
tomía y Fisiología Patológicas General y Especial.

Al personal Docente y no Docente de la Cátedra
de Clínica Quirúrgica I Curso y Anestesiología.

A los Dres. Atilio A. Gelfo y Judith Flores Quirós
de Gelfo, por su estímulo...

Al personal de Ilustración Gráfica de la Facultad
de Odontología, especialmente al Sr. José Duarte.

Al personal de Biblioteca y Traductores de la Fa
cultad de Odontología.

"A todos ellos nuestro sincero reconocimiento"...

INDICE

- 1°).- INTRODUCCION, COMENTARIOS BIBLIOGRAFICOS
y CONCEPTOS SOBRE EL TEMA.....Págs. 1 a 25
- 2°).- MATERIAL Y METODOS DE ESTUDIO. PRESENTA-
CION DE CASUISTICA.....Págs. 26 a 227
- 3°).- DISCUSION.....Págs. 228 a 231
- 4°).- CONCLUSIONES.....Págs. 232 a 235
- 5°).- RESUMEN.....Págs. 236 a 239
- 6°).- BIBLIOGRAFIA.....Págs. 240 a 256

1º) INTRODUCCION, COMENTARIOS BIBLIOGRAFICOS

Y CONCEPTOS SOBRE EL TEMA.

INTRODUCCION

Dentro del amplio campo de la Patología Dento-Maxilar, los quistes paradentarios, son procesos que ocupan por su importancia, un capítulo de trascendencia bien manifiesta. Lo hacen notar así autoridades como Ries Centeno (19), Thoma (17), Archer (36), / Pichler y Trauner (15), etc..

Estos procesos, en la clínica se presentan con frecuencia.

En nuestra Cátedra de Clínica Quirúrgica I con Anestesiología, se dió una abundante casuística. Este hecho, unido al permanente estímulo del Pr. Titular Dr. Ricardo C. Meyer, padrino de este trabajo, como con toda justicia de muchos otros, nos movió a hacer nuestra propia experiencia sobre los quistes paradentarios, la cual se traduciría en: actualización del tema, correlación de los datos clínicos, radiográficos y anatomopatológicos, mejor adecuación de las técnicas quirúrgicas y comprobación personal de los cambios que se van produciendo en los distintos componentes de la cápsula quística, con mayor detención en las / modificaciones epiteliales, dada la importancia que estas pudieran tener en la tan discutida transformación blastomatosa de los quistes paradentarios.

Sin lugar a dudas que hemos dedicado a estos hechos / nuestro mayor esfuerzo y según nuestras modestas posibilidades. No se nos escapa de nuestro razonamiento la seguridad que no encontraremos nada nuevo en este estudio pero creemos que el solo

hecho de compendiar en un solo volumen datos que muchas veces se encuentran diseminados en revistas y textos, o en trabajos que se conocen pero no están publicados o no se encuentran a nuestro alcance, justifican esta modesta tarea.-

"COMENTARIOS BIBLIOGRAFICOS"

La membrana periodontal (1) presenta incluidos en su seno restos epiteliales de la vaina de Hertwig, que son los llamados "restos epiteliales de Malassez" o restos paradentarios y como este último nombre lo indica, son restos epiteliales que se encuentran en la membrana periodontal rodeando la raíz dentaria (1) (27) (2) / (6) (60).

Según Pucci los remanentes epiteliales de la vaina (27) son más frecuentes y se encuentran en mayor cantidad en la zona del tercio apical, por ser allí donde la vaina de Hertwig termina definitivamente su rol de modeladora de la raíz dentaria. La vaina epitelial de Hertwig va perdiendo su continuidad pero persiste como una red de cordones epiteliales (2) mientras se forma la raíz.

De tal manera, la presencia de epitelio en los granulomas apicales (paradentitis apicales crónicas) es muy frecuente / (para algunos casi constantes), siendo estos granulomas apicales que contienen epitelio (granulomas epiteliales (1) (3) (4) (5) / (6) (7) (29) (61) o "granulomas compuestos" (63)), los antecesores obligados de los quistes paradentarios. Así, en los quistes paradentarios también debiera ser constante la presencia de epitelio (24) y su no observancia debería ser la consecuencia de alguna transformación importante del mismo, como agotamiento (27) (55) destrucción, etc. y que procuraremos probar.

Según Pucci (27) el epitelio que se observa en los gra

nulomas epiteliales que puede provenir también del epitelio del seno maxilar (epitelio de Flimmer) o bien del epitelio de la mucosa bucal, por una fistulización del proceso y cierre posterior de la fístula.

Autores como Orban (2), Cahn (4), Eráusquin (5), Olazában (6), Bernier (7), Bourgeois y Lenormant (8), Maximow y Bloom (9) y otros que no tuvieron menos interés que los mencionados en dilucidar este problema siguiendo las inquietudes ya / demostradas por Skultetus (10) (11) en 1654, Bardenave y Mancelot (12) en 1778, como Jourdain en el mismo año (13), le asignan un papel decisivo al sistema dentario en la génesis de estos procesos patológicos.

Delpeche, Fouchard y Guibont en 1828 (14) hacen referencia también a la relación citada anteriormente y otorgan un papel muy importante al conocimiento de la embriología para la mejor comprensión de estos cuadros.

Para Richard Cahn algunos tumores y quistes de la cavidad bucal o de los maxilares (5), derivan del epitelio del órgano adamantino (formador del esmalte) y de los elementos mesenquimáticos del diente en desarrollo, dándole suma importancia a estos conceptos embriológicos para captar mejor la Patogénia de estos procesos (2).

Rodolfo Eráusquin (5) considera que entre las neoformaciones de origen inflamatorio que pueden producirse en el periápice de las piezas dentarias podrían distinguirse tres ti-

pos de procesos, a saber:

- a- Granuloma: se trata de un cuerpo macizo (tejido de granulaci3n).
- b- Abceso: se trata de una cavidad de neoformaci3n / llena de pus.
- c- Quistes: se trata de una bolsa llena de l3quido / qu3stico (2).

Debemos recordar que si bi3n existen tres tipos bien definidos o estas entidades bi3n caracter3sticas (2) y diferenciadas, los l3mites entre uno y otro proceso no son netos, existiendo toda una gama intermedia entre el granuloma y el quiste, de acuerdo a la edad del proceso (5) (6) (7), a la evoluci3n, a su constituci3n, etc. (15) (16) (17) (18) (19) (20).

Cl3nica, y radiogr3ficamente estas entidades parecen poder ser bi3n diagnosticadas; pero s3lo el estudio an3tomo-patol3gico, puede darnos el diagn3stico exacto.

En consecuencia, para llegar en forma ordenada a describir estas entidades debemos tener en cuenta lo que llamamos "escala colorim3trica" de las distintas variedades que componen este complejo, hasta su formaci3n en quiste radicular, pasando de un granuloma simple a granuloma abscedado o de granuloma epitelial a granuloma qu3stico o microqu3stico (Houpert) (22) (50), hasta llegar al quiste definitivamente constitu3do.

Para Euler y Meyer el comienzo de esta transformaci3n estar3a regido por varios factores (28), o sujeto a dis-

tintos cambios: en primer término las células espumosas descritas por dichos autores (formadas durante la acumulación / grasa) pierden su estructura y los contornos bien marcados / que las caracterizan mientras están en actividad, para fusionarse, lo que da al cuadro un extraño aspecto granuloso. Los leucocitos se vacuolizan desintegrándose sus núcleos; ocurre ésto en la parte central del granuloma mientras que en la parte marginal, el epitelio va rodeando los restos de tejido de granulación y las células macrófagas, plasmáticas y endoteliales (27).

Las Paradentitis proliferativas o granulomatosas / crónicas y los quistes entre ellas, son siempre el resultado de una irritación crónica producida por la invasión microbiana (5) (23), originada casi siempre en una necrosis pulpar / (24), cualquiera fuera su origen.

"Rojas" en su tesis (2) hace destacar que en un principio el proceso comienza en la zona periodontal cercana al ápice con exudación e infiltración celular, sobretodo polimorfo-nucleares que para él son más abundantes en los granulomas epiteliales que en los simples; luego linfocitos, plasmocitos, elementos proliferativos como los angioblastos y los fibroblastos.

En el granuloma epitelial que desde ahora en adelante conoceremos como "Granuloma Compuesto", terminología aceptada en la Cátedra de Anatomía Patológica (63) de esta

Facultad; se observa casi el mismo cuadro que en el granuloma simple con el agregado de islotes (3) (5), trabéculas o cordones de tejido epitelial (6), epitelio que se hace muy propenso, por degeneración a la formación de cavidades (2) (25) (26).

Estas características, lo pueden llevar posteriormente a la formación de un quiste, siguiendo la escala progresiva de estos mecanismos.

En un principio este epitelio (que encontramos en los granulomas compuestos y descritos por Rojas, Chompret, Eráusquin, Crëmer, etc.) se dispone en forma de brotes epiteliales tipo "vaso de Florencia" (hoy conocidos con el nombre de "campanas de Roëmer") (62). El epitelio puede encontrarse en reposo y de tal manera el tejido conjuntivo fibroso que lo rodea ejerce sobre él una acción mecánica de freno pero sin llegar a destruirlo (6) (7).

A veces, la gran infiltración polimorfonuclear que suele estar presente en la reagudización de estos procesos crónicos puede enmascarar a las células epiteliales haciéndolas casi irreconocibles. Roëmer (2) menciona una degeneración mixomatosa de estos restos epiteliales y recalca que en algunos casos se ve que en los puentes intercelulares se encuentran distendidos o rotos. Pucci (27) al referirse a este problema señala una degeneración vacuolar invadiendo los puentes intercomunicantes hasta originar grandes vacuolas. En algunos sitios la destrucción epite-

lial es aún mayor y en otros, verdaderas "puntas de lanza" de crecimiento. Allí, el epitelio conserva bastante bien sus caracteres morfológicos típicos. Esto se puede explicar por lo que sabemos de la participación del epitelio en los procesos inflamatorios; es decir que los epitelios no se inflaman sino que responden en el proceso inflamatorio con fenómenos degenerativos o hiperplásicos (63). Esta entidad granulomatosa compuesta por tejido de granulación e islotes epiteliales evoluciona primero hacia el granuloma quístico o microquístico de Houper (22) que se caracteriza por la presencia de cavidades microquísticas en el componente epitelial o en el tejido conjuntivo. Estas imágenes para "Delater" (87) parecen ser el producto de la ruptura de los capilares en los bordes de las digitaciones epiteliales, donde se encuentran desprovistos / de su armazón; o también por infartos Hemorrágicos intraepiteliales o por licuefacción como lo describe en su tratado: "A Text Book of Patology", Williams Boyd. (29) 1964.

Tales hechos son también mencionados por Alcayaga y Olazábal y citados por Bercher (30) (59); que lo manifiesta como la vacuolización primitiva de las células epiteliales centrales, las que tendrían participación también al lado de la hemorragia. Estos casos están demostrados por Witzel como degeneración mucohidrópica de las células epiteliales de los "nidos de Malassez" (29 citado por 2).

Estas células se irían degenerando porque se en-

cuentran alejadas de su fuente nutricia (6), y como dice Roëmer (31), se necrosan dejando huecos que se van fusionando paulatinamente para formar la cavidad quística, lo que da al tejido epitelial un aspecto semejante al tejido mucoso (27).

Cuando las células alcanzan el máximo de su distensión, pierden sus membranas, desaparecen las células (71) y se constituyen huecos que son el comienzo de la cavidad quística. Sin embargo, para Partsh estas cavidades microquísticas son secundarias a una degeneración grasa del tejido de granulación (77).

Crocquefer, explica la vacuolización de estos granulomas por los depósitos colesterínicos que se pueden observar en ellos (78).

Este epitelio de los granulomas compuestos en un principio, y cuando los procesos son jóvenes, tienen el aspecto típico malpighiano de la mucosa bucal; pero posteriormente y por infiltración inflamatoria van perdiendo estas características (6) (32).

Puede aparecer epitelio cilíndrico, ciliado (75)(73) o vibrátil en los granulomas epiteliales quísticos del maxilar superior vecino a fosas nasales y seno maxilar (73).

En resumen, decimos que: la evolución que siguen los hechos para darnos la entidad patológica conocida con el nombre de quiste paradentario sigue el siguiente camino:

1- Formación de un proceso inflamatorio crónico co

nocido con el nombre de granuloma compuesto o granuloma epitelial o mejor paradentitis crónica apical compuesta.

- 2- Formación por degeneración de sus células (para algunos de las células epiteliales, para otros del estroma conjuntivo) del llamado granuloma microquístico o granuloma epitelial quístico o mejor paradentitis apical crónica quística.
- 3- Formación ya definitiva y madura del proceso que conocemos como quiste paradentario, cuya descriptiva realizaremos más adelante y que es el estadio evolutivo final de las dos entidades anteriormente mencionadas.

"CONCEPTOS SOBRE EL TEMA"

Etimológicamente "quiste" proviene de la palabra griega "KISTON" que significa "espacio cerrado por todas partes", receptáculo, vejiga, tumefacción formada por un saco cerrado que contiene líquido o una sustancia semisólida (35).

Del alemán: cyste; del francés: Kyste; del portugués: cisto; del inglés: cyste. (35) (4).

Son procesos patológicos que fueron designados con diversa denominación y es así que los encontramos en la literatura como quistes paradentarios (43) (53), quistes odontoplásticos (23), quistes apendiculares (23) de Abarrán (16), quistes uniloculares (23) (64) Heydenreich(16), quistes periósticos Magitot (65), quistes alveolodentarios de Forget (34), quistes radiculares de Aguilhón de Sarrán (67) (82), quiste periapical (27), quiste radiculo-dentario de Malassez (81), quiste epitelial unilocular llamado así por Nimier (43) y / Meisner (2), granuloma quístico de Rédier (68), quiste periodóntico de Thoma (17), quiste paradentales (23), o periodontal de Cheráskin (82).

Pasaremos una revista somera a las definiciones de estos procesos patológicos, recordando que cada autor tiene su concepto de manera que ellos mismos nos obligan a extraer los hechos más salientes y ensayar nuestra propia definición.

Es así que "Quich" dice del quiste paradentario:

"es un tumor crónico redondeado, fluctuante, de cavidad cerrada que contiene una materia blanda o líquida de consistencia / variable según la naturaleza del contenido líquido sebáceo".

"Wester's" (36): "un quiste es una bolsa o receptáculo sin abertura, provista de una membrana definida y que contiene un material líquido o semilíquido desarrollado anormalmente".

"Braver" (16): "son tumores formados por un saco cerrado normal o accidental".

"Alcayaga y Olazábal" (6): "los quistes considerados patológicamente son cavidades revestidas por epitelio".

"González y Trillo" (23): "dice que son formaciones constituídas por una bolsa conjuntivo epitelial con contenido líquido o semilíquido basándose en las definiciones emitidas por Ries Centeno (37) (19).

"Bastos A.M.": "clínicamente los define como colecciones líquidas limitadas por una pared bien distinta en forma de bolsa cerrada más o menos esférica" (38).

"Bernier Joseph L." (7): "los quistes odontógenos radicales se forman en relación con las raíces de los dientes y son cavidades revestidas de epitelio".

"Corominas Villafañe" (50): "los quistes son formaciones patológicas cavitarias de evolución crónica".

Para nosotros, después de una revista meticulosa de estas definiciones que acabamos de transcribir y de acuerdo a

los conceptos escuchados a los profesores Dr. Ricardo Carlos Meyer y Dr. Héctor Gendelman, y descartando previamente el empleo de la palabra "tumor" en la definición de estos procesos, el concepto de quiste paradentario puede quedar resumido de la siguiente manera: " Se trata de una cavidad patológica de origen inflamatorio con contenido líquido, rodeada por una cápsula fibrosa, tapizada por epitelio que se relaciona con una / raíz dentaria, preferentemente en su zona apical, y que se forma a partir de un granuloma compuesto ".

Debemos dejar constancia que este proceso quístico / puede encontrarse ubicado lateralmente o puede presentarse como un residuo de extracción una vez eliminado o avulsionado el elemento dentario.

Las estadísticas demuestran que los quistes paradentarios son más frecuentes en el maxilar superior que en el inferior (4) (5) (15) (39) (40) (41) (42) (45) (46) (59) (70), etc.

Tal vez sea por el mayor número de raíces que se encuentran en el primero, o por la relativa inmunidad a las caries de los incisivos inferiores, o por la frecuente ausencia del tercer molar inferior o por su retención o extracción prematura (44) (43).

Aumenta aún más la frecuencia de los quistes paradentarios en el maxilar superior, la mayor producción de caries / en los incisivos superiores (por el mayor número de silicatos, etc.) (47). Le siguen en el orden de frecuencia premolares y

molares (Hofer) (22) (37).

Se observan a cualquier edad pero sobretodo entre / los 20 y los 30 años (2).

Con respecto al sexo no existen acuerdos entre los distintos autores; " Witzel " adjudica una ligera superioridad numérica al hombre (64).

Casi siempre ataca a los dientes permanentes; la presencia de quistes en los dientes primarios para Ries Centeno y la mayoría de los tratadistas (19), es prácticamente excepcional.

La menor frecuencia de los quistes radiculares en los dientes primarios se explicaría en el hecho de que en ellos los restos epiteliales de Malassez se destruyen más rápidamente debido a la acción destructora del germen permanente y su saco dental que los reabsorbe antes de que tengan / tiempo de proliferar (48); además la amplitud y la mayor permeabilidad de los conductos radiculares de los dientes primarios no dan el tipo y la irritación crónica necesaria para / la formación de estos procesos (19).

La mayoría de los autores tales como Wassmund, / Kehr, Frey (72), Römer (31), Willinger (19), Corominas Villafañe (50) mencionan la posibilidad de que los dientes primarios puedan ser atacados por estos procesos paradentarios.

Cabe la posibilidad de que el diente permanente / permanezca retenido o erupcione en forma heterotópica. No se

efectúa así, el normal cuadro de reabsorción de las raíces del primario y de los restos paradentarios de Malassez en esa zona; dando lugar en su oportunidad, a un punto de partida de un proceso infeccioso en el citado elemento, él se desarrolla / de un quiste paradentario (40).

Es más frecuente en el hombre que en la mujer en la proporción de 2:1; aunque otros autores le asignan un valor / contradictorio (52) o bien dan porcentajes similares para ambos sexos (40).

Nuestra experiencia nos demuestra que en los casos tratados hay prevalencia de quistes de este tipo en el maxilar superior, siendo mayor el porcentaje en mujeres que en / hombres; tuvimos oportunidad de tratar un quiste paradentario en una niña de 8 años producido por un molar primario y un molar permanente.

"ETIOLOGIA Y PATOGENIA"

Es condición indispensable para la formación de un quiste paradentario la "necrosis pulpar previa" cualquiera sea su origen (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (15) (17) (18) (19) (21) (23) (24) (27) (29) (34) (36) (55) (60) (61), etc..

La formación del quiste se produce por "el infarto intraepitelial o la degeneración de las células del epitelio (2) (62) (63) de un granuloma compuesto. La cavidad inicial en un principio pequeña, sufre agrandamientos progresivos como consecuencia de la hemorragia y la vacuolización de las / células epiteliales.

Según (6) (86) el agrandamiento progresivo de la cavidad quística se debería más que a la hemorragia a un trasudado intraepitelial.

El epitelio del quiste se encuentra necesariamente en activa proliferación tapizando la mayor parte de la cavidad (7).

La intensidad de la inflamación es, sin lugar a dudas (7) el factor que provoca la proliferación de los restos epiteliales y que mantiene su continua actividad.

" Croquefer " atribuye un papel preponderante en la formación y crecimiento del quiste, a la infiltración colesterínica (6) (80) (85) (84) (76),etc. que proviene del / tejido conjuntivo o epitelial degenerados, más que de la / sangre; y su evolución y crecimiento se debe a la mala nu-

trición de los islotes epiteliales y su degeneración (2) (27) (73),etc..

Según " Rojas " las células próximas al contenido / quístico, hallándose menos nutridas que las periféricas, sufren la degeneración lipídica y se destruyen; en parte directamente y en parte por acción de los macrófagos; y luego van a mezclarse con el contenido quístico, que aumenta progresivamente su volumen (27)".

" Idéntica acción irritante produce la irritación / proveniente del tejido conjuntivo vital, que está por fuera / de la membrana quística e influye sobre la degeneración epitelial.

Debemos recordar que el revestimiento es semipermeable y por lo tanto favorece la acción osmótica (27) ".

"HISTOPATOLOGIA"

El quiste paradentario está compuesto por una cavidad central, rodeada de una cápsula formada por varias capas a saber:

- a.- Interna: de tejido epitelial.
- b.- Intermedia: de tejido de granulación.
- c.- Externa: cápsula fibrosa.

Para algunos autores la externa y la media o intermedia componen el saco o bolsa quística (23).

Las características de cada componente son bien conocidas. El "tejido epitelial" generalmente es de tipo pavimentoso estratificado pero debemos tener en cuenta también / que sus células pueden volver a presentar el aspecto ameloblástico conservando el potencial necesario para su transformación ameloblastomatosa (74) (75), etc.; de allí la marcada / necesidad según nuestro concepto, de enuclear la membrana quística en su totalidad (citado por diversos autores) (90) (91, etc.) en aquellos donde fuere posible.

Cuando por diversas razones nos vemos obligados a emplear otro tratamiento se impone seguir la evolución del caso con observaciones directas y controles radiográficos e histopatológicos.

El número de capas epiteliales no está de acuerdo / con el tamaño del quiste (27) más sí, influye la edad del mismo, mayor o menor grado de inflamación presente, infección, etc..

Así, en los quistes pequeños el epitelio puede constar de varias capas (similares a veces al epitelio Malpighiano) (54), pero las mismas van sufriendo una degeneración hidrópica, notándose gran edema intercelular junto con infiltración de elementos (4) especialmente linfocitos y plasmocitos (46).

Por el contrario, en quistes de antigua data (quistes viejos) (21) (23 , etc.) el epitelio puede constar de una sola capa.

Brabant (55) dice " un gran número de granulomas epiteliales pero no todos evoluciona hacia el quiste radicular luego / de la disolución de la parte central del granuloma; esta parte líquida crece progresivamente por trasudación de linfa a / través de la pared epitelial. La presión ejercida sobre el hueso por el líquido quístico, provoca la reabsorción o destrucción del epitelio y el agrandamiento progresivo de la cavidad. De esta manera, se produce un ciclo progresivo indefinido. A veces el epihueso tiende a reaccionar con depósitos de capas de hueso laminar (2) " .

Por otro lado, el contenido quístico presiona la pared interna del epitelio, lo que trae como consecuencia, la / degeneración epitelial (27), mientras que las células que constituyen la capa externa pueden seguir proliferando. Pero esta tendencia expansiva del quiste es neutralizada, según algunos autores, en buena parte por el tejido conjuntivo vecino que rodea la membrana epitelial y que debido a su capacidad prolifera-

rativa vendría a obrar a manera de barrera inextensible para limitar el desarrollo del epitelio; el que se encontraría ubi cado entre dos "fuerzas": la que ejerce el contenido quístico y la que supone la inextensibilidad de la membrana fibrosa(27).

Persisten alrededor del quiste los elementos habitua les de la inflamación pero con un carácter moderado a menos / que en el contenido quístico se asiente una infección secunda ria.

Como en todos los epitelios, en el quiste paradenta- rio también se ha comprobado la presencia de lo que se conoce como "membrana basal" (56), la que puede presentarse en forma ondulada o recta en la mayoría de los casos y la que, a decir de los mismos autores, se pierde total o parcialmente según / se trate de un quiste viejo o infectado; lo que contribuiría a romper el delicado equilibrio existente entre conjuntivo y epitelio, predisponiendo a cualquier tipo de reacción invaso ra epitelial incluída la blastomatosa.

La capa de "tejido de granulación" más o menos cons tante, puede ofrecer distintos aspectos, presentándose general mente como un tejido inflamatorio compuesto por abundantes neo capilares, linfocitos, plasmocitos, histiocitos y algunos fi broblastos (27).

En ocasiones, esta capa de tejido de granulación pue de estar ausente casi en su totalidad.

La pared o cápsula fibrosa generalmente está consti-

tuída por un fuerte y grueso tejido fibroso colágeno (7) que se continúa con las fibras del periodonto apical manteniendo de esta forma la adherencia del proceso a las raíces dentarias. El grosor de esta cápsula es variable; relacionándose, fundamentalmente, con la edad del proceso; (en quistes viejos la cápsula es más gruesa) y la laxitud que puede presentar en algunas circunstancias, principalmente con el perjuicio que / puede ocasionar a este tejido fibroso, la persistencia del proceso inflamatorio crónico del que hablábamos.

El "contenido quístico" está formado además del exudado seroso por células degeneradas, fragmentos necrosados de tejido de granulación, albúmina, sales, hemosiderina (73), epitelio degenerado y pus; se puede observar gotitas de grasa (resultado de la degeneración celular, como consecuencia de un metabolismo alterado) con formas romboidales características que cuando están en gran cantidad reciben el nombre de "colesteatoma" (55).

Este lúmen quístico o cavidad esta lleno de líquido, cuya fluidez depende la mayor o menor extensión de la degeneración y de la disolución epitelial, es de color pardo cuando / hay presencia de sangre, rompiéndose su monotonía por la presencia de células flotando en él, o brillantes cristales de colestonina.

Otras veces, es de consistencia semisólida caseificada, variando su coloración desde el gris hasta el pardo de /

acuerdo a la cantidad de pigmentos hemáticos que contenga (2).

En ocasiones es de color cetrino, límpido, con los cristales de colesterina que le dan aspecto refringente (50).-

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Los quistes de los maxilares tapizados de epitelio (dentro de los odontogénicos, a los paradentarios) contienen líquido o sustancias similares que aumentan por su propia tensión el tamaño del quiste. Esta presión se ejerce desde el interior del quiste con igual intensidad en todas direcciones (88); por lo cual la cavidad quística, tiende a adquirir la forma esférica. Cualquier variedad en ella, es debida a que el quiste en su crecimiento, encuentra a su paso tejidos de distinta resistencia a la resorción (88), dando una imagen diferente según los casos y las ubicaciones.

La imagen producida, es la de una cavidad radiolúcida bastante uniforme dentro del hueso, la cual tiene un margen circunscripto, muy claro, en los quistes sin infectar, pero en aquellos casos en que se establece una infección, los contornos ya no son tan precisos y netos (61).

El estudio roentgenológico o roentgenograma nos es indispensable para el tratamiento de estos quistes, especialmente cuando su tamaño es apreciable: para su localización, extensión, forma, para establecer relaciones, grado de radiolucidez, etc., pues en estos casos constituyen un elemento de incalculable valor para "ayuda" del diagnóstico.

Para los quistes pequeños, es suficiente, general-

mente, la radiografía periapical intraoral. En los de mayor tamaño, debemos recurrir a las tomas oclusales y aún a la extraral, ya sea directamente a quiste limpio, o colocando una sustancia de contraste como el iodo-lipol o el lipiodol, etc., que dan una imagen radiopaca marcando los contornos nítidamente y descartando o corroborando posibles invasiones sinusales o de fosas nasales y en general de las estructuras vecinas.

El aspecto radiográfico de un quiste paradentario es, en la mayoría de los casos: típico (89).

Podemos determinar varias partes integrantes que nos serán de interés para el estudio roentgenológico:

- a) Zona radiolúcida: de amplitud y radiolucidéz variable sin evidencias de estructuras internas. La intensidad de la radiolucidéz está dada por la mayor o menor destrucción ósea, la que depende de la edad del proceso (50) (89), superposición de planos, infección, etc..

Empero, cuando los quistes son muy grandes pueden estar constituídos por una o más cavidades, sobretodo en el maxilar inferior desdentado o en zonas cercanas al seno maxilar (89).

- b) Halo radiopaco: Por lo general el borde ra-

diopaco que rodea a la imagen radiolúcida, es perfectamente definido lo que sugiere que el hueso vecino, es de naturaleza compacta (89). Puede tener aspecto similar a la cortical, es tar interrumpido, o difuso, o faltar, especial mente si se establece una infección en el pro ceso (89), o hay supuración.

El borde bien definido también puede faltar en los casos en que sólo una porción de lámi- na externa del hueso que cubre al quiste ha sido reabsorbida, dejando la otra parte de la cavidad aún sin reabsorber (89).

Las diferencias en las densidades de las som- bras oscurecerán el contorno del quiste (89).

- c) Estructuras vecinas: pueden aparecer invadidas o comprometidas, desplazadas o superponerse a la imagen del quiste.

Podemos mencionar fosas nasales, zona del se- no maxilar, etc..

- d) Piezas dentarias involucradas: puede presen- tar en su raíz reabsorción de distinta inten- sidad, según el grado de la lesión. Desviación de la pieza interesada y de las vecinas, de a cuerdo al tamaño y sentido del proceso expan- sivo y de la movilidad que pueda producir en ellos.-

MATERIAL Y METODOS DE ESTUDIO. PRESENTACION DE CASUISTICA.

CASO N° 1

PACIENTE: R. R., 17 años de edad, sexo masculino: -Nos consulta por padecer dolor intenso en la zona de canino superior izquierdo, desde hace tres o cuatro semanas. El diente fué tratado hace 5 años con un tratamiento pulpar. Al año siguiente se fracturó, quedando expuesto a la contaminación. Como consecuencia se produjo la infección. Recuerda que comenzó a sentir molestias vagas ya a los pocos meses de establecida la fractura (a la altura del tercio gingival).

Fig. 1



Clínicamente no observamos nada que nos revele la presencia de un proceso periapical. Sólo hay respuesta dolorosa a la percusión vertical.

DIAGNOSTICO CLINICO: resto radicular con posible proceso apical.

El examen radiográfico, Fig. 1, nos revela al mencionado elemento con un proceso apical de apreciable tamaño, que se encuentra próximo a la pared mesial del seno maxilar. En este sitio presenta una reacción defensiva que se confunde con la cortical del antro de Highmore. En los demás sectores no podemos ver una condensación neta.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Podría tratarse de un granuloma / quístico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: No podemos pensar en un quiste del agujero o del conducto nasopalatino, porque la toma radiográfica no da lugar a confusión. El agujero está a la izquierda.

Puede tratarse de un granuloma porque clínicamente no hay manifestaciones de exteriorización del proceso.

La intervención fué realizada con anestesia local infiltrativa y por alveolectomía externa.

La medicación que realizamos fué la que corrientemente prescribimos en estos casos en el servicio, sedantes, antibióticos y colutorios; ésto, y el cierre por primera nos proveyeron una recuperación normal y una cicatrización perfecta.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Fig. 2



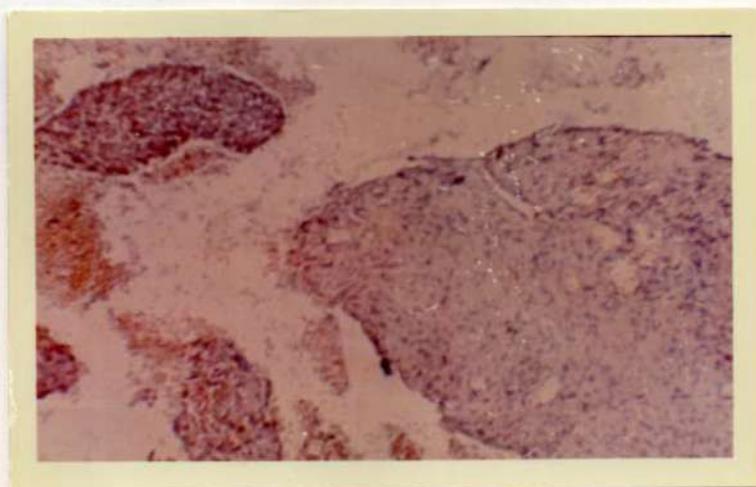
Se trata de una raíz de canino de apreciable tamaño.

Se extrajo la raíz separada del proceso. Con fines fotográficos se coaptaron ambos elementos y obtuvimos la Fig. 2.-

La cápsula no bien conformada, se presenta de color rojo vivo y su aspecto es liso.

MICROSCOPICO

Fig. 3



En el preparado histo-patológico observamos un proceso de larga data. Es una cápsula quística. Aparece muy desgarrada; no obstante podemos distinguir en ella un abundante esqueleto / conjuntivo fibrilar hacia la superficie externa; en algunos sitios, células inflamatorias.

Hacia la luz o vertiente interna de dicha cápsula, en forma casi continua, sorprendemos un abundante tejido de granulación y la ausencia casi absoluta de epitelio. Figs. 3, 4, 5. En algunos sitios se observa una gran hemorragia.

Fig. 4



Fig. 5



DIAGNOSTICO: quiste paradentario.

CASO N° 2

PACIENTE: E.T., 40 años de edad, sexo masculino; nos consulta porque hace $2\frac{1}{2}$ años, siente dolores referidos a la zona apical de incisivos superiores. En dos oportunidades tuvo edema en la zona que está tumefacta. A la palpación, comprobamos que el proceso ya está en su período de exteriorización (en su faz expansiva, entrando en la deformación del maxilar). Nos da la sensación de embaldosado flojo, típico de la destrucción ósea parcial.

DIAGNOSTICO CLINICO: Quiste.

Fig. 6



El examen radiológico nos muestra al resto radicular, con un

amplio proceso que prácticamente envuelve a la raíz. No podemos seguir a una cortical nítida y bien marcada, característica de un quiste típico.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Se trata de una osteítis crónica rarefaciente.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Probablemente sea un absceso de tipo crónico, por las características difusas del proceso, especialmente hacia la zona distal.

Si pensamos en un quiste del conducto nasopalatino: la presencia del diente dentro de la formación radiolúcida, y la neta línea radiopaca situada a la derecha de la imagen, que nos muestra donde está la cortical de las paredes del del conducto, descartan esta posibilidad.

Si nos inclinamos hacia un tumor: los signos clínicos, la imagen radiográfica y la evolución, no se encuadran dentro de esas entidades.

La intervención fué realizada con anestesia local infiltrativa supraperióstica, por el método radical y suturara por primera.

La medicación usual nos permitió obtener un postoperatorio normal.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Fig. 7

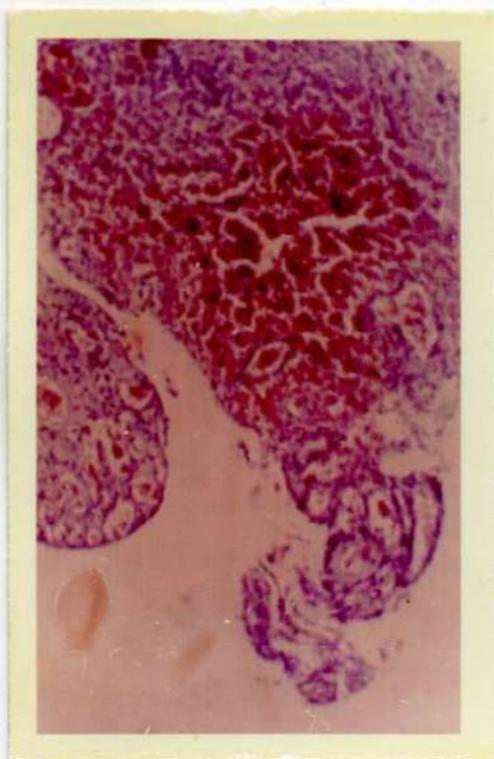


Se trata de una cápsula quística apreciable, colapsada, sin granulaciones ni durezas al tacto.

Su color es rojo y de apariencia lisa. Fig. 7.

MICROSCOPICO

Fig. 8



La preparación histo-patológica nos demuestra que se trata de una cápsula quística muy vascularizada, con abundantes focos hemorrágicos. Fig. 8.

Además observamos un "epitelio" bastante irregular (Fig. 8) y con fenómenos degenerativos e hiperplásicos (Figs. 9 y 10).

En el "tejido conjuntivo" subyacente observamos un abundante infiltrado crónico y escasa cápsula fibrosa. (Figs. 8, 9 y 10).

Fig. 9



Fig. 10



DIAGNOSTICO FINAL: Se trata de un quiste paradentario.

CASO N° 3

PACIENTE: R. A., 18 años de edad, sexo femenino: -Nos relata que desde hace 3 años, tiene el primer molar en el deplorable estado en que lo encontramos al realizar el examen clínico bucal: sólo restos radiculares. Los dolores son agudos desde hace dos meses y se manifiestan más por la noche. Desde hace una semana acada momento. Tuvo edema generalizado en la zona maseterina, geniana y compromiso ganglionar (aunque algunos autores aseguran que nunca hallaron reacción ganglionar en estos casos (25).

Prescribimos antibióticos y antiinflamatorios como pre-operatorio.

Fig. 11



Se atenúan los dolores, cede el trismus que parcialmente acusaba cuando nos consultó. Comprobamos aún dolor a la palpación bi-digital en piso de boca. Por vestibular apreciamos algún grado de renitencia.

DIAGNOSTICO CLINICO: posible proceso quístico.

La radiografía que indicamos, nos revela la presencia de los restos mencionados, que nos hace pensar en un proceso de larga data. Fig. 11.

Se compone de una zona radiolúcida bastante compacta hacia mesial, bien diferenciada del hueso vecino como una reacción defensiva. Se hace difusa hacia la raíz distal, donde se confunde insensiblemente con el hueso adyacente.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Por las características citadas se trata de un granuloma; aunque Priebe y colaboradores demostraron que es imposible distinguir radiológicamente un granuloma de un quiste paradentario en sus primeros estadios, (91).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Podría tratarse de un absceso: por las características radiológicas difusas en algunos sitios y por la reabsorción radicular.

Puede ser un granuloma: por no tener una cortical manifiesta, situación que lo diferencia de un quiste paradentario. Además clínicamente no observamos signos, ni manifes-

taciones de exteriorización típicas de un proceso quístico.

Si nos inclinamos hacia un tumor: las características clínicas no nos hacen sospechar de que se trate de un proceso de esa naturaleza.

La intervención fué realizada con anestesia regional al dentario inferior (T. de Fischer) y complementaria.

La técnica radical y el cierre por primera dieron / una cicatrización adecuada y normal.

La medicación de rutina colaboró a su buen resultado.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Fig. 12



Observamos en la Fig. 12, la pieza dentaria (sólo restos ra
diculares) con un proceso quístico. A la palpación no perci
bimos irregularidades y su coloración es rojo subido.

MICROSCOPICO

Fig. 13



Se trata de una gruesa cápsula quística sumamente congestio-
nada y masivamente infiltrada por un proceso inflamatorio cró
nico que actúa sobre el epitelio, adelgázándolo en casi toda

su extensión. De esta manera se encuentra estructurado por dos o tres capas de células. Este mismo epitelio, en algunos sectores, presenta fenómenos hiperplásicos, con degeneración hidrópica.

DIAGNOSTICO FINAL: Quiste paradentario.

CASO N° 4

PACIENTE: N. S., 41 años de edad, sexo femenino: -Nos relata que desde hace $2\frac{1}{2}$ años tiene una fractura en el incisivo lateral (como consecuencia de una carie gingival progresiva que no trató).

Lo comprobamos al examen clínico. La encía se ve sumamente inflada en la zona vestibular del mencionado elemento.

Fig. 14



No hay otros signos de importancia.

DIAGNOSTICO CLINICO: resto radicular con posible proceso apical.

Examinamos roentgenológicamente a la paciente y verificamos la existencia del resto mencionado, con un amplio proceso apical; de radiolucidez apreciable y sin condensación aparente en su zona marginal.

La raíz tiene fenómenos de rizoclasia, típica de los procesos abscedados. La rarefacción ósea en la zona mesial llega casi hasta el borde gingival del reborde alveolar. Esto / nos da la sensación de que hubiera un trayecto fistuloso (que no lo comprobamos clínicamente).

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Podría tratarse de un quiste infectado.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Si pensamos que puede ser el conducto nasopalatino o el agujero mismo: no hay lugar a dudas, porque con la angulación dada a la toma radiográfica, apreciamos a los citados sin superposición.

No habiendo una cortical neta, podemos pensar que se trata de un granuloma: aunque para Shafer (73) ocasionalmente los granulomas, presentan esta cortical. El diagnóstico histopatológico es, en definitiva, el que dilucidará el problema.

Por la zona de rizoclasia apical y por el área de radiolucidez difusa hacia mesial, en dirección a la cresta alveolar, podemos pensar en la posibilidad de que sea un absceso.

Si pensamos que se trate de un tumor, las caracterís-
ticas clínicas y las evidencias radiológicas nos hacen descar-
tar toda posibilidad de que sea una de estas formaciones.

La intervención fué realizada a colgajo, con aneste-
sia infiltrativa. El cierre por primera y la medicación usual
(antibióticos, sedantes, hielo y colutorios) permitió obtener
un post-operatorio benigno.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Fig. 15



Se trata de un resto radicular con un proceso adherido, colap-
sado, por la evacuación del líquido quístico.

Es lisa y sin granulaciones al tacto. Fig. 15.

MICROSCOPICO

Fig. 16



Se trata de una cápsula quística que tiene una gruesa capa fi
brosa, bastante bien organizada y un severo proceso inflamator
io crónico. No observamos la presencia de epitelio, segura-
mente destruído y degenerado. Fig. 16.

DIAGNOSTICO FINAL: Quiste paradentario.

CASO N° 5

PACIENTE: M. de I., 32 años de edad, sexo femenino. Concorre a nuestra consulta pues desde hace 3 años tiene problemas en la zona del primer molar inferior izquierdo.

Hubo fistulización que cerró. Clínicamente observamos que el molar presenta una corona de oro, la encía está edematizada y color rojo vinoso.

Fig. 17



DIAGNOSTICO CLINICO: Absceso.

El examen roentgenológico nos revela la presencia de un proceso apical cuya radiolucidez se confunde paulatinamente con el hueso adyacente.

Compromete a ambas raíces. Hay reabsorción en las mismas. No



encontramos cortical. La radioopacidad del metal no nos permite saber, si estamos ante un tratamiento pulpar fracasado, o ante una restauración protésica realizada sobre una corona / muy destruída y sin hacer el procedimiento endodóncico correspondiente. Fig. 17.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Todo lo dicho nos sugiere que se trata de un absceso crónico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Si pensamos que se trate de un absceso, por las características mencionadas de reabsorción difusa, destrucción de la cortical inter-radicular, la rizoclasia en ambas raíces, nos inclinarían hacia este tipo de proceso.

Puede ser un granuloma porque la formación que hemos descripto no es circunscripta.

No encontramos en la imagen la radiolucidez necesaria, ni la cortical neta (aunque en un quiste infectado ésta puede desaparecer), para pensar que se trate de un quiste paradentario.

No hallamos las características clínicas ni radiológicas indispensables para pensar que se trate de un tumor.

La intervención fué realizada a colgajo, con anestesia regional al dentario inferior (T. de Fischer) y complementaria. El cierre por primera y la medicación prescripta (hielo, sedantes, colutorios, antibióticos), nos permitió obtener un post-operatorio benigno.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Fig. 18



Se trata de una cápsula quística que aparece muy desintegrada con focos hemorrágicos en varios sitios y con algunas granulaciones al tacto.

Podemos observar su tamaño considerable y el molar con procesos de reabsorción en sus raíces. Fig. 18.

MICROSCOPICO

Se trata de una cápsula quística, como ya se dijo, muy desintegrada. Aparecen focos hemorrágicos muy antiguos, y restos de tabla ósea con fenómenos de reabsorción.

Fig. 19



Casi no se observa epitelio, pero en cambio la cápsula aparece estructurada por un tejido conjuntivo fibroso que se presenta en toda su extensión, infiltrado por un abundante proceso inflamatorio de carácter crónico. Fig. 19 y 20.

Fig. 20



DIAGNOSTICO FINAL: Se trata de un quiste paradentario.

CASO N° 6

PACIENTE: R. J. M., 39 años de edad, sexo masculino, nos consul
ta por dolores en la zona del incisivo lateral superior derecho
y en la región que corresponde al surco nasogeniano y paladar.
Datan de dos años. A la inspección clínica observamos un trayeco
to fistuloso cerrado y a la palpación hay dolor en la zona men-

Fig. 21



cionada. Percibimos además una leve sensación de fluctuación a
la palpación bidigital vestibulo-palatina.

DIAGNOSTICO CLINICO: Incisivo lateral con proceso de caries que
ha destruído casi por completo su porción coronaria; con proce-
so quístico periapical.



El examen radiográfico nos muestra en el periápice del resto ra
dicular, una zona radiolúcida, circunscripta y bien marcada; con
esbozos de trabeculado óseo. La cortical que la limita está des
figurada y sólo es perceptible en la zona mesial. La raíz presen
ta signos de rizoclasia. Fig. 21.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: granuloma.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: La rizoclasia radicular y la falta de
cortical neta, nos haría suponer que se trata de un proceso ab
cedado o de un quiste supurado.

La intervención fué realizado a colgajo para obtener fácil acce
so y enuclear en forma adecuada al proceso. La anestesia que /
realizamos fué infiltrativa supraperióstica. La medicación de

rutina, nos permitió tener un post-operatorio benigno.

La Fig. 22, nos muestra el grado de regeneración que hemos obtenido a los 5 meses de realizada la intervención.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Fig. 23



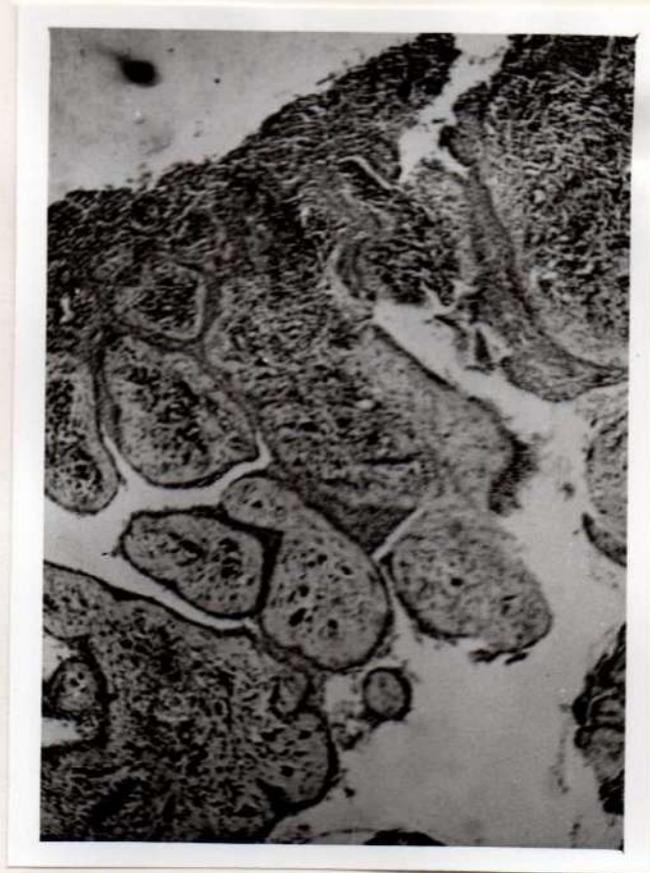
Podemos apreciar a la raíz del incisivo lateral con un proceso apendicular de regular tamaño que al tacto no es uniforme y sí, de dureza y espesor acentuados. Fig. 23. Su color es rojo vinoso.

MICROSCOPICO

Se trata de una cápsula quística con un ligero conte

nido hemorrágico y una fuerte y gruesa cápsula fibrosa que habla claramente de la vejez del proceso y un

Fig. 24



infiltrado inflamatorio importante en algunos sectores que conduce al aplastamiento, a la degeneración y a la falta de epitelio en ellos. Fig. 24

Sin embargo la vejez del proceso puede ser también la responsable de estos fenómenos advertidos en el epitelio el cuál presenta también algún grado de "hiperplasia" que en un sitio alcanza a ser :

" pseudo- ameloblastomatosa ".

DIAGNOSTICO: quiste paradentario.-

CASO N° 7

PACIENTE: L. I., 15 años de edad, sexo femenino; nos consulta por tener molestias en la zona de los molares inferiores. Desde hace un año. Clínicamente observamos la encía inflamada, restos de primer y segundo molares. A la palpación sentimos sensación de crepitación y fluctuación principalmente hacia el lado vestibular.

Fig. 25



DIAGNOSTICO CLINICO: quiste periapical.

La radiografía nos muestra la presencia de un proceso quístico que involucra las raíces del primer molar inferior, que llega hasta el techo del conducto dentario inferior, donde apreciamos

sólo la cortical que limita con él. Fig. 25.

Además no podemos pasar inadvertida la zona, bastante nítida, de hueso sano que rodea al proceso. Fig. 25.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: dadas las características que presenta la radiografía, podemos afirmar que se trata de un quiste paradentario.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Las características circunscriptas de la formación periapical, no dan lugar a que pensemos que se trate de un absceso.

Los signos clínicos y las evidencias radiológicas no nos permiten pensar que se trate de un granuloma.

Si pensamos se trate de un quiste epidermoide: los dientes involucrados, la cortical bien nítida y las características del contenido quístico, que observamos (no queratinizado) nos hacen descartar esa posibilidad.

No observamos ningún signo que nos haga sospechar que se trate de un tumor. Menos aún, maligno, en el cual los bordes son imprecisos.

La intervención fué realizada con anestesia regional al dentario inferior (T. de Fischer) y complementaria: -La técnica radical y el cierre por primera, con el agregado de la medicación de rutina, nos permitió tener un post-operatorio normal.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Fig. 26



Apreciamos los restos del primer molar inferior. La cápsula quística de gran tamaño. Se ofrece al tacto de consistencia dura sin granulaciones; hay focos hemorrágicos. Fig. 26.

MICROSCOPICO

Observamos una cápsula quística con una gruesa envoltura fibrosa, con abundante exudado hemorrágico intersticial. Un severo proceso inflamatorio crónico, con fenómenos de degeneración grasa, y una cubierta epitelial que sufre las consecuencias de lo antes mencio

nado ya que presenta un sugestivo adelgazamiento y en algunos sitios llega hasta su falta absoluta o total, mientras que en toda

Fig. 27



su extensión presenta fenómenos degenerativos. Fig. 27. Es importante su descamación en la luz del quiste.

DIAGNOSTICO: quiste paradentario.-

CASO N° 8

PACIENTE: C. de S., 38 años de edad, sexo femenino; padece de dolores en hemicráneo izquierdo, también localizados a la zona de molares superiores, del mismo lado. Desde hace dos años. Hay inflamación en la encía, la que se presenta con cambios de coloración. A la palpación en la zona vestibular obtenemos sensación de renitencia y fluctuación desde el primer premolar hasta el primer molar (en su cara mesial), y desde 5 mm. del reborde alveolar hasta el fondo del surco vestibular.

Fig. 28



DIAGNOSTICO CLINICO: Quiste paradentario.

El examen radiológico, realizado desde distintas angulaciones, nos permite ubicar al proceso y comprobar que no interesa el seno maxilar en su proceso expansivo. Fig. 28 y 29, al seguir sin

solución de continuidad a la cortical radiopaca que bordea al /
quiste (signo inequívoco del proceso constructivo destructivo,
de la reacción ósea de defensa, según la Dra. Nilda Ramírez Acu
ña (93)).

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Quiste paradentario.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Dadas las características bien defini-
das del proceso, tanto clínicas como radiográficas, no podemos
titubear en el diagnóstico.

Fig. 29



Fig. 30
Incisión



Fig. 31
Decolado

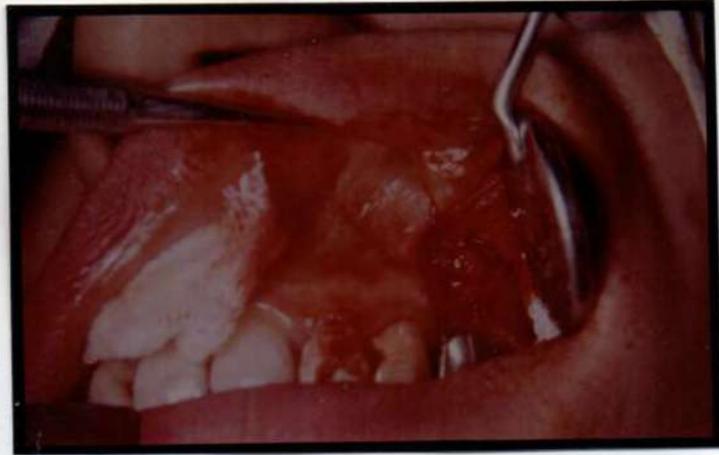


Fig. 32
Osteotomía



Fig. 33
Osteotomía

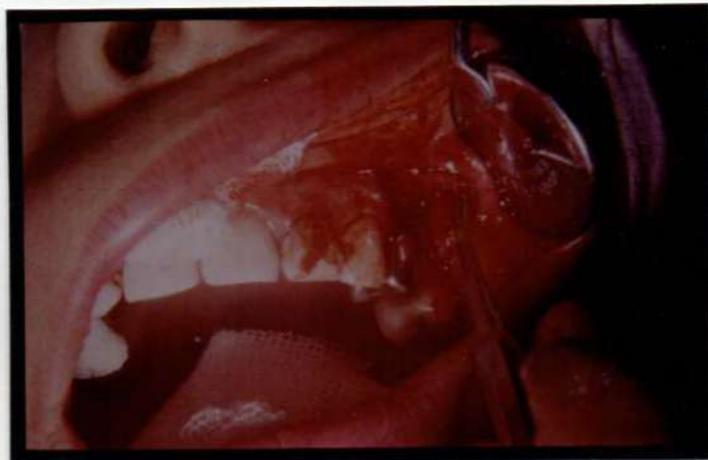


Fig. 34
Osteotomía descubriendo al proceso



Fig. 35
Extracción realizada



Fig. 36
Delimitación del proceso

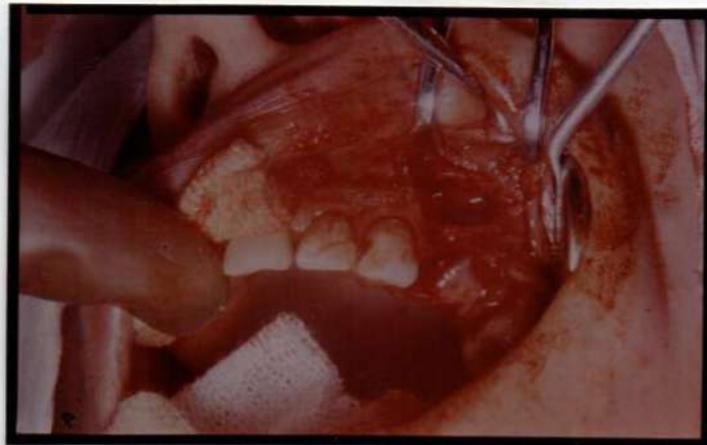


Fig. 37
Enucleación del proceso



Fig. 38
Continuación

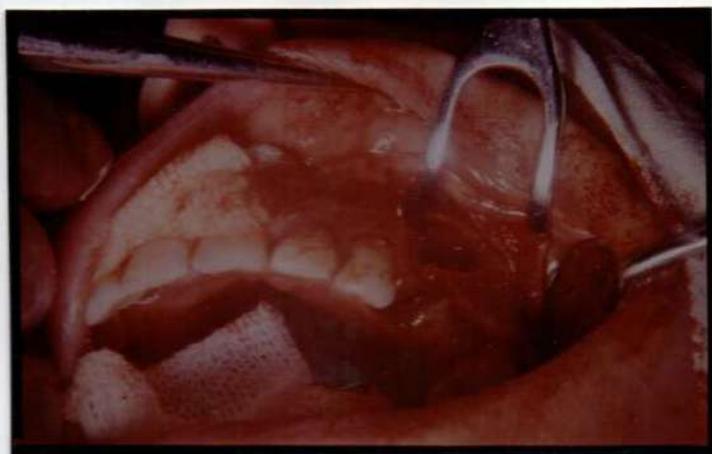


Fig. 39
Continuación

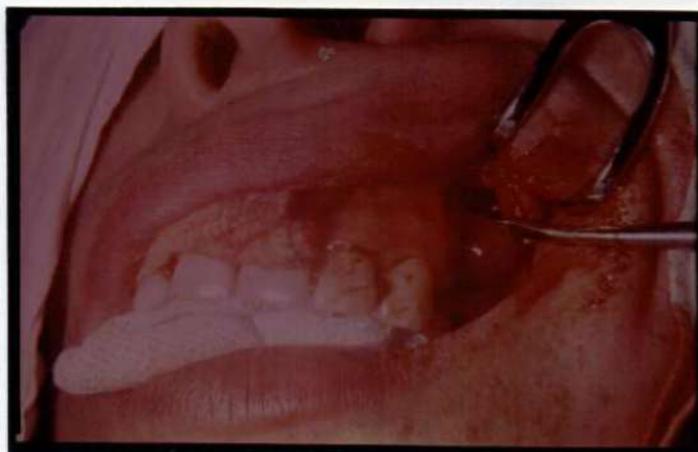
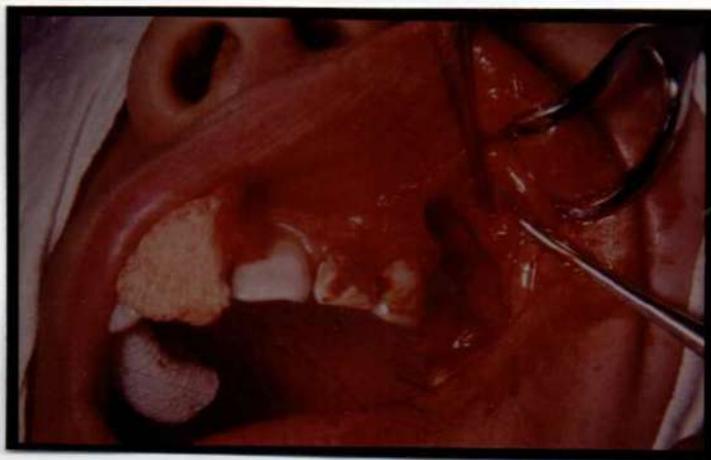


Fig. 40
Curetaje



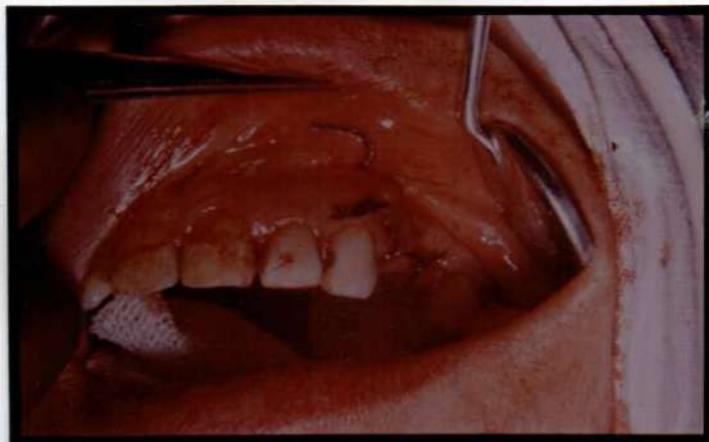
La extracción fue realizada a colgajo o por alveolectomía externa, como podemos apreciar en las Figs. 30 al 42. El cierre fué

Fig. 41
Toilette de la cavidad



por primera, de modo de cerrar herméticamente la brecha cerrada. La medicación que realizamos, de rutina, nos permitió un post-operatorio benigno.

Fig. 42
Sutura



EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Fig. 43



Se trata de un premolar coronado, con un proceso apical separado de la raíz, constituido por una gruesa cápsula, sin zonas sospechosas al tacto. Fig. 43. Su color es rojo vinoso.

MICROSCOPICO

Se trata de una cápsula quística con una envoltura fibrosa importante pero no muy densa, un proceso inflamatorio severo, fenómenos de degeneración grasa, vasos muy congestionados, hemorragia e hiperplasia epitelial "pseudo-epiteliomatosa". Nada de maligno. Fig. 44.

Fig. 44

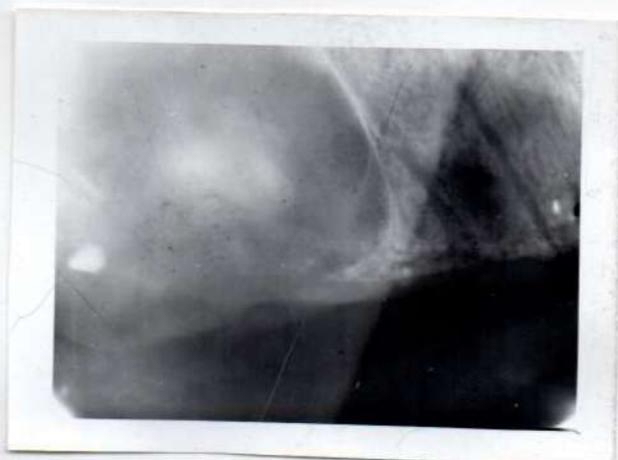


DIAGNOSTICO: Se trata de un quiste paradentario.

CASO Nº 9

PACIENTE: T. de A., 55 años de edad, sexo femenino; nos relata que desde hace $2\frac{1}{2}$ a 3 años, no puede precisar con exactitud, / comenzó a notar (luego que le fueran extraídos todos los elementos dentarios) un abultamiento o tumefacción en la zona de molares superiores por vestibular. El profesional que la atendiera en esa oportunidad, no dió la importancia debida a esta tumefacción, confeccionándole la prótesis total sobre ella (po

Fig. 45



siblemente creyendo en una exostosis). Actualmente es renitente y crepitante. Tuvo evacuación de pus hace un año.

DIAGNOSTICO CLINICO: quiste residual.

Al analizar las radiografías observamos la presencia de un proceso, Fig. 45 y 46, para nosotros residual, de tamaño apreciable que abarca desde la zona del tercer molar, hasta la región del canino. La tumefacción que produce es manifiesta, no sólo por palatino sino también por vestibular. Fig. 47.

La radiografía nos muestra una amplia zona radiolúcida, limitada por una cortical en la parte anterior (zona de premolares y canino) que se diluye hacia distal (en la zona de molares).

Observamos, que, desde la línea neta radiopaca mesial parten líneas condensadas que se dirigen hacia el interior del proceso queriendo aparentar lobulaciones (quiste multilocular);

Fig. 46



éstas, no son más que, según lo menciona en su trabajo Wladimiro

Mundi Galiano (61), las reacciones de defensa para consolidar su arquitectura, según las líneas funcionales de fuerza el maxilar.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Quiste residual.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Por las consideraciones arriba citadas el ameloblastoma y el quiste multilocular quedarían descartados.

Las imágenes claras que semejan pompas de jabón, o nidos de abejas, o grumos esparcidos, corresponden a tumores poliquísticos, como los ameloblastomas, o a procesos infecciosos de los maxilares (osteítis, osteomielitis). El diagnóstico diferencial en este caso es concluyente.

Sustancialmente los tumores malignos, crecen más rápido que las formaciones quísticas. Tienen una estructura irregular, gibosa, con superficie ulcerada; en contraposición a la de los quistes que es lisa, y de bordes agudos (sharp-edged surface) (11).

Además en los procesos tumorales encontramos tumefacción de las glándulas linfáticas regionales. Caquexia, en etapas avanzadas de la enfermedad, situación que no tenemos con / los quistes.

Además los tumores malignos no están confinados a un tejido madre, sino que complican las estructuras o tejidos vecinos.

Otra característica que podemos aportar para el Diag

nóstico Diferencial es que los quistes generalmente se destacan nítidamente del hueso sano, en cambio en los tumores que se originan del órgano adamantino y de los quistes multiloculares, se observa una estructura a manera de nido de abejas (como ya señalamos) o bien como si el hueso hubiera sido extraído con sacabocados (92).

Enviada la paciente al otorrinolaringólogo de su confianza (Dr. E. Yankilevich) que realizó el examen de su especialidad, nos autorizó a intervenir dado que no había compromiso sinusal.

Por el gran tamaño de la formación quística, decidimos no seguir el procedimiento corriente, radical, o una marsupialización (15) (17) (19) (36) (43) (90); sino optar por la técnica "descompresiva" o de fístula artificial de algunos autores(50) (58) (59). Inspirados en las observaciones de los casos intervenidos en su oportunidad por los Dres. Ríes Centeno y Corominas Villafañe, y en la lectura de la bibliografía, se nos ocurrió, realizar a la prótesis (que no podíamos suprimir a la paciente por factores cosméticos-sociales); un aditamento en forma tal, que oficiara de vector de la restitución ^{ósea} del proceos cicatrizal, y como medio para realizar los futuros lavajes, y evacuación de exudados. Fig. 49. (El aditamento fué construído por el Sr. Mancieri, Técnico de la Cátedra de Prótesis Preclínica, con nuestras indicaciones).

La intervención la realizamos con anestesia infiltrativa en la zona donde practicamos el corte elíptico de 2 cms. de diámetro que nos serviría de drenaje. Retirada la cubierta mucosa, se descubrió la membrana del quiste, lisa y roja. Delimitamos perfectamente con una gubia fina los bordes de la tabla ósea reabsorbida en ese sitio, dejando una brecha como muestra las Figs. 47 y 48.

Evacuamos el contenido quístico, abundante, cetrino, con gránulos de colessterina en profusión. Retiramos la tapa de la cápsula quística, con fines diagnósticos. Medicamos en la forma usual.

Fig. 47



Los exámenes radiológicos periódicos, nos revelaron la marcha progresiva de la curación, pues al eliminarse los factores de presión y tensión del líquido quístico, como así también los cambios proliferativos y de crecimiento de la cápsula, eliminamos el proceso de destrucción ósea, degeneraciones, etc. Figs. 50 a 54.

Fig. 48

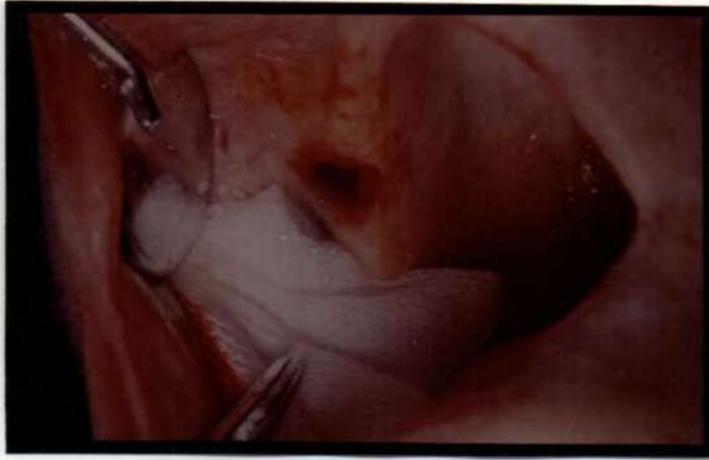


Fig. 49



Fig. 50
Post-operatorio al mes.



Fig. 51
Post-operatorio a los 6 meses.



Fig. 52
A los 8 meses.

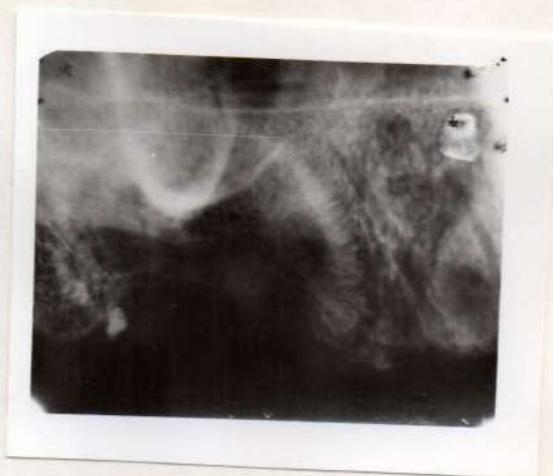


Fig. 53
A los 10 meses.



Fig. 54



A los 12 meses infiltramos iodolipol en la luz de la fístula creada. Como vemos en la Fig. 54, es reducida la capacidad / del proceso.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Trozo de cápsula quística que eliminamos en un corte circular de 2 cms. de diámetro aproximadamente (Figs. 47 y 48). Queremos dejar sentado que luego de evacuar el contenido quístico que fué cetrino semilíquido con abundantes gránulos de coles-terina de color amarillo blancuzco, observamos las paredes de la cavidad obtenida lisas sin digitaciones ni proliferaciones sospechosas y de color rosado en casi toda su extensión. En algunos sitios focos hemorrágicos.

MICROSCOPICO

El preparado histopatológico nos demostró tratarse de una gruesa cápsula quística fibrosa y con ausencia casi absoluta de proceso inflamatorio.

Fig. 55



Se observa un epitelio, que en algunas zonas se presenta hiperplasiado ^{con} pseudo-ameloblastomatoso. En otras zonas se lo ve bastante adelgazado (Fig. 55), pero con las características de un epitelio poliestratificado y con bastantes lobulaciones.

En algunos sectores, su ausencia es casi absoluta,

seguramente relaciona da con la vejez del proceso.

DIAGNOSTICO: Quiste paradentario.

CASO N° 10

PACIENTE: C. L. de I., 29 años de edad, sexo femenino; nos relata que desde hace 5 años tiene dolores en la zona de molares superiores, intensos a veces. Fistulizó en varias oportunidades, evacuando abundante pus. Actualmente el trayecto fistuloso está cerrado. A la palpación vestibular, notamos signos de fluctuación y crepitación. La encía se presenta congestionada.

Fig. 56



DIAGNOSTICO CLINICO: quiste paradentario.

La radiografía periapical, nos muestra los restos del segundo premolar y primer molar. Vemos un importante proceso quístico, que ha producido la destrucción del piso del seno maxilar, como consecuencia de la reabsorción ósea que provocó su acción expansiva, y el agregado de la infección. La cortical que envuelve generalmente a estos procesos es de apariencia nítida y continua. Fig. 56.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: quiste paradentario.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: No hay lugar a dudas de que se trata de un proceso quístico paradentario, que ha invadido el seno / maxilar.

La intervención se hizo por la vía del colgajo vestibular, con método radical y sutura hermética, para salvar el problema de la comunicación sinusal. El seno estaba limpio y sano. La recuperación fué normal, con la medicación usual de antibióticos, sedantes, hielo y colutorios.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

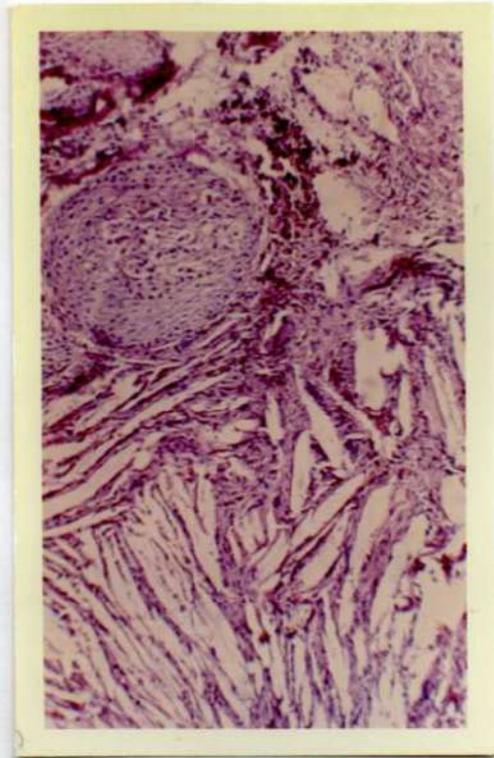
Fig. 57



En la Fig. 57, apreciamos una cápsula quística, no integra sino separada en tres trozos, por las maniobras quirúrgicas. Su color es rojo vinoso y la sensación al tacto es uniforme.

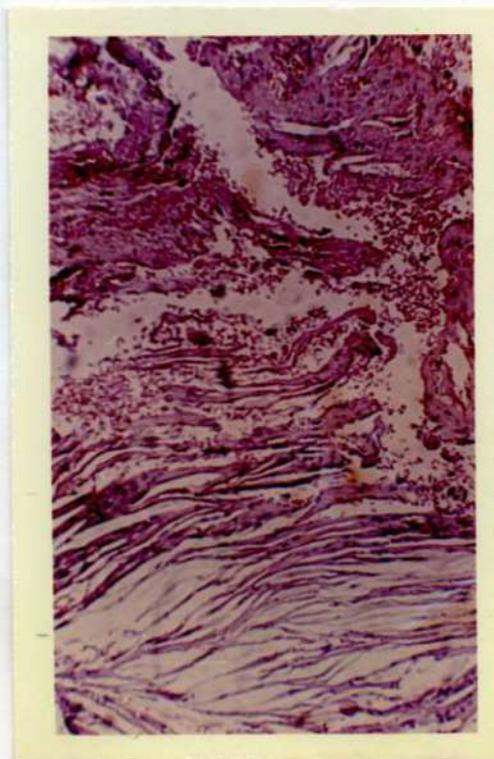
MICROSCOPICO

Fig. 58



El examen histopatológico demostró que se trata de una cápsula quística estructurada por las tres clásicas capas:

Fig. 59



- a) Externa: conjuntivo-fibrosa, interrumpida en algunos sectores por un infiltrado inflamatorio crónico, escaso a ese nivel.
- b) Media : de tejido de granulación muy abundante.
- c) Interna: está compuesta por un epitelio pavimentoso estratificado, que presenta en algunos sitios ligeros fenómenos hiperplásicos ,
Fig. 59-60.

El epitelio también se presenta infiltrado. El mismo es casi continuo, ya que en algunos sectores se halla interrumpido, donde hacia la luz del quiste sólo encontramos tejido de granulación; mientras que en otros sitios tiene la tendencia a atrofiarse. Figs. 58 a 63.

Fig. 60



Fig. 61



Fig. 62



Fig. 63



DIAGNOSTICO: quiste paradentario.

CASO N° 11

PACIENTE: M. de M., 38 años de edad, sexo femenino; nos consulta por molestias durante los últimos 5 años referidas a la zona ántero-superior. Tiene períodos de acalmia que coinciden con la fistulización del proceso con la evacuación de abundante pus. Actualmente a la inspección, vemos a la fístula cerrada. Hay / fluctuación . El resto radicular del lateral y central aparecen con movilidad.

Fig. 64



DIAGNOSTICO CLINICO: proceso quístico.

El exámen radiográfico nos revela una gran área radiolúcida sin manifestación alguna de trabeculado óseo. Está bordeada por una zona radiopaca, bien delineada y nítida, que se confunde, en su porción superior, con el piso de las fosas nasales. Fig. 64, en

el que forma la clásica protuberancia de Gerber, perceptible al exámen clínico.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Quiste paradentario.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Si pensamos se trate del conducto nasopalatino o del agujero, no podemos abrigar dudas al respecto, pués estas formaciones anatómicas pueden ser individualizadas en la toma radiográfica, independientes de la formación quística.

Los quistes de las entidades nombradas, no están en contacto con un diente mortificado (porción apical), como sucede en este caso. Su manifestación radiológica, es distinta a la de la Fig. 65, por lo cual queden descartadas.

La radiolucidéz del proceso y la cortical neta que lo rodea nos hacen descartar la posibilidad de que sea un granuloma.

Con un proceso tumoral: las características clínicas locales y generales, el tiempo de evolución, las evidencias / roentgenológicas, nos hacen desechar cualquier entidad de esta naturaleza.

La intervención, realizada a colgajo, por el método radical y cierre por primera, con el coadyuvante de la medicación de rutina, nos permitió tener un post-operatorio benigno.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Fig. 65



Apreciamos los restos del incisivo lateral y central, con una amplia cápsula adherida al ápice del lateral, color rojo vinoso con puntos amarillentos.

Es lisa y blanda, sin durezas sospechosas al tacto,
Fig. 65.

MICROSCOPICO

El exámen histopatológico nos demuestra que se trata de un proceso quístico, compuesto por una cápsula conjuntivo-fibrosa, un infiltrado crónico abundante, y un tapizado epitelial profundamente hiperplasiado: del tipo de hiperplasia " pseudo-ameloblastomatosa ". Fig. 66 a 69.

Fig. 66



Fig. 67

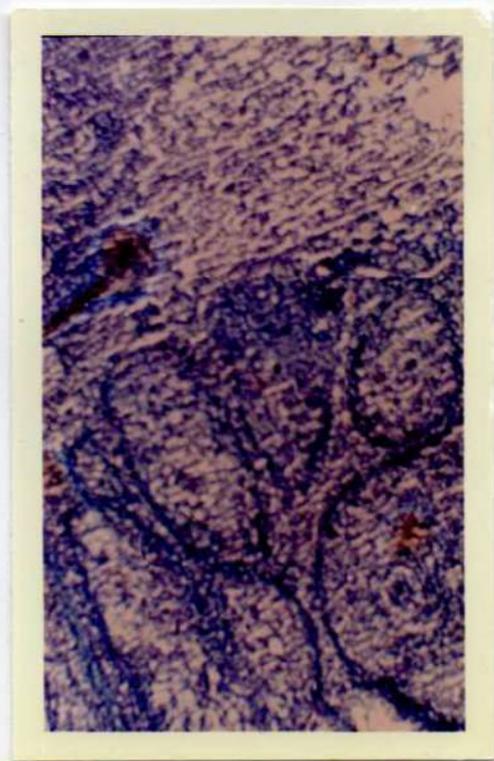


Fig. 68
Coloración de Mallory.



Fig. 69



DIAGNOSTICO: Quiste paradentario.-

CASO N° 12

PACIENTE: A. de B., 23 años de edad, sexo femenino; concurre a nuestro servicio, por presentar en la zona de incisivos superiores y premolares, un proceso inflamatorio de magnitud. Desde hace $1\frac{1}{2}$ año. A la inspección clínica comprobamos lo relatado por la paciente. Apreciamos la sensación renitente y en partes crepitante, del proceso, especialmente a la altura del ápice de los incisivos. Notamos que la tabla vestibular ha desaparecido

Fig. 70



en casi todo el sector, que abarca desde la línea media hasta el incisivo lateral, y desde el reborde del proceso alveolar hasta el fondo de surco vestibular. Esta manifestación de exteriorización del quiste, produce una deformación en la región

anterior del labio superior y en piso de fosas nasales (protuberancia de Gerber). Al tacto, el paladar también nos da la / sensación de debilitamiento de la tabla ósea, especialmente a la altura del lateral. No observamos ningún trayecto de fistu-
lización.

DIAGNOSTICO CLINICO: proceso quístico.

Fig. 71



Realizamos las radiografías de rutina y observamos la presencia de un amplio proceso que abarca, desde el incisivo central izquierdo hasta la zona de canino. El grado de radiolucidéz del proceso es apreciable, lo que nos habla de la pérdida de sustancia ósea. Lo rodea una cortical radiopaca lobulada (por los distintos grados de resistencia que fué encontrando a su paso en su crecimiento), Figs. 70 y71.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Se trata de un proceso quístico paradentario. El cual se asienta en ambos elementos dentarios; situación que motiva la apariencia lobulada de la formación quística.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: No podemos pensar en un absceso, por las características difusas y la presencia de una cortical neta que circunscribe la imagen.

Con el agujero nasopalatino: la toma radiográfica nos permite individualizar perfectamente la formación anatómica, des vinculada del proceso quístico.

Con un ameloblastoma: para Word Grant (84), las lobulaciones, en un quiste grande, pueden inducirnos a pensar que se trata de un ameloblastoma (quístico), pero el curso clínico, los dientes involucrados en el proceso y las características / clínicas y evolución del mismo lo rechazan. El exámen histo-pa tológico es el decisivo.

La intervención fué realizada con anestesia regional al dentario anterior (T. de Rahaussen) y complementaria. Con extirpación y cierre por primera. La medicación que usualmente damos, con el agregado de corticoides, nos permitió tener un post-operatorio benigno.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

En la Fig. 72, podemos observar a los restos radiculares extraí

dos, con proceso de reabsorción en sus raíces. La cápsula adelgazada y destruída en algunos sectores, aparece bastante gruesa y visible en otros.

MICROSCOPICO

Se trata de un quiste apendicular con abundante contenido quístico. El contenido, muestra tratarse de cristales de "colesterina" y abundante exudado hemorrágico.

Fig. 72



La "cápsula", bastante gruesa, en algunos sectores, muestra:

- a)- Una envoltura fibrosa no muy densa, ni muy bien organizada aún.
- b)- Lo que predomina es el tejido de granulación con

abundante degeneración grasa o adiposa. :

c)- Mientras el epitelio sufre los efectos de este proceso inflamatorio crónico presentándose ligeramente hiperplasiado en algún sector, muy delgada en otras partes y ausente por fenómenos degenerativos en otros sitios.

No hemos encontrado alteraciones tuberculosas como podría acontecer, según lo señala Gunter Kedel y otros y otros (92), por ser la paciente tuberculosa.

Intervinimos con la autorización del clínico.

Fig. 73



DIAGNOSTICO: quiste paradentario.

CASO N° 13

PACIENTE: Z. N., 20 años de edad, sexo masculino; nos consulta por padecer dolores, desde hace un año, referidos a la zona de segundo y tercer molares inferior izquierdo. Los cuales tienen procesos de caries y lesión inflamatoria en la encía marginal. No hay fistula evidente. Notamos a la altura del se

Fig. 74



gundo molar signos de crepitación.

DIAGNOSTICO CLINICO: proceso apical.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: La radiografía nos muestra a los molares citados, con procesos de caries que llegan hasta sus cámaras pulpaes. La misma nos sirve para determinar el tenor de infección, ya que apreciamos procesos periapicales en ambos, Fig. 74, a pesar de la poca nitidez de la toma.

Se trata, no hay duda, de procesos periapicales asentados en ambos molares, que por los hechos mencionados no podemos aseverar un diagnóstico radiográfico indiscutible.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Podría tratarse (por la amplia rarefacción que percibimos) de un absceso.

La intervención la realizamos a colgajo con la extirpación radical de los dos elementos con sus respectivos / procesos apicales.

La medicación de rutina, con el agregado de corticoides, nos permitió un post-operatorio normal.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Fig. 75

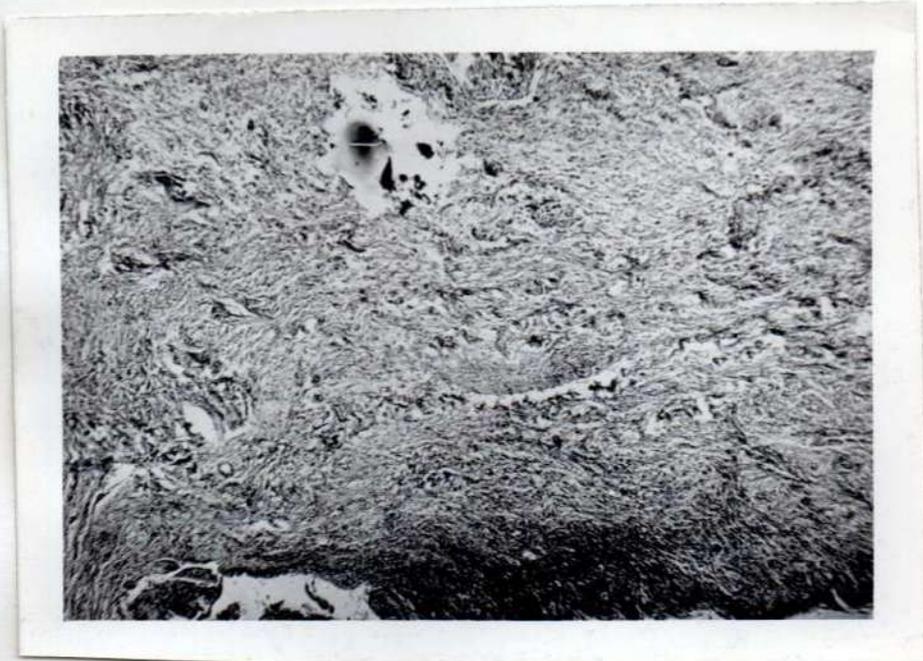


Observamos la cápsula, semidura, bien conformada y lisa. Fig. 76.

No hay sensación de granulaciones que la hagan sospechosa.

En partes su color es rojizo, presentando en zonas un color amarillo blancuzco.

Fig. 76



MICROSCOPICO

Se trata de una cápsula quística bastante gruesa, donde podemos apreciar las clásicas tres capas descritas en la literatura:

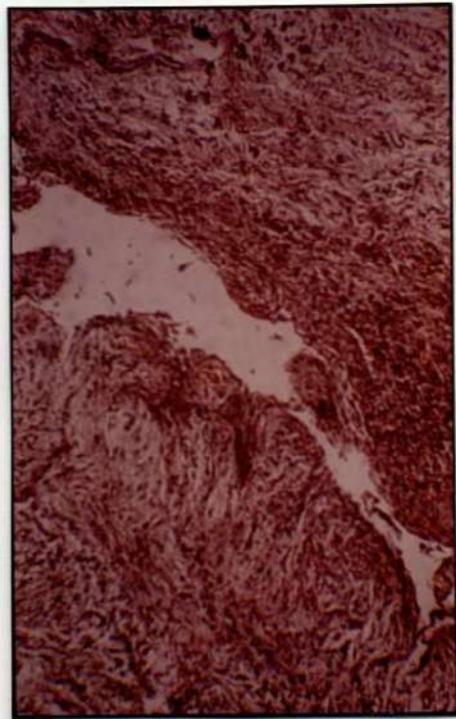
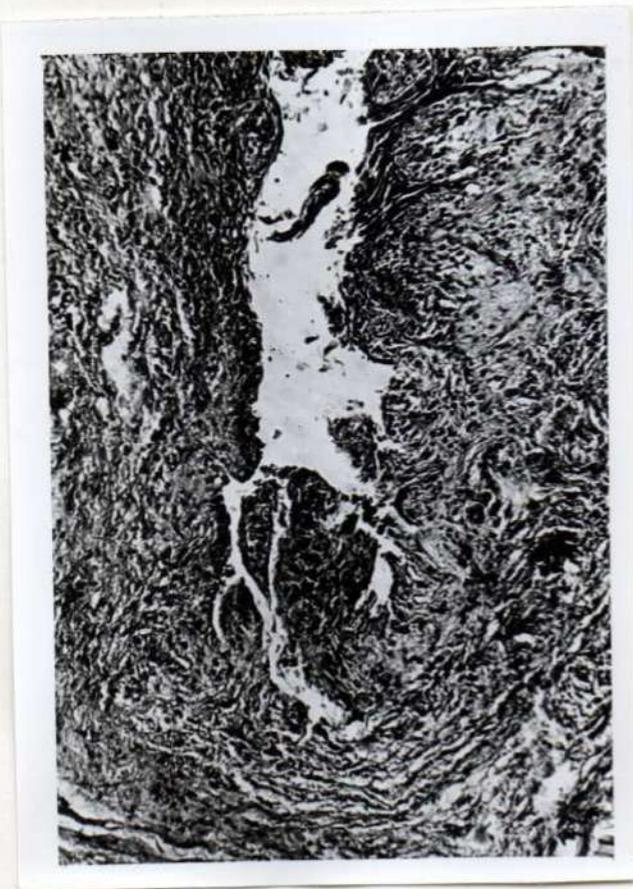
- a)- Hacia la parte más externa una capa conjuntivo-fibrosa, en sitios más densa que en otros; con algunos vasos congestionados e inflamación aislada de tipo crónico, linfoplasmocitaria. Fig. 76, 77, 78.
- b)- La capa media, bastante importante en algunos sectores de la cápsula; está estructurada en esta ocasión por un tejido de granulación bien claro, a

predominio c predominio celular y vascular.

Los vasos se presentan congestionados y, en algunos sitios hay signos de hemorragia intersticial, Fig. 77.

c)- La capa más interna, la que mira hacia la luz del quiste es un epitelio que no conserva su integridad en toda la extensión, que esta estructurada por unas pocas hileras de células y que en algunos sectores se presenta estratificado.

Fig. 78



DIAGNOSTICO: Quiste paradentario.

CASO N° 14

PACIENTE: T. de T., 34 años de edad, sexo femenino; acude a nuestro servicio, pués desde hace 4 años tiene dolores en la zona de premolares superiores. A la inspección clínica observamos un resto radicular del segundo premolar que produce un abombamiento en la zona vestibular, el que desfigura el fondo de surco.

Fig. 79



A la palpación obtenemos la sensación de falta de tejido óseo (en parte sensación de embaldosado flojo).

DIAGNOSTICO CLINICO: resto radicular con un proceso apical.

La radiografía nos muestra el mencionado resto, con una zona radiolúcida a la altura del ápice, de importante tamaño. Fig. 79.

Hay esbozos de cortical en la zona mesial de la formación (pensemos que al no ser tan evidente en el positivo,

es debido a que en él se pierden algunos detalles).

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Podría tratarse de un granuloma quístico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Los hechos mencionados nos inducen a pensar de que se trate de un granuloma.

La intervención la realizamos por alveolectomía externa eliminando radicalmente el proceso.

El cierre por primera. Medicación usual, que nos permitió obtener un post-operatorio normal.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Fig. 80



Se trata de un resto radicular reabsorbido, con importante proceso adherido al ápice, Fig. 80, el que aparece liso, lobulado y de color rosado.

MICROSCOPICO

El preparado nos demuestra que se trata de un proceso quístico adherido al ápice. La cápsula está constituida por:

a)- Una capa conjuntiva fibrosa externa, bien delimitada y apreciablemente gruesa; aparecen en algunos sectores, células inflamatorias crónicas. Fig. 81.

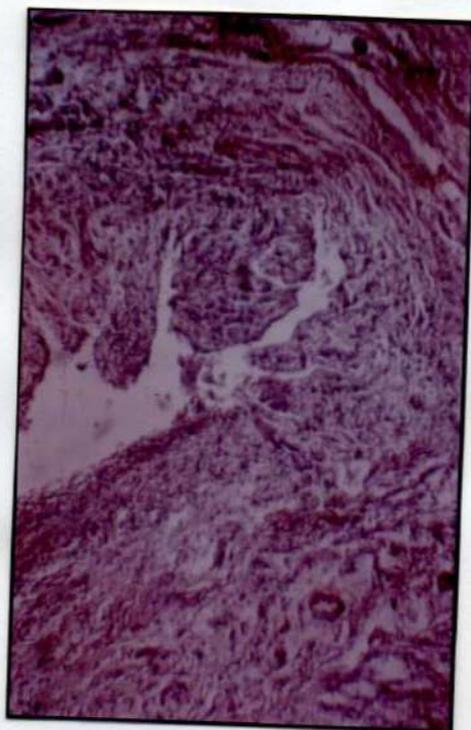
Fig. 81



b)- Una capa media con tejido de granulación difundi-
do en toda su extensión con algunos vasos congestionados.

c)- Una capa interna de epitelio poliestratificado,
que en las zonas cercanas al ápice (donde es más importante el
tejido de granulación) se encuentra hiperplasiado. Fig. 81-82.

Fig. 82



Mientras que en las zonas más distantes está estruc-
turado por dos o tres hileras de células.

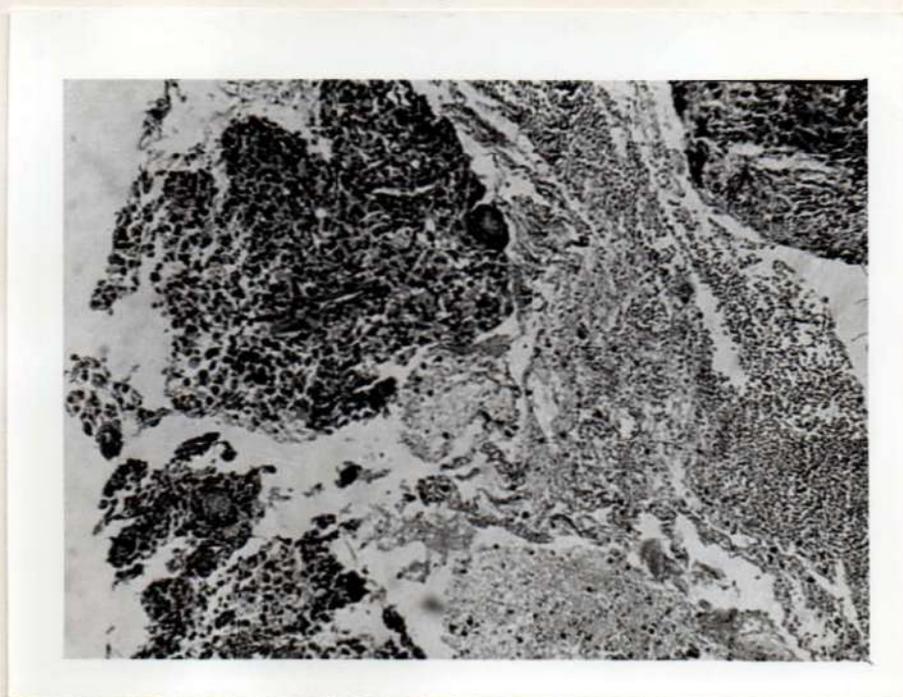
El epitelio se encuentra infiltrado por células in-
flamatorias y el contenido quístico está compuesto por fibri-
na, polimorfonucleares y algunos piocitos; lo que nos indica

Fig. 83



que se trata de un quiste infectado. Fig. 81 a 84.

Fig. 84



DIAGNOSTICO: Quiste paradentario.

CASO N° 15

PACIENTE: D. O., 71 años de edad, sexo masculino; sólo se manifiesta la existencia del proceso, (nos relata el paciente), cuando notó una edematización a la altura del surco nasogenia

Fig. 85



no. A la inspección aparece fluctuante. El incisivo lateral está móvil. En el lado opuesto falta el canino.

DIAGNOSTICO CLINICO: proceso quístico.

Las radiografías nos muestran, Fig. 85, al incisivo lateral con un amplio proceso de reabsorción en su raíz producido por un gran quiste paradentario que parcialmente podemos apreciar en la Fig. 85. En la Fig. 86 verificamos un quiste

dentígero del canino del lado izquierdo.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: No hay dudas por las tomas obtenidas que se trata de proceso quístico paradentario. Fig. 85; y de un quiste dentígero asentado en un canino retenido en la Fig. 86.

Fig. 86



El caso fué cedido por la Dra. Lidia Operto de Martín e intervenido por el Dr. Ricardo C. Meyer.

La intervención fué realizada a colgajo con extirpación radical del proceso en ambos lados.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Por las secuencias radiográficas y por las comprobaciones clínicas que hemos recogido, no podemos dudar en el diagnóstico de cada uno de estos procesos. La raíz reabsorbida del lateral en la toma de la Fig. 85, envuelta en un

amplio proceso radiolúcido, nos permite hacer la confrontación y la diferenciación con respecto al proceso asentado en el canino, retenido en la Fig. 87, que se trata de un quiste dentígero (pues envuelve "a la corona del diente".

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Observamos ambos elementos con sus cápsulas quísticas, Fig. 87.

Escogemos para el estudio solamente el quiste paradentario: (a), se presenta ^{la cápsula} granulosa al tacto, y semidura. Su color es rojo vinoso con puntos amarillos y otros sangrantes.

Fig. 87



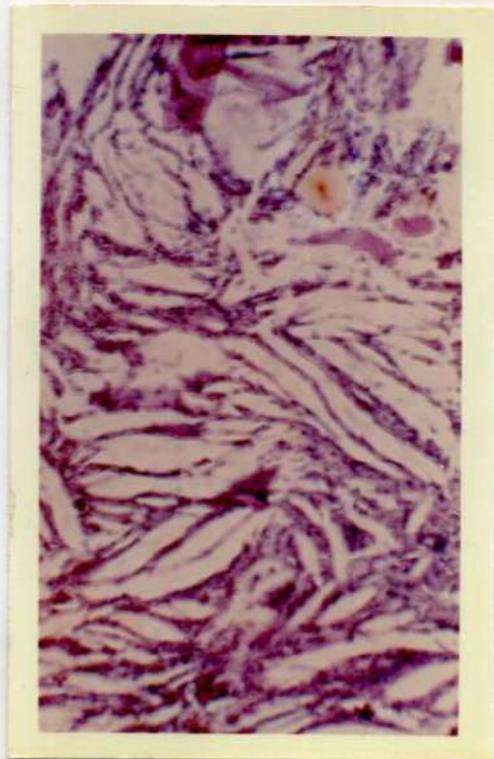
MICROSCOPICO

El preparado histopatológico ha mostrado tratarse de una cápsula conjuntivo-fibrosa donde podemos apreciar la presencia de un infiltrado crónico en todo el espesor de la misma. Fig. 88 a 91.

Fig. 88



La presencia de hemorragia intersticial de antigua data, como
Fig. 89



así también la observación de los espacios dejados por los cris
tales de colesterina. Fig. 89 - 90.

Fig. 90



Fig. 91



El epitelio, dado que se trata de un quiste muy lobulado se aprecia sólo en algunos sectores y en forma bastante precaria, pero sin signos de hiperplasia e hipertrofia. Fig. 91.

DIAGNOSTICO: Quiste paradentario.

CASO N° 16

PACIENTE: A. de C., 38 años de edad, sexo femenino.

Nos consulta porque presenta en una zona desdentada (desde hace $2\frac{1}{2}$ años)(del maxilar superior, región anterior) un abultamiento doloroso. A la palpación es renitente, y crepitante en partes; al hacer presión bidigital, sentimos la sensación del líquido que fluctua dentro. Sentimos así mismo la falta de tejido óseo en el lado vestibular y el palatino.

Fig. 92



DIAGNOSTICO CLINICO: proceso quístico residual.

La radiografía periapical que obtuvimos, nos permite observar al proceso quístico, en la zona mencionada, de gran tamaño.

En el lado distal podemos seguir a la cortical que se pierde

insensiblemente hacia la zona apical y mesial. Fig 92.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Podría tratarse de un quiste residual infectado.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Puede tratarse de un quiste paradentario residual: porque hay rastros de cortical, rodeando un área radiolúcida marcada.

No podemos vincular al proceso con un quiste del agujero o del conducto nasopalatino, o de formación anatómica normales, pues podemos seguir perfectamente las corticales del conducto, a la derecha de la formación radiolúcida que nos ocupa. Notamos al agujero de caracteres normales.

La evolución, las características no infiltrantes, los signos clínicos de la zona, no configuran ninguna sintomatología, ni imagen que nos pueda hacer sospechar sea un tumor.

Las características del contenido quístico; la secuencia radiográfica más o menos nítida del contorno y la facilidad con que desprendemos de las paredes óseas a la cápsula, nos hacen descartar la posibilidad de que se trate de un quiste epidermoide.

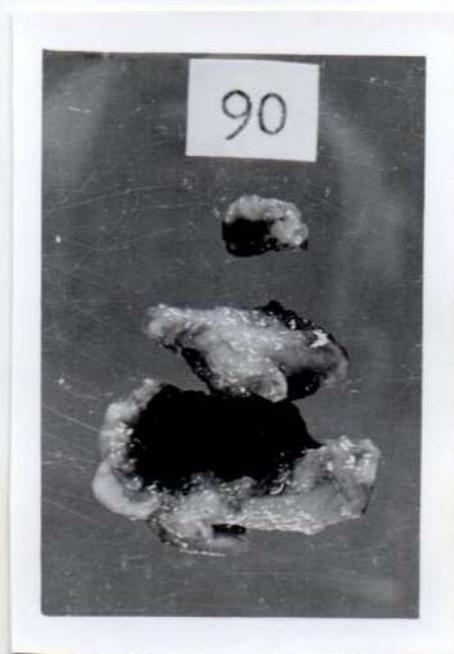
La intervención la realizamos con anestesia local infiltrativa. La extirpación fué radical y el cierre por primera. La medicación usual nos permitió obtener un post-operatorio benigno.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Observamos en la Fig 93, claramente el aspecto de la cápsula del proceso. Apareciendo lisa y al tacto no presenta durezas sospechosas.

Fig. 93



MICROSCOPICO

El preparado histopatológico nos demuestra en su estudio, que se trata de un quiste paradentario residual, del cual sólo observamos en la preparación una cápsula conjuntivo-fibrosa con un abundante tejido de granulación. Fig. 94.

Fig. 94



Fig. 95



Fig. 96



DIAGNOSTICO: Quiste paradentario residual.

CASO N° 17

PACIENTE: D. A. E., 20 años de edad, de sexo masculino; acude a nuestro servicio por tener dolores referidos a la zona superior derecha, a la altura de los molares y premolares. Nos relata el paciente, que datan de 2 a 2½ años. A la palpación, especialmente ^{a la altura} del segundo molar por vestibular, que aparece tumefacta, da la sensación de fluctuación.

DIAGNOSTICO CLINICO: Restos dentarios con procesos quísticos.

Fig. 97



La radiografía periapical nos revela a los mencionados elementos en forma de restos reabsorbidos en su porción apical, la cual está en relación con procesos, de radiolucidéz marcada. La cortical que los delimita, muy manifiesta en el segundo molar, limita con el seno maxilar pero sin interesarlo. Fig. 98 a 106.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Quiste paradentario en el segundo

lar y granulomas en los restantes.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: En el segundo podemos apreciar una cortical que limita al proceso y que se confunde en partes con el piso del seno, mientras que en los otros no se manifiesta.

La intervención fué realizada por la vía vestibular por alveolectomía externa, con extirpación radical del proceso y cierre por primera. Figs. 98 a 106.

Fig. 98
Incisión

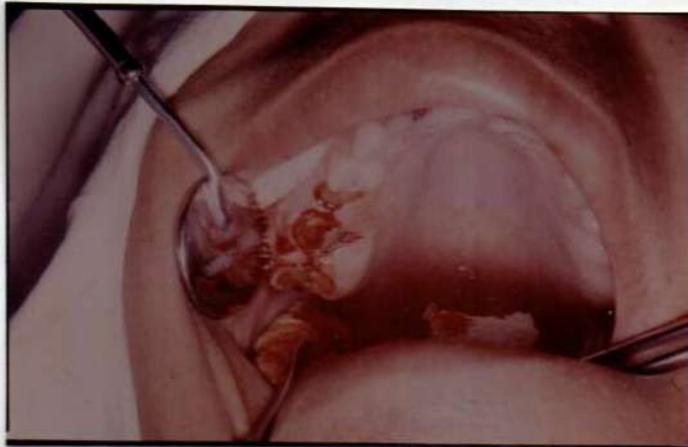


Fig. 99
Decolado



Fig. 100
Osteotomía

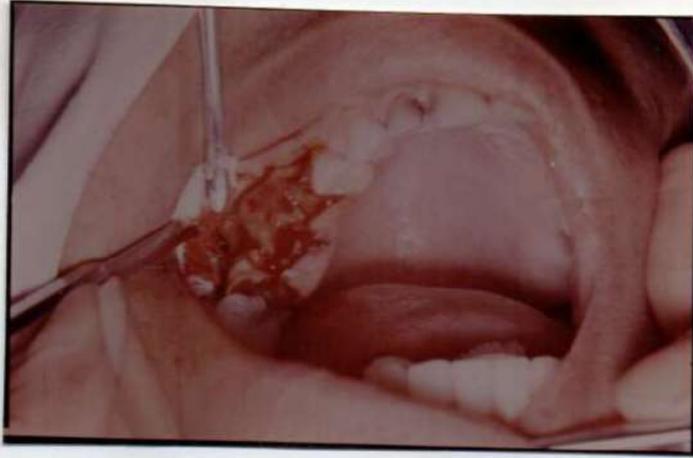


Fig. 101



Fig. 102
Extracciones realizadas

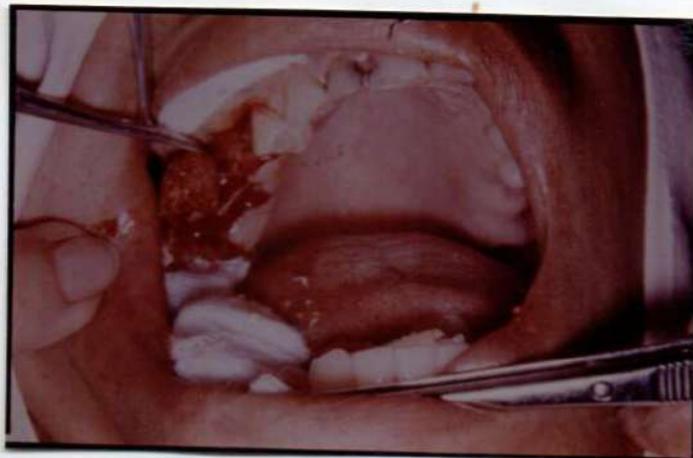


Fig. 103
Eliminación de los procesos

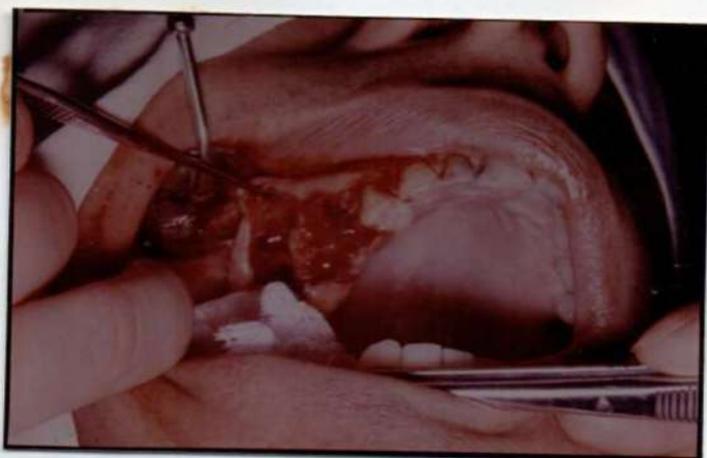


Fig. 104

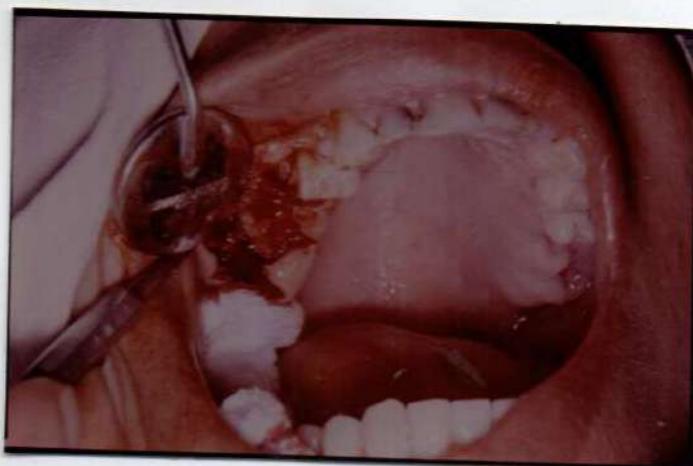


Fig. 105
Toilette

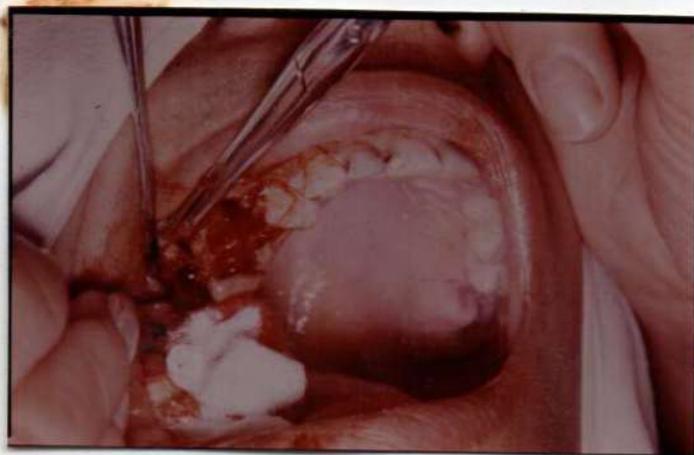


Fig. 106
Sutura



EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Observamos las piezas dentarias con las bolsas quísticas adheridas a ellas, Fig. 107 (a), en parte, y en una inmediata podemos observar a restos de las cápsulas (que aparecen aislados), (b).

Fig. 107



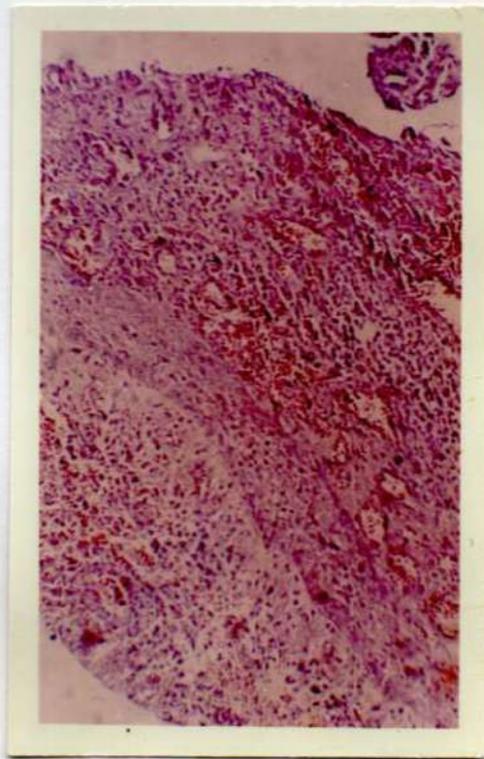
MICROSCOPICO

Predomina en el cuadro de la lesión, casi en su totalidad un a bundante tejido de granulación. El mismo está estructurado prin cipalmente por "linfocitos" y "plasmocitos" en el seno de un te jido fibroso de sostén con vasos de neoformación y hemorragia intersticial. Fig. 108.

El epitelio que mira hacia la luz del proceso se pre-
senta discontinuo, infiltrado e hiperplasiado. Fig. 108 - 109.

La luz es sumamente escasa.

Fig. 108



Además no podemos apreciar una cubierta fibrosa bién constituí-
da. Figs. 108 - 109.

Fig. 109



DIAGNOSTICO: Granuloma compuesto.

CASO N° 18

PACIENTE: J. F. R., 19 años de edad, sexo masculino; caso remitido por la Dra. Deysi Quiroga de Cossani. Nos relata el paciente que sufre de fuertes dolores en la zona de incisivos superiores. Hace 5 o 6 años tuvo un proceso en la zona palatina a nivel de los incisivos central y lateral: a la inspección clínica observamos la franca movilidad de dichos elementos que / prácticamente carecen de soporte óseo. Interrogado el paciente al respecto relata que tuvo un golpe en la zona aproximadamente 8 a 10 años. No hay respuesta al calor, frío, electricidad ni fresado. La encía marginal se halla reabsorbida prácticamente hasta la unión del tercio medio con el apical y sumamente inflamada. Hay caries apreciables en la fosa del cíngulum del lateral. A la palpación notamos la prominencia citada con anterioridad, renitente. Obtenemos sensación de embaldosado flojo.

DIAGNOSTICO CLINICO: Quiste.

El exámen radiográfico nos permite observar una zona radiolúcida a la altura de los ápices con reabsorción de los mismos. Los grados de radiolucidéz del proceso son variables en las distintas zonas posiblemente dados por los distintos tenores de destrucción o reabsorción ósea (Figs. 110 - 111) o por superposición de planos.

No podemos apreciar en las tomas que tenemos a nuestro alcance una cortical radiopaca nítida en los distintos sectores.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Quiste.

Fig. 110



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: No podemos confundir el proceso con un quiste del agujero o conducto nasopalatino, pues podemos, (en las distintas tomas roentgenográficas), ubicar el agujero sin ninguna manifestación anormal. Aparece el proceso en los ápices de los elementos dentarios.

Dadas las características clínicas de fluctuación y crepitación, las radiológicas de ser un proceso notablemente radiolúcido y circunscripto, descartan la posibilidad de que sea un granuloma.

Fig. 111



Fig. 112



La intervención fue realizada a colgajo, por el método radical y el cierre por primera, la medicación de rutina colaboró a tener un post-operatorio bueno. Figs. 112 a 117.

Fig. 113



Fig. 114



Fig. 115

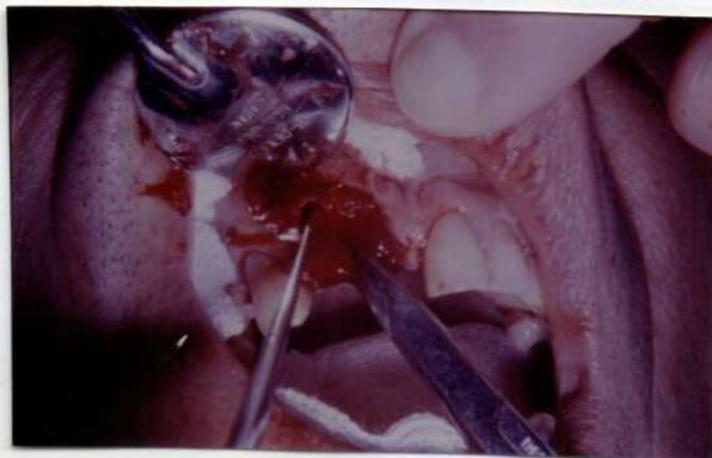


Fig. 116



Fig. 117



EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Observamos a las piezas dentarias extraídas, con el proceso quístico colapsado, color rojo, colocado exprofeso en la zona correspondiente a pesar de no haber sido enucleado con los elementos.

El motivo es para apreciar el gran tamaño del proceso, el cual

Fig. 118



radiográficamente no aparecía de tal magnitud. Fig. 118. Su aspecto no es liso.

MICROSCOPICO

El preparado histopatológico nos demuestra que se trata de un

Fig. 119

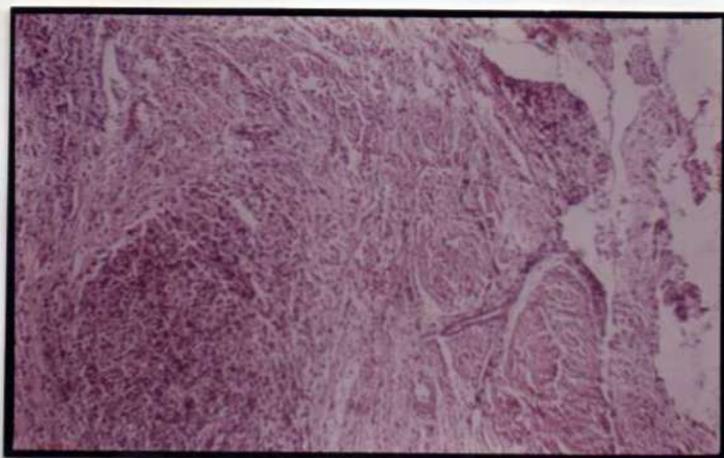
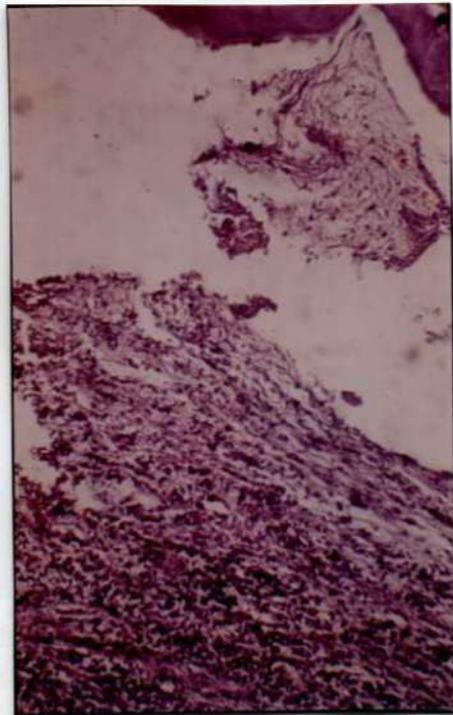


Fig. 120

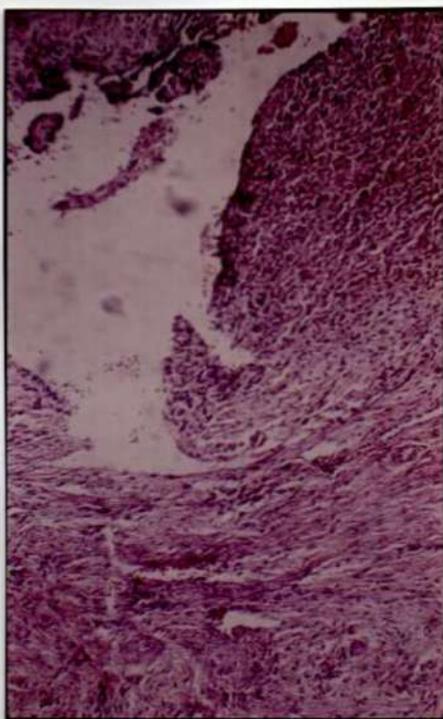


Fig. 121



proceso atrófico y degenerativo de la pulpa. La parte blanda co

Fig. 122



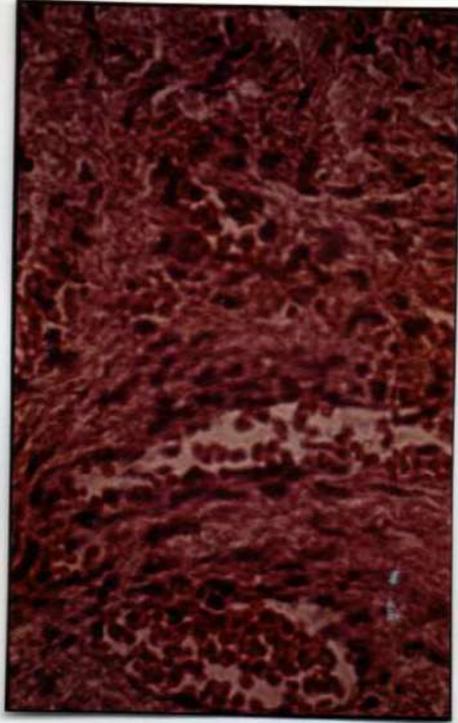
respondiente al tejido apical extraído, se tratará de una cápsula quística compuesta por:

- a)- Una gruesa cápsula fibrosa en su porción externa, donde se aprecia también,
- b)- fenómenos degenerativos y
- c)- un abundante tejido de granulación.

No apreciamos epitelio bien constituido. Figs. 122, 123, 124 y 125.

Observamos a mayor aumento el infiltrado del proceso. Figs. 119 a 123.

Fig. 123



DIAGNOSTICO: Quiste paradentario.

CASO N° 19

PACIENTE: F. A., 70 años, sexo masculino. Nos consulta porque le llama la atención una prominencia muy manifiesta. Abarca desde el incisivo lateral derecho hasta el 2° molar del mismo lado, Fig. 124. La tumefacción incluye bóveda palatina hasta línea media, reborde alveolar, para formar una protuberancia apreciable en la zona y fondo de surco que borra el surco nasogeniano.

Hace 1½ año se le extrajeron todos los elementos dentarios con fines protésicos.

Fig. 124



Nos relata que tuvo supuración en una oportunidad hace un año. Al continuar con el exámen clínico comprobamos que a la palpación hay dolor en la zona citada. Notamos la presencia de un resto dentario (ápice dejado por otro profesional en intentos

quirúrgicos previos) a la altura del 2° pre-molar superior.

Hay fluctuación manifiesta y en zonas crepitación a-
pergaminada.

DIAGNOSTICO CLINICO: Quiste.

La radiografía nos confirma tal hecho. Figs. 125, 126.

Fig. 125



DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Quiste paradentario.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: El resto radicular en la zona del pro-
ceso en relación con la radiolucidez circunscripta que lo caracteriza, nos hacen pensar que se trata de un quiste paradentario.

El resto en relación con el quiste, la fluctuación del
proceso que denota un contenido líquido, la consistencia del misis

mo al realizar la evacuación (cetrino, líquido, con gránulos de pus), la característica circumscripta de la imagen radiográfica, la facilidad de desprenderlo del hueso, en las maniobras quirúrgicas, nos hacen descartar la idea de que se trate de un quiste epidermoide.

Por las secuencias roentgenológicas, clínicas y la evolución local y repercusión general del proceso, descartamos la posibilidad de estar frente a un tumor benigno o maligno.

No da lugar a que pensemos que se trate de un absceso tanto las características clínicas, radiológicas y evolución.

Fig. 126



No hay compromiso sinusal.

La intervención fué realizada con anestesia regional al nervio maxilar superior por vía del conducto palatino posterior. Técnica de Carrea (Hoffer- Carrea) y complementaria.

La extirpación radical, el cierre por primera y la

medicación en base a antibióticos, hielo, sedante, colutorios, corticoides y vitamino-terapia nos permitió tener un post-operatorio y recuperación normales. Figs. 127 a 133.

Fig. 127
Incisión



Fig. 128
Decolado

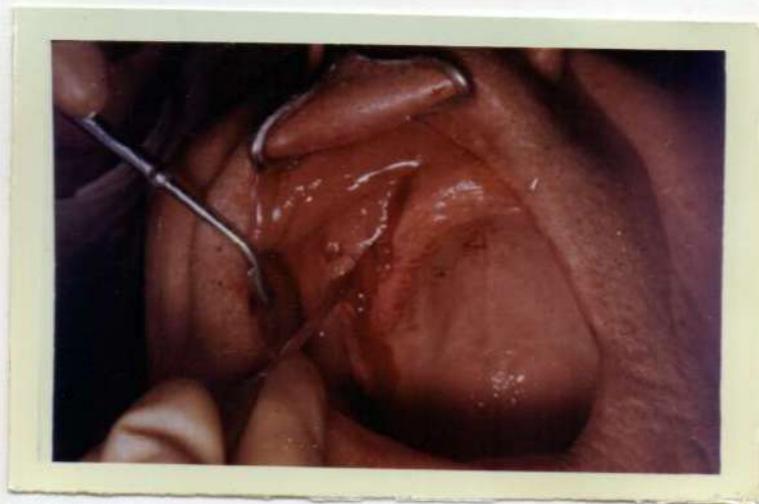


Fig. 129
Osteotomía

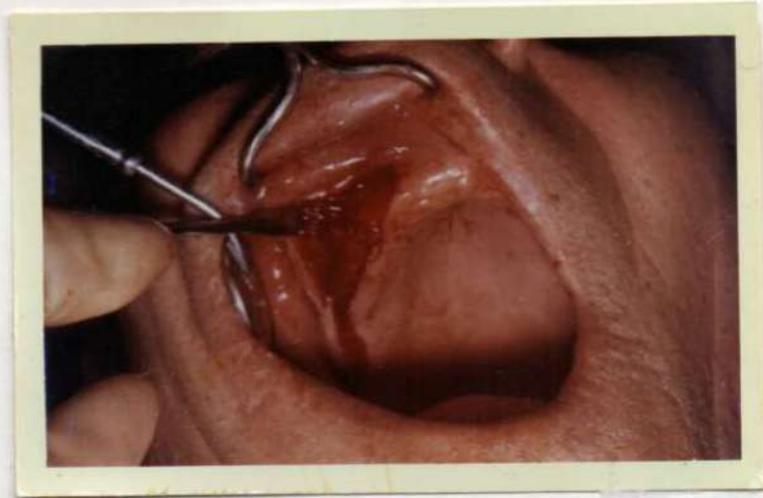


Fig. 130
Extracción del resto radicular

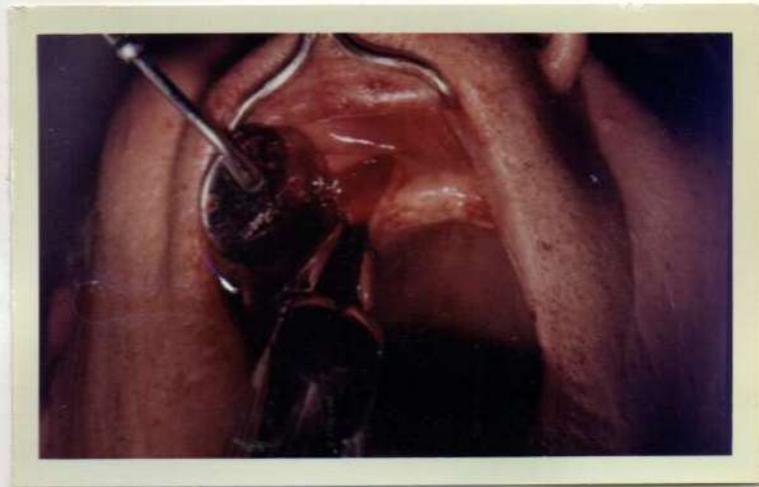


Fig. 131
Enucleación del quiste

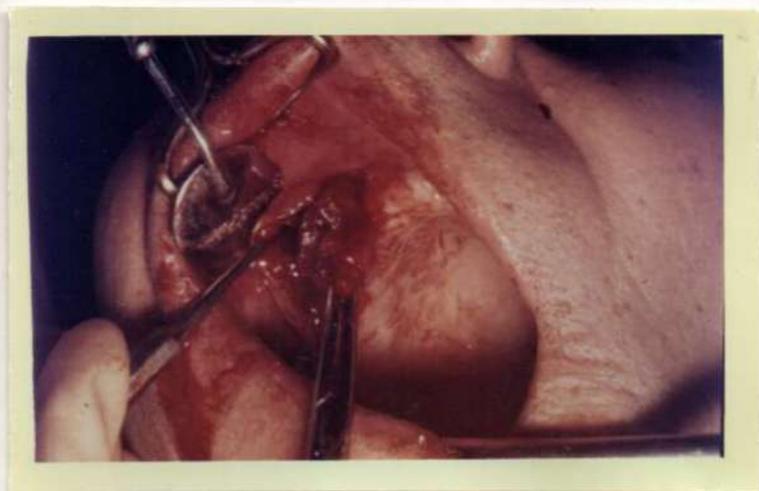


Fig. 132
Toilette

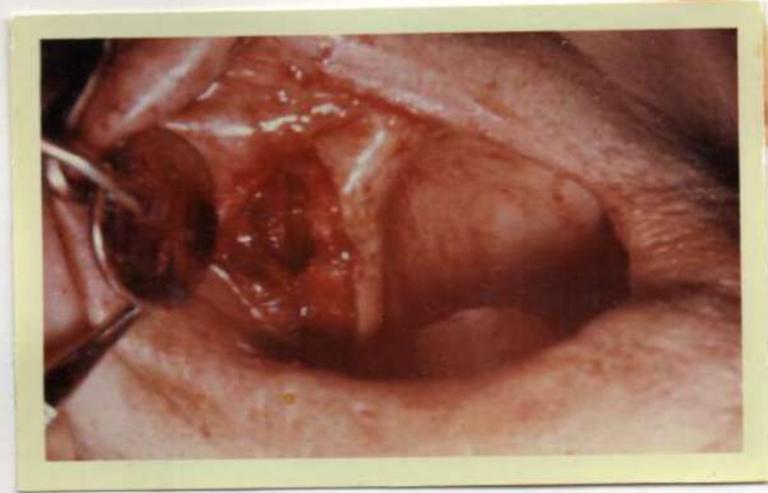


Fig. 133
Sutura



Fig. 134
Post-operatorio: a la semana.



Fig. 135



Radiografía de control, realizada a los 7 meses. Podemos comprobar que la reestructuración ósea se va haciendo normalmente.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Fig. 136



Apreciamos la gran masa blanda, color liláceo, que compone la

bolsa quística, que prácticamente pudimos eliminar en una sola pieza; además observamos el ápice del premolar citado. Fig. 136.

MICROSCOPICO

El preparado histopatológico nos muestra que se trata de una cápsula quística que está compuesta de las siguientes tres capas:

- a)- Capa externa: "conjuntivo-fibrosa", apreciablemente gruesa, donde encontramos en forma difusa un infiltrado inflamatorio crónico y abundante

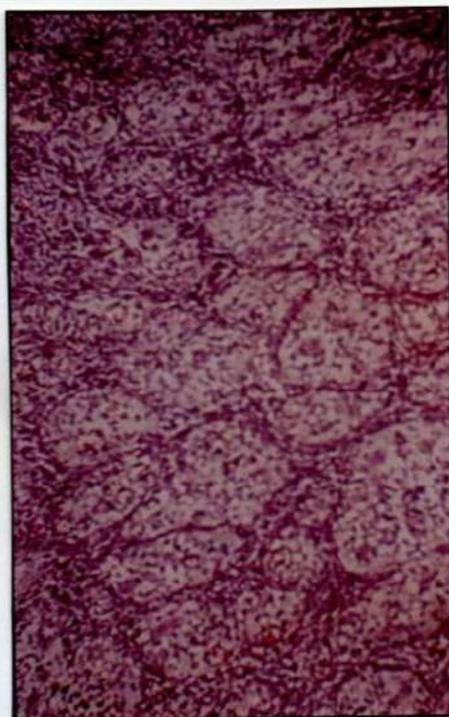
Fig. 137



hemorragia intersticial.

- b)- Capa media: está estructurada por un importante tejido de granulación con gran cantidad de neocapilares, los cuales se presentan congestionados

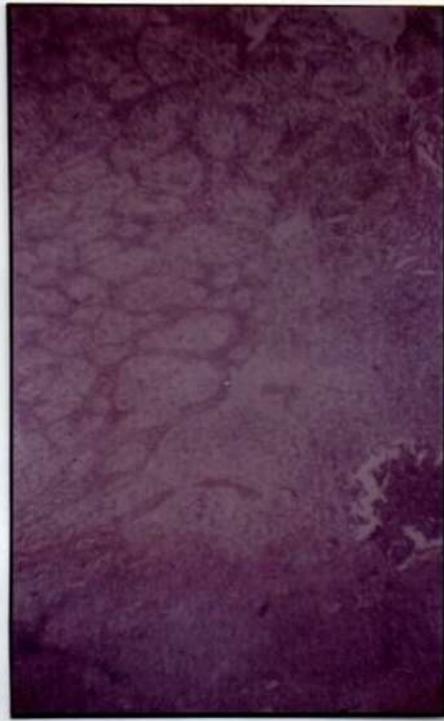
Fig. 138



y en vecindades de la capa externa comienza a observarse los espacios que pertenecieron a los cristales de colessterina. El tejido de "granulación" es difuso es casi toda la extensión capsular, salvo en un pequeño sector donde es menos considerable, es más pobre.

- c)- Capa interna: constituída por un epitelio polies-

Fig. 139



tratificado presenta como dato sumamente intere-

Fig. 140

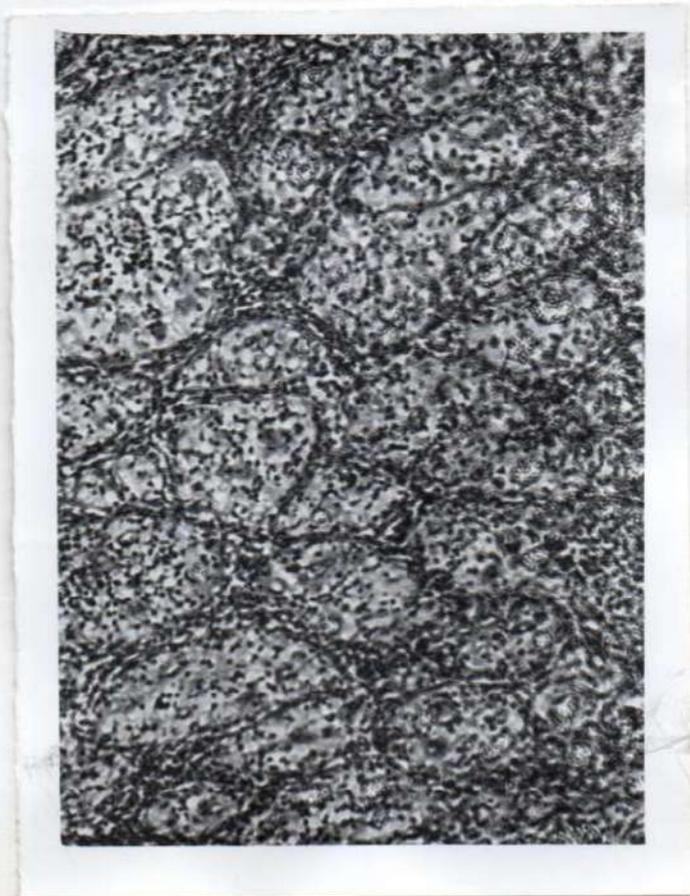


Fig. 141



Fig. 142

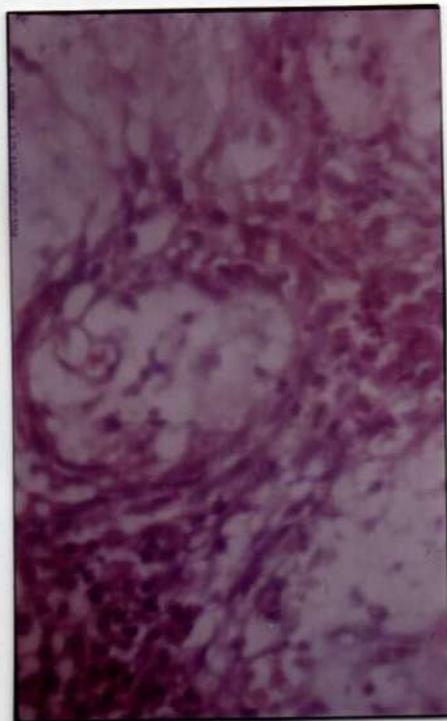


sante la "hiperplasia epitelial", que es considerada como la participación del epitelio en el proceso inflamatorio.

Fenómenos degenerativos hidrópicos en el epitelio; presencia de algunos polimorfonucleares infiltrando a ese tejido y, como detalle importante diga-

Fig. 143

A mayor aumento observamos:



mos que el "epitelio" se encuentra más hiperplasiado allí donde más tejido de granulación observamos.

Figuras 137 a 147.

Fig. 144

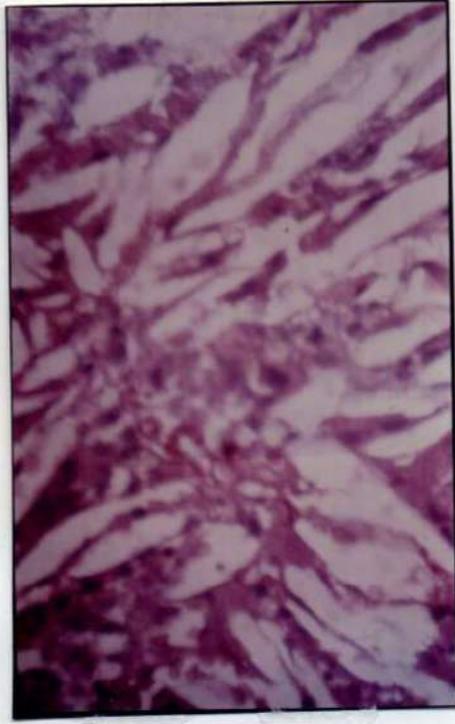


Fig. 145



Fig. 146



Fig. 147



DIAGNOSTICO: quiste paradentario.

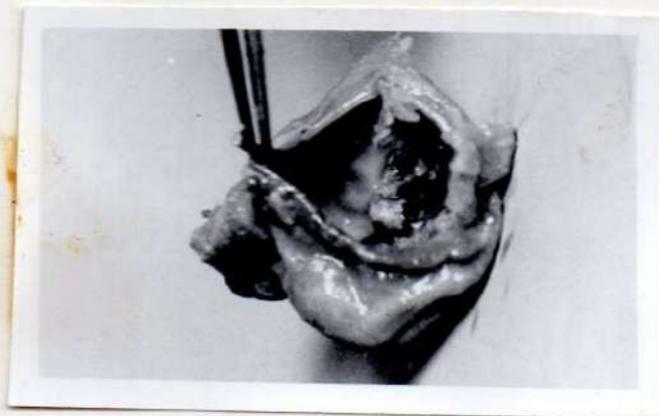
CASO N° 20

PACIENTE: L.D., 49 años de edad, sexo masculino.

Caso cedido por la Dra. Lidia Operto de Martín y operado por el Dr. Manuel Obregón.

Relata el paciente, que hace 2 años le hicieron una extracción de un elemento móvil en el maxilar superior. A los dos meses de realizada comenzó a sentir molestias en la zona. Comprobado clínicamente el síntoma de depresión (como lo señala (95)) y hecho el roentgenograma, se comprobó la existencia de un gran

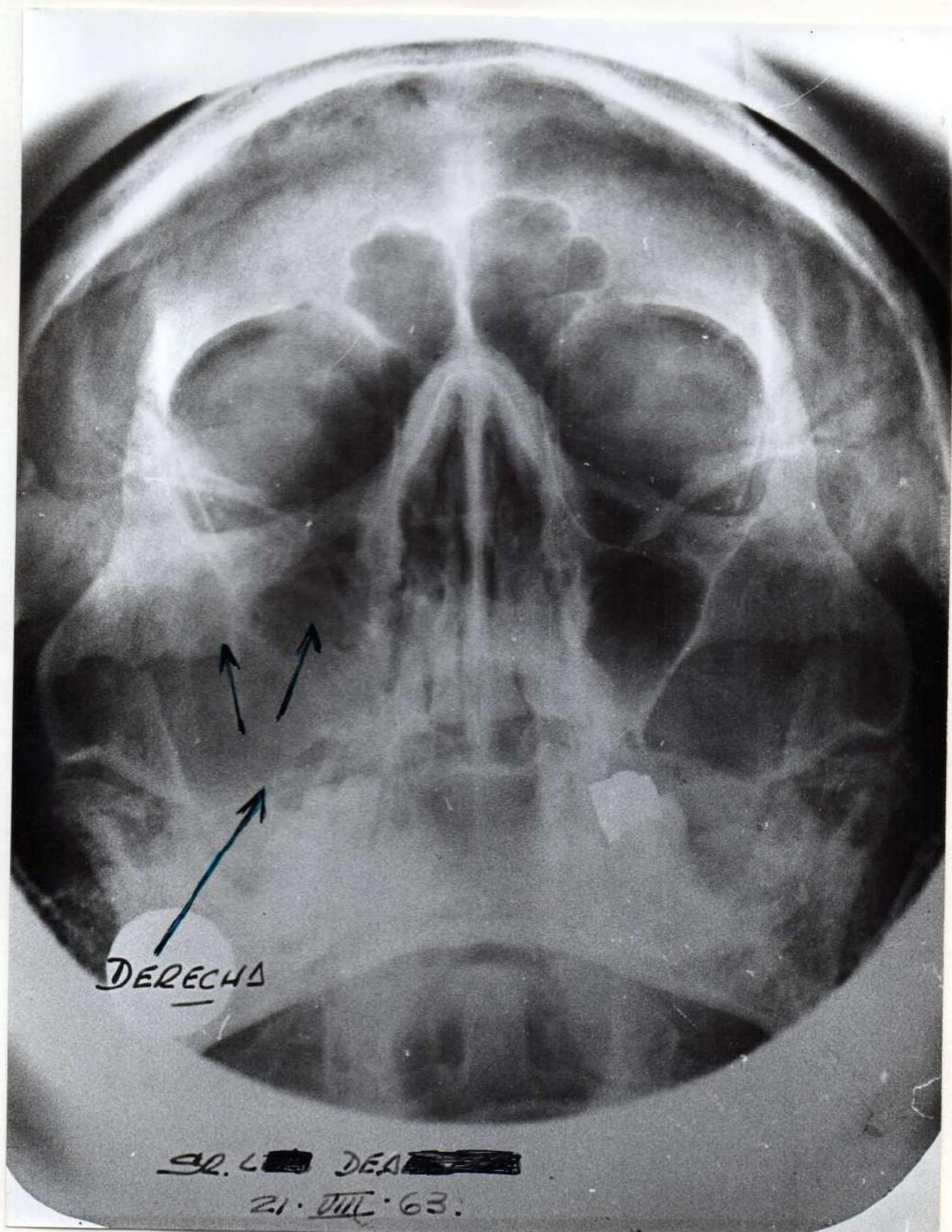
Fig. 148



quiste. El paciente puesto en conocimiento del hecho recién vuelve a los dos años.

DIAGNOSTICO CLINICO: Quiste paradentario residual.

Fig. 149



DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Fig. 149

Observamos en la toma extra-oral un quiste de gran tamaño que invade seno maxilar.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Seno maxilar: siguiendo la cortical del quiste de zona de premolares, podemos comprobar que invade el seno maxilar.

Notamos su forma circumscripta, bien delimitada, atravesado por líneas, que son líneas de fuerza del maxilar, o superposición de planos en la toma.

Los tumores son de crecimiento infiltrante y no darían una línea neta de limitación. En todo caso la punción exploradora nos sacaría de dudas.

Fig. 150



La intervención fué realizada por la técnica radical con cierre por primera con contra-apertura nasal.

La recuperación del paciente fué normal.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Observamos una bien conformada cápsula quística. No hay granulaciones ni durezas sospechosas al tacto. Su color es rojo vinoso. Figs. 148 - 150 - 151.

Fig. 151

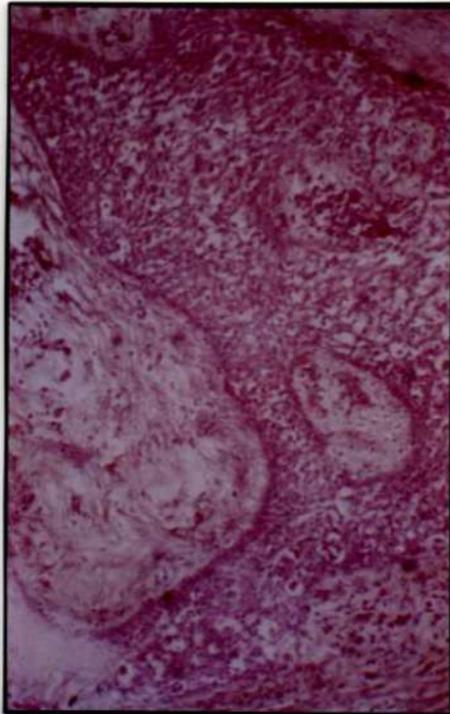


MICROSCOPICO

El preparado histopatológico nos muestra a la cápsula quística bien constituida con las clásicas tres capas.

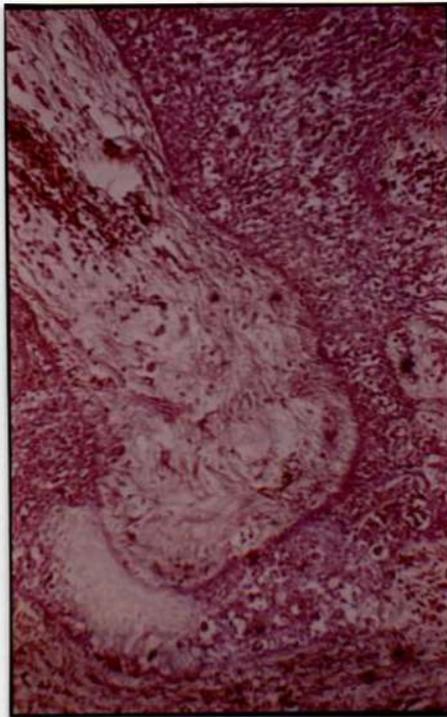
- a)- Observamos el "epitelio pavimentoso estratificado" interrumpido ligeramente en algunas zonas, y con

Fig. 152



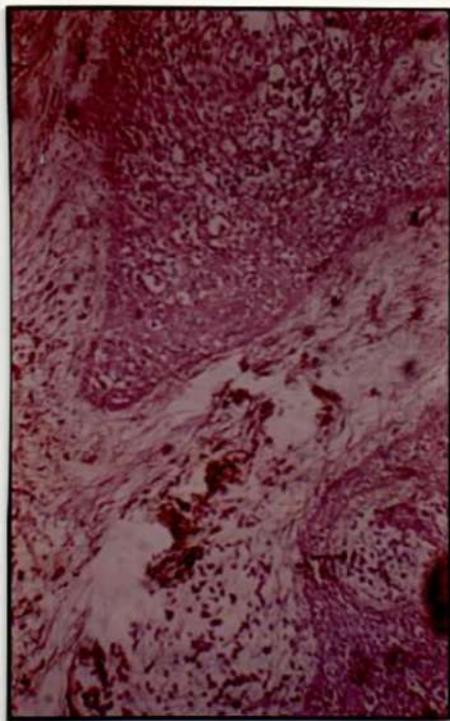
fenómenos degenerativos, en otras, con focos hemo

Fig. 153



rrágicos circunscriptos.

Fig. 154



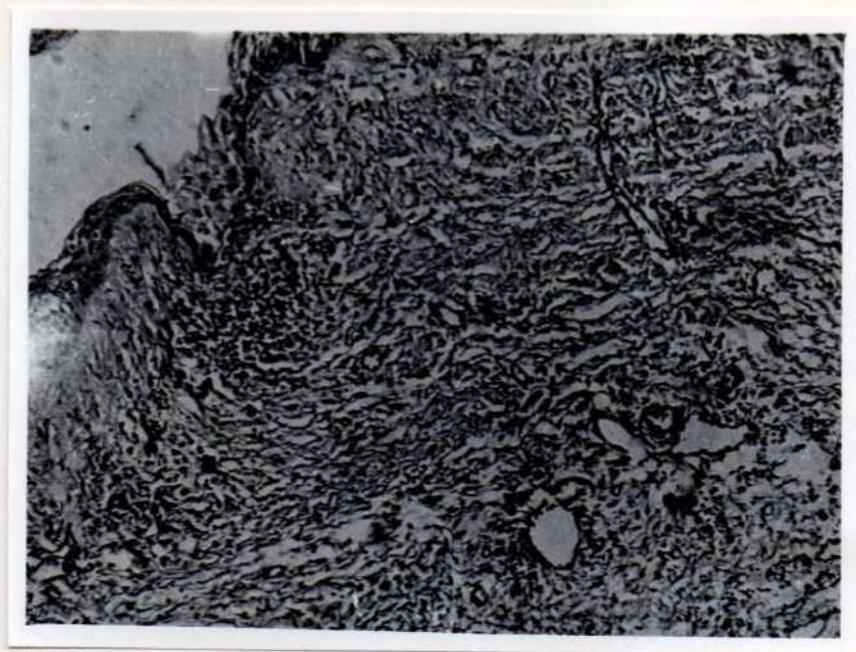
b)- Un "tejido conjuntivo" fibroso a manera de cápsula

Fig. 155



de espesor variable pero bastante tenáz. Fig.

Fig. 156



c)- Contenido "quístico", en otros sectores observamos

Fig. 157



dicho contenido representado por los espacios dejados por los cristales de colesterina. Figs. 152a 159.

Fig. 158



Espacios en forma de husos dejados por la colesterina.

Fig. 159



DIAGNOSTICO: Quiste paradentario.

CASO N° 21

PACIENTE: R. C. de G., 28 años de edad, sexo femenino; nos rela ta la paciente que desde hace 16 años tiene la dentadura con pol icaries. Al realizar el examen clínico observamos que en la arca da sólo quedan restos radiculares; la encía está hiperemiada

Fig. 160



y tumefacta. Desde hace 6 meses siente dolores agudos, especial- mente en el paladar, donde notó una prominencia del tamaño de una nuez, que va aumentando de volumen paulatinamente. La misma abarca desde la zona del incisivo central, decreciendo gradualmente de tamaño, hasta llegar a la región del tercer molar. Fig. 161.

La formación es de consistencia semidura, renitente y fluctuante, debido a la reabsorción del hueso en algunos secto- res.

Tuvo supuración en zona de caninos, hace dos años. El trayecto fistuloso actualmente está cerrado. Presenta ganglios submaxilares inflamados y dolorosos.

DIAGNOSTICO CLINICO: Las evidencias clínicas, que hemos recogido, y la anamnesis, nos hacen pensar que se trata de un proceso quístico de gran tamaño.

La radiografía, nos muestra, la presencia de los restos radiculares, con grandes procesos. No interesa el seno maxilar. Fig. 160.

A pesar de la claridad de la toma, podemos seguir el recorrido de una cortical.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Quiste paradentario de gran tamaño.

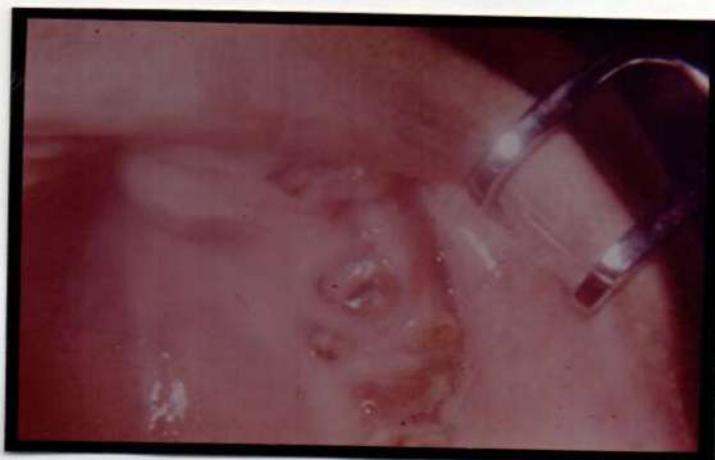
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: No podemos pensar que se trata de un quiste dentígero, porque en su interior no aparece ningún signo de formación coronaria, como debería ser. La formación quística parte de los ápices de dos restos radiculares.

Con el quiste epidermoide: La cortical bien manifiesta, la característica del líquido quístico, la edad de la paciente, la semiología y la facilidad al desprender la cápsula quística del hueso que la rodea, son factores que descartan la posibilidad de que fuera una de estas entidades.

Con un tumor: Las características clínicas, tiempo

de evolución, imagen radiológica y en último caso, la histopatología, descartan esa posibilidad.

Fig. 161



La intervención fué realizada bajo anestesia regional del nervio maxilar superior por la T. de Carrea. La extirpación fué realizada por la técnica radical como muestra las Figs. 162-163. Prescribimos la medicación de rutina con el agregado de corticoides, la recuperación fué normal.

Fig. 162

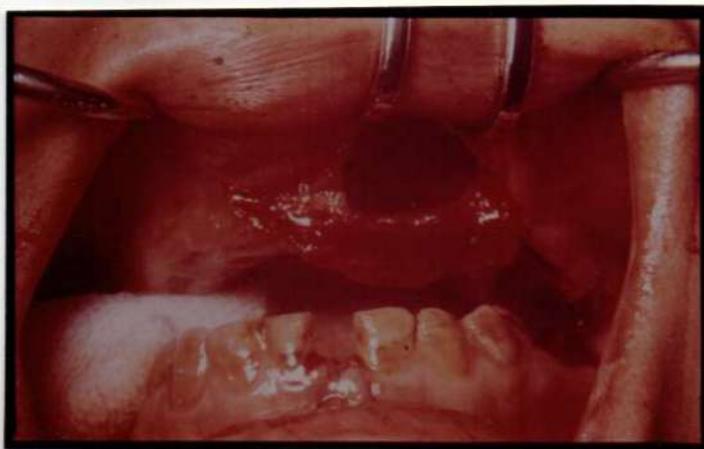


Fig. 163

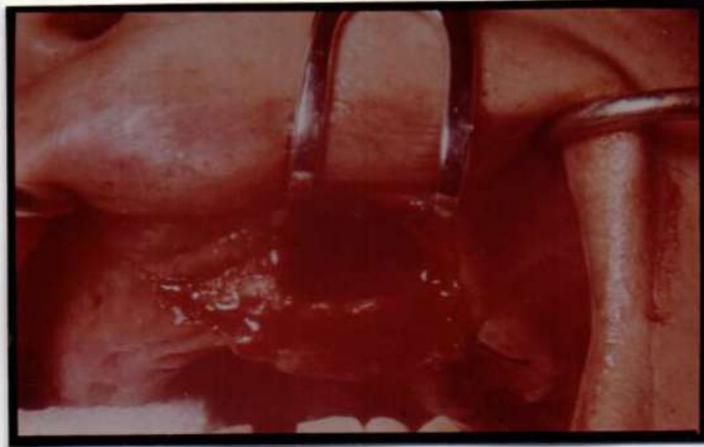
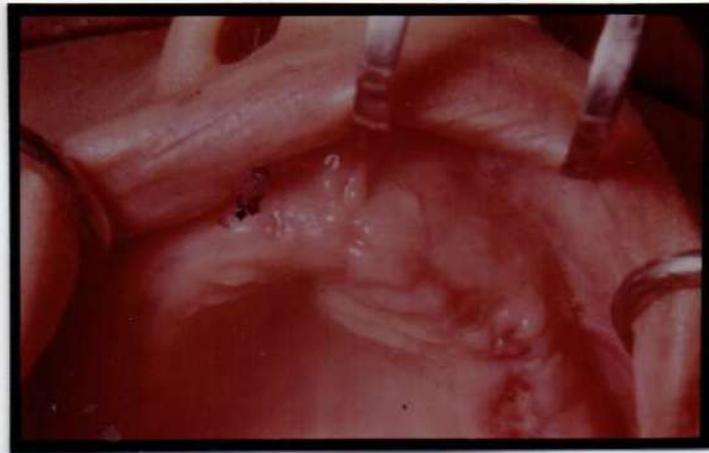


Fig. 164



EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Pudimos rescatar sólo las piezas que presentamos, Fig. 165, las que fueron suficientes para realizar nuestro estudio.

La cápsula aparecía disgregada, hecho que nos habla de

la vejez del proceso. La coloración variaba entre el rojo vino-
so y el amarillo pardo. Su aspecto rugoso nos da al tacto una
sensación de tejido granuloso.

Fig. 165



MICROSCOPICO

Observamos el contenido quístico, sangre y los espacios dejados

Fig. 166



por los cristales de colesterina. Figs. 166 a 169, cristales
Fig. 167



que han desaparecido por la acción de los disolventes empleados
Fig. 168

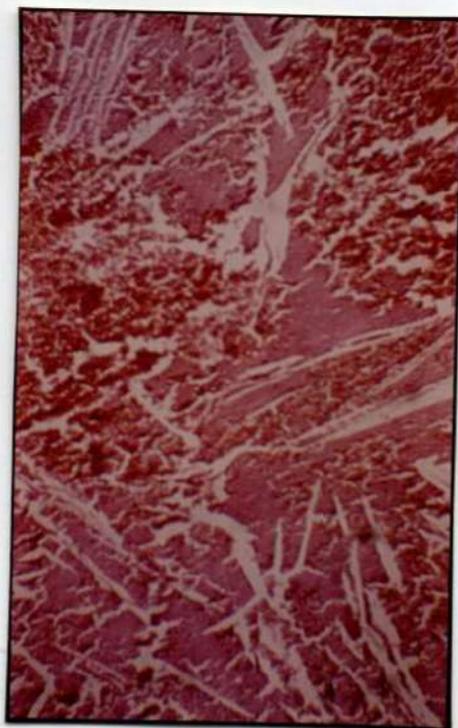
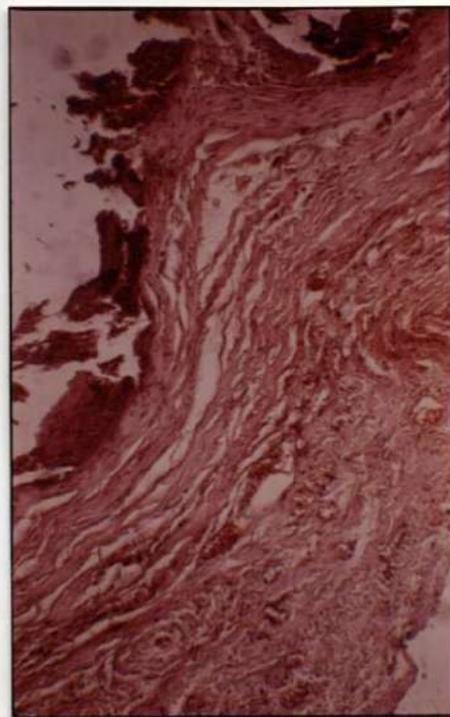


Fig. 169



Fig. 170



en la técnica histológica.

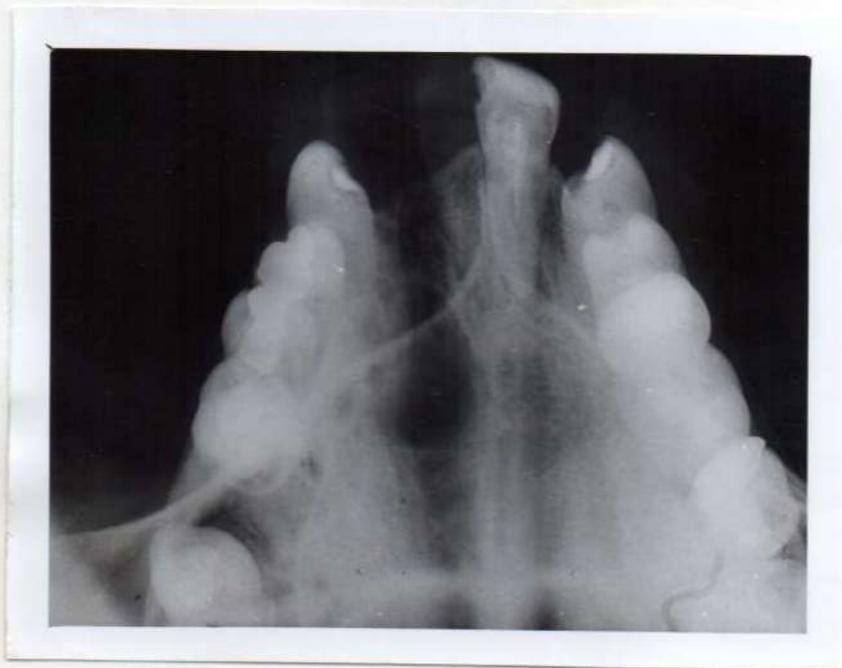
En la Fig. 170, podemos apreciar un resto de cápsula, con el epitelio prácticamente disgregado, que atribuimos a la vejez del proceso y a la presión que sobre él ejerce el contenido quístico.

DIAGNOSTICO: Quiste paradentario.

CASO N° 22

PACIENTE: H. T., 21 años de edad, sexo masculino. Nos relata que desde hace $2\frac{1}{2}$ años tiene dolores (a veces agudos), en la zona / del incisivo central superior izquierdo. El dolor en ocasiones es referido también al piso de fosas nasales. Al realizar el exámen clínico vemos: la ausencia del mencionado elemento, y en piso de fosas nasales la protuberancia de Gerber, característi-

Fig. 171



ca de estas manifestaciones zonales.

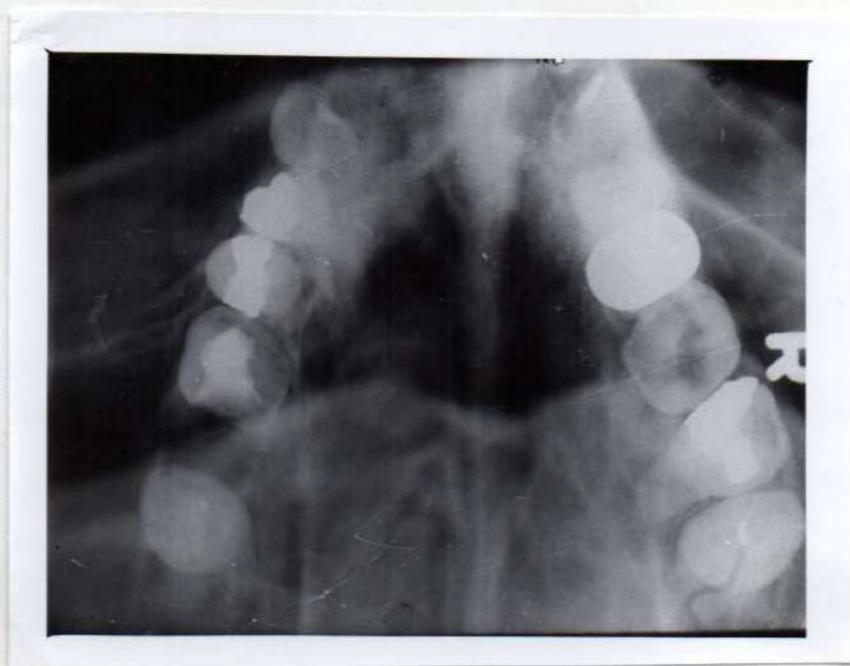
Al palparla acusa dolor agudo.

DIAGNOSTICO CLINICO: Quiste residual.

Las radiografías, nos muestran un proceso residual, de apreciable tamaño. Destruye el hueso del piso de fosas nasales, comprobado quirúrgicamente con falta de tejido óseo. Sólo verificamos persistencia de la membrana mucosa nasal en contacto con la pared quística.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Quiste residual. Figs. 171 - 172 - 173.

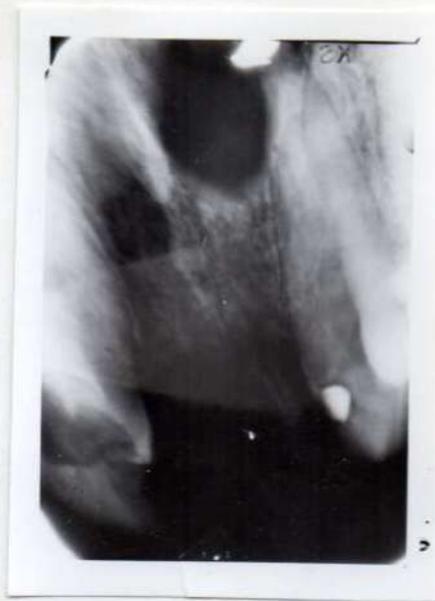
Fig. 172



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Quiste del agujero o del conducto nasopalatino: La altura de la formación, la angulación de la toma roentgenológica no permiten confundir a este quiste residual con un quiste nasopalatino.

La intervención fué realizada a colgajo, vestibular tipo Neumann,

Fig. 173

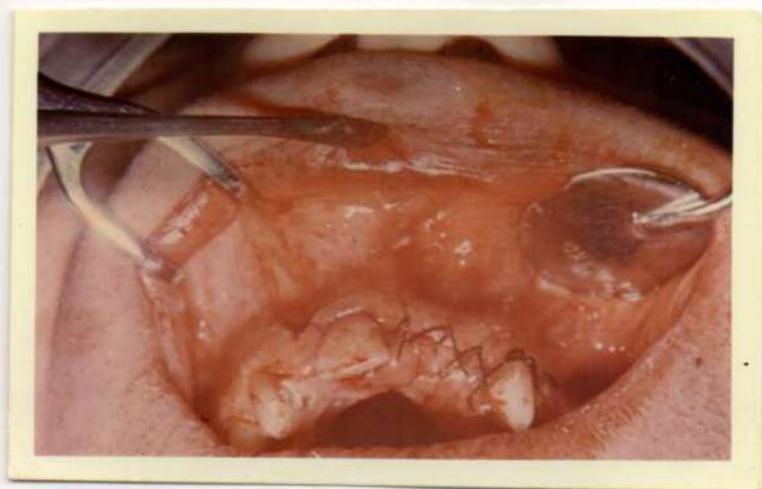


con anestesia regional al dentario anterior (T. de Rahaussen) y complementaria. La técnica radical y el cierre por primera, con la medicación usual nos dió un buen post-operatorio.

Fig. 174



Fig. 175



EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Fig. 176



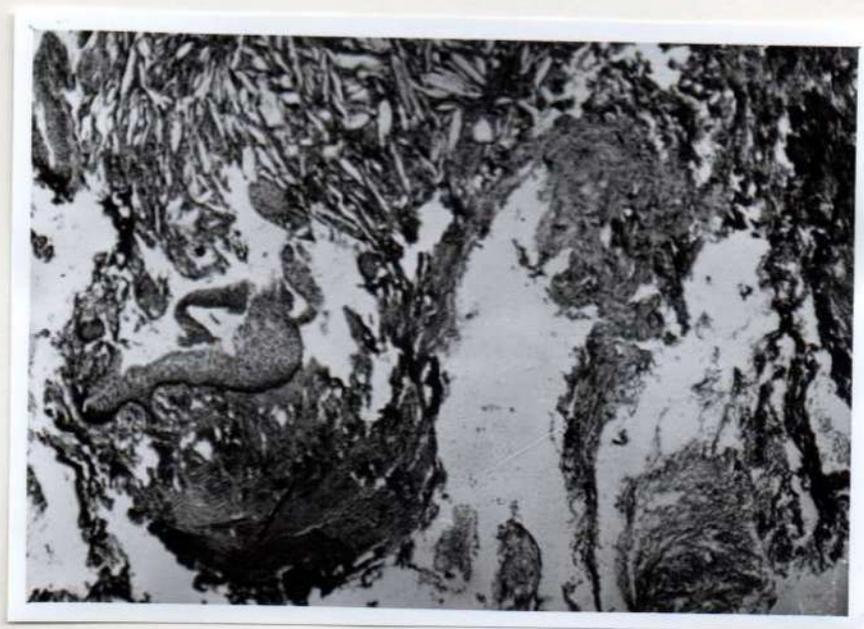
Fig. 177



Las fotografías de las Figs. 176 y 177, nos muestran una gran cápsula quística, desde dos tomas distintas. El aspecto es granulado, y su coloración varía desde el rojo y el rosado al amarillo blancuzco.

MICROSCOPICO

Fig. 178



Se observa una cápsula quística; además los espacios dejados por

Fig. 179

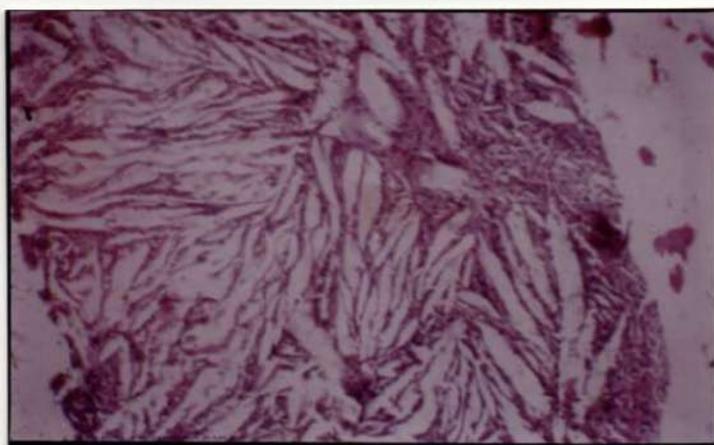
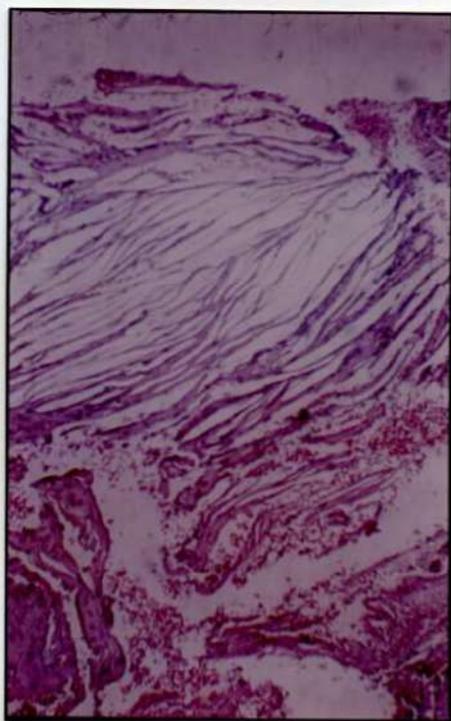


Fig. 180

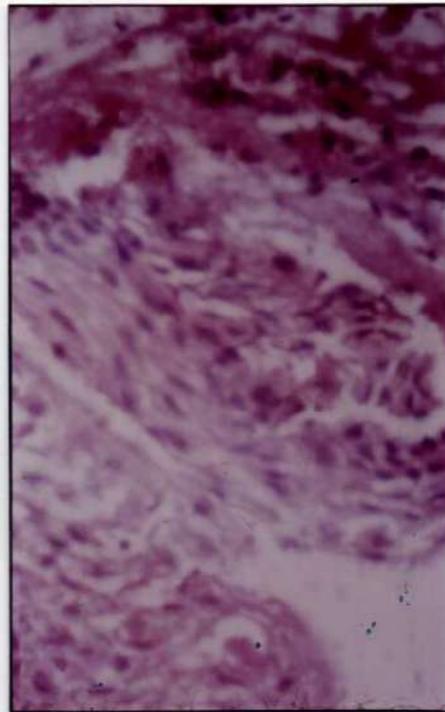


Fig. 181



los cristales de colesterina quienes han desaparecido por la acción de los disolventes empleados por la técnica. En 182 aprecia

Fig. 182



mos tejido de granulación y exudado hemorrágico.

DIAGNOSTICO: Quiste paradentario.

CASO N° 23

PACIENTE: L. P., 8 años de edad, sexo femenino. Presenta una prominencia dolorosa al tacto, en la zona de molares inferiores. El tamaño es de aproximadamente una mandarina, que desfigura el / surco vestibular, dando asimetría facial. No hay ganglios. Al hacer el exámen bucal vemos que el primer molar permanente tiene algo de movilidad, no tiene caries. El segundo molar primario presenta caries que ha destruído toda su porción oclusal.

Fig. 183



La paciente nos relata que está en esas condiciones desde hace un año. Tuvo evacuación de pus en una oportunidad a la altura del molar primario, hace 6 meses. Actualmente el trayecto está cerrado. Hay crepitación.

DIAGNOSTICO CLINICO: quiste.

Las radiografías nos descubren un amplio proceso que, partiendo del 2º molar primario y tomando al primer molar permanente, al que reabsorbe sus raíces; llega hasta la zona del germen del 2º molar desplazándolo pero sin interesarlo. Fig. 183.

El molar primario presenta una amplia caries. En las raíces del nombrado y del primer molar permanente se ha asentado un importante proceso de rizoclasia.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Quiste paradentario.

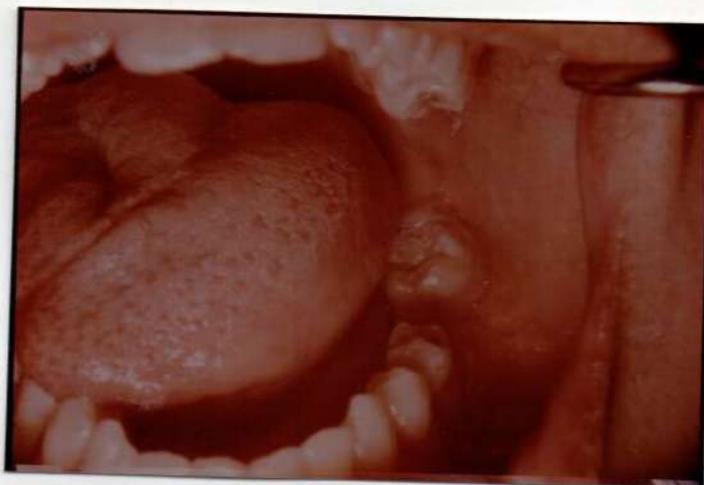
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Podríamos pensar que se trata de un quiste dentígero, al hacer el exámen clínico, por la edad de la paciente. Pero al observar la imagen roentgenológica del ca_{SO}, vemos el germen de los premolares y del 2º molar permanente que son rechazados pero no involucrados en el proceso. Esta situación nos permite descartar esta posibilidad, que tiene como condición "si ne qua non" la permanencia de la corona de un elemento en erupción en el interior del quiste. Los elementos que fueron rechazados por el quiste en su crecimiento, aparecen en la arcada normalmente luego de la intervención, como podemos apreciar en la Fig. 184.

Por las características clínicas podríamos haber pensado que se trataba de un quiste epidermoide. Pero la presencia de la caries en el 2º molar primario, que no respondía a las

pruebas de vitalidad, y ausencia de vitalidad pulpar en el 1º molar permanente, el que presentaba un grado avanzado de movilidad y la característica circunscripta, una cortical definida descartan la posibilidad, que se trate de un quiste epidermoide.

Las características clínicas, radiográficas y la evolución del caso hacen descartar esta posibilidad de que se trate de un tumor.

Fig. 184



La intervención fué realizada bajo anestesia general con intubación. La extirpación fué radical (por la posibilidad de los adamantinomas murales (74) (94)), con cierre por segunda dada la magnitud del proceso. Colocamos gasa iodoformada. La recuperación fué total como podemos observar en la Fig. 184.

Fig. 185



EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Fig.186



Podemos apreciar los restos de la cápsula quística que extirpamos, bastantes disgregados, Fig. 186. Su coloración variaba entre el rojo vinoso y el rosa.

Fig. 187



MICROSCOPICO

Se trata de una cápsula quística fibrosa muy gruesa, constituída por un tejido conjuntivo fibrilar que ocupa todo el espacio de la masa, Fig. 190, y que se encuentra hialinizado en algunos sitios, lo que nos habla de un largo tiempo de evolución del proceso; y

Fig. 188



a manera de manto está cubierto en toda su extensión por un in
Fig. 189



filtrado inflamatorio crónico donde se observan varios corpúscu-
los de Rüssel. Fig. 190.

Fig. 190



Observamos también sólo un trozo de tejido epitelial poliestrati-
ficado discontinuo.

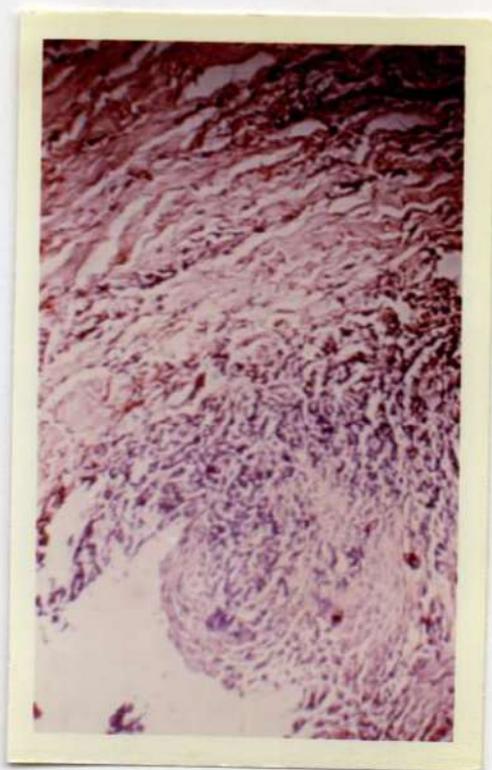
Fig. 191



Fig. 192



Fig. 193



DIAGNOSTICO: Quiste paradentario.

CASO N° 24

PACIENTE: F. C., 19 años de edad, sexo masculino; caso derivado por la Dra. Matilde Piumetto de Nicasio. El enfermo nos consulta por dolores en la zona de incisivos central y lateral superior izquierdo. Datan desde hace dos meses. Manifiesta también, haber tenido aumento de volumen no sólo en la zona, sino en el labio y nariz, repetidas veces, llegando en algunas oportunidades hasta el reborde suborbitario. Al exámen clínico observamos

Fig. 194



restauraciones de silicato de gran tamaño en los elementos mencionados; movilidad manifiesta de los mismos y dolor a la percusión e intentos de probar el grado de su movilidad.

Pruebas de vitalidad negativas. A la inspección y palpación notamos signos de renitencia y fluctuación, especialmente

en la zona cercana al piso de fosas nasales.

DIAGNOSTICO CLINICO: Se trata de elementos mortificados por el silicato. Situación que ha producido un proceso quístico apical.

El exámen radiográfico nos descubre el proceso, que comprobamos de maracada radiolucidez. Un halo radiopaco lo rodea, estando (en la porción superior) ubicado en las proximida-

Fig. 195



des de fosas nasales. Figs. 194 y 195. En su crecimiento, inferior llega prácticamente al tercio gingival.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: quiste paradentario.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Si pensamos en la posibilidad de que sea un quiste del conducto nasopalatino: por la angulación dada a las tomas, podemos comprobar en la imagen, que el quiste sigue partiendo de los ápices de los elementos dentarios nombrados.

Situación que descarta tal idea.

Con un quiste epidermoide: el curso clínico, las características de la imagen y el contenido líquido del quiste desvirtúan esa entidad.

La intervención (dado que el paciente no quiso conservar sus elementos dentarios), fué realizada por la técnica de colgajo, con extirpación radical del proceso y cierre por primera, como podemos apreciar en las Figs. 196 al 201.

Fig. 196



La medicación usual para estos casos, nos proveyó un post-operatorio benigno.

Fig. 197



Fig. 198

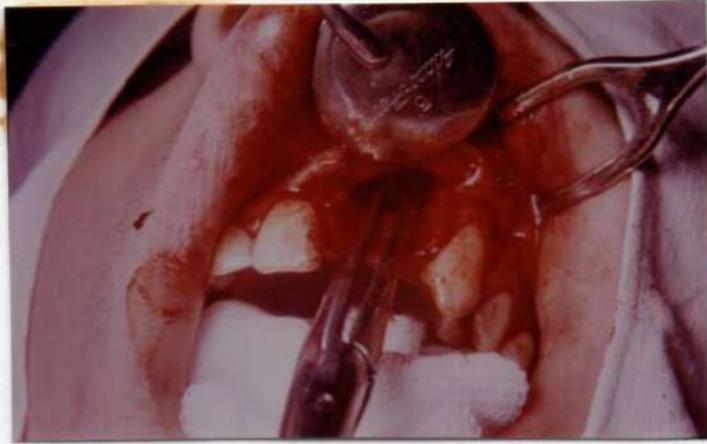


Fig. 199



Fig. 200

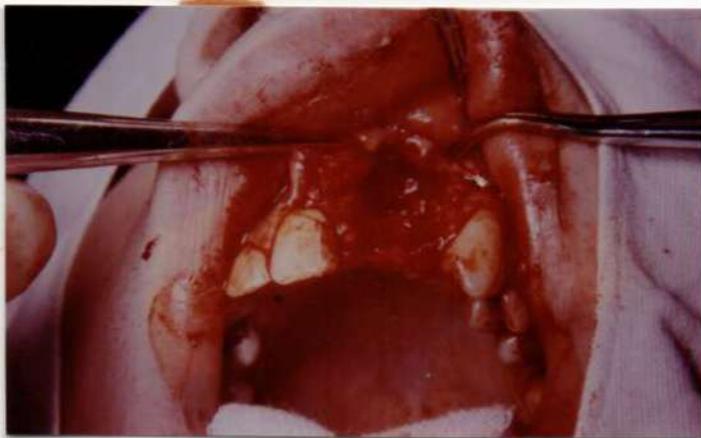


Fig. 201



EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Observamos en la Fig. 202 los elementos dentarios y el amplio pro

Fig. 202



ceso que se extirpan en la intervención.

Su color es rojo vinoso con puntos sangrantes y su con
sistencia semiblanda.

MICROSCOPICO

Se trata de un quiste viejo.

Fig. 203



Se compone de una cápsula de tejido conjuntivo fibroso, muy gruesa, densamente infiltrada, con focos hemorrágicos y abundante supuración. Figs. 203, 204, 205, 206.

En el preparado no observamos epitelio.

Se aprecian espacios fusiformes dejados por los cristales de colesterina. Figs. 207 a 209.

Fig. 204



Fig. 205



Fig. 206

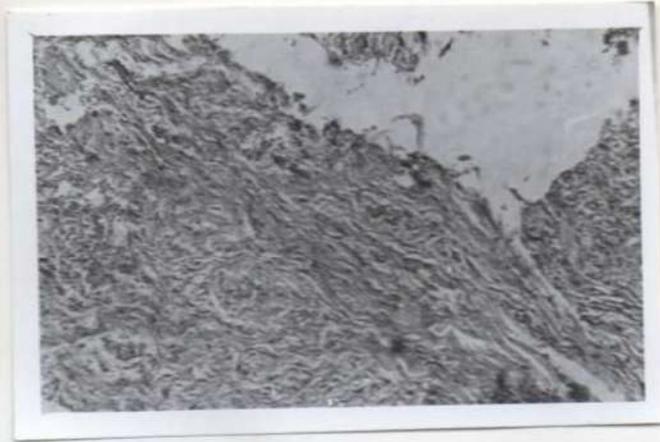


Fig. 207

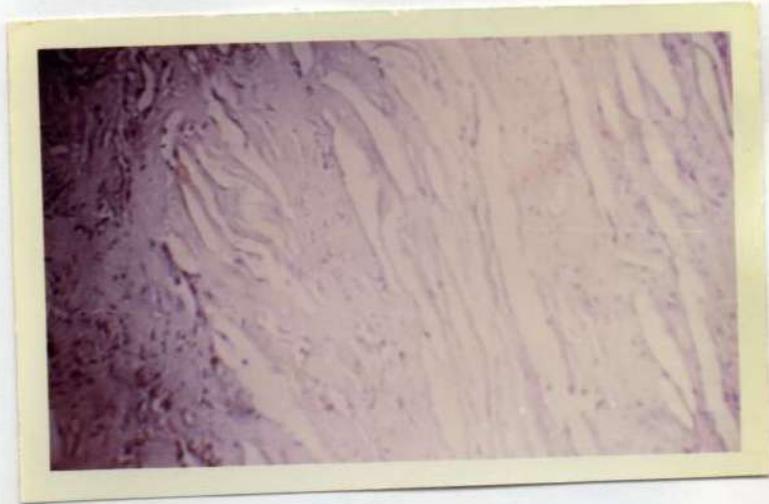


Fig. 208

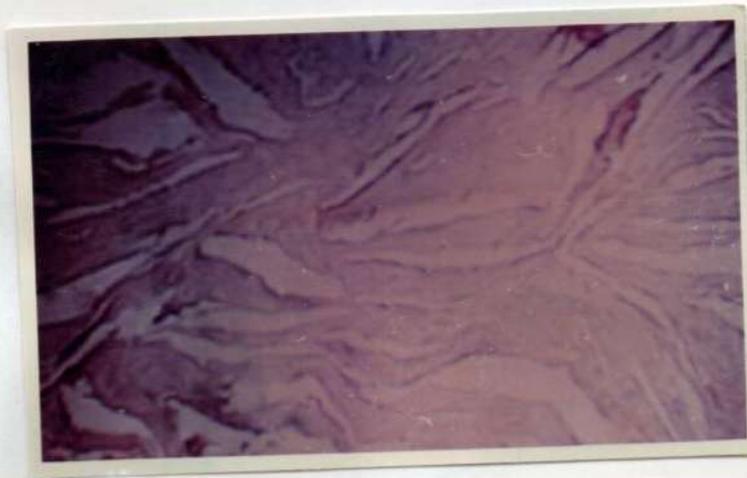


Fig. 209



Fig. 210



DIAGNOSTICO: Quiste paradentario.

CASO N° 25

PACIENTE: S. de C., 38 años de edad; nos consulta por dolores en la zona anterior. Al exámen clínico bucal comprobamos tumefacción de la zona, la que producía elevación del surco vestibular por la expansión del proceso. Al realizar la palpación obtenemos sensación de fluctuación y crepitación apergaminada, (síndrome de Dupuytren) (61). No hay supuración.

Fig. 211



Hace 2 años le fueron extraídos todos los elementos con fines protésicos.

DIAGNOSTICO CLINICO: Pensamos que se trata de un proceso quístico residual.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Corroboramos el diagnóstico clínico al observar en la radiografía periapical, Fig. 211, una zona ra

diolúcida rodeada de una cortical bien nítida en partes. No interesa seno maxilar.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Al no encontrarnos aquí con el crecimiento infiltrante (panal de abejas), no tener dificultades al enuclear al quiste, son motivos suficientes para descartar la posibilidad de que nos encontremos frente a un quiste epidermoide.

Con un quiste multilocular: no tiene las características radiográficas bien lobuladas (lo que podríamos considerar como tales, son producto de las distintas resistencias que opo ne el hueso al crecimiento del quiste residual).

Con un tumor: no encontramos crecimiento infiltrante, no hay reacción ganglionar ni general. La mucosa, que en estos casos generalmente está ulcerada, se presenta tumefacta pero lisa.

La intervención la realizamos con anestesia regional al dentario anterior y complementaria.

La extirpación radical, con colgajo tipo Partsh, con cierre por primera, y el agregado de una medicación adecuada nos permitieron un post-operatorio bueno.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Se trata de una cápsula quística de aspecto granuloso, que obtu-

Fig. 212

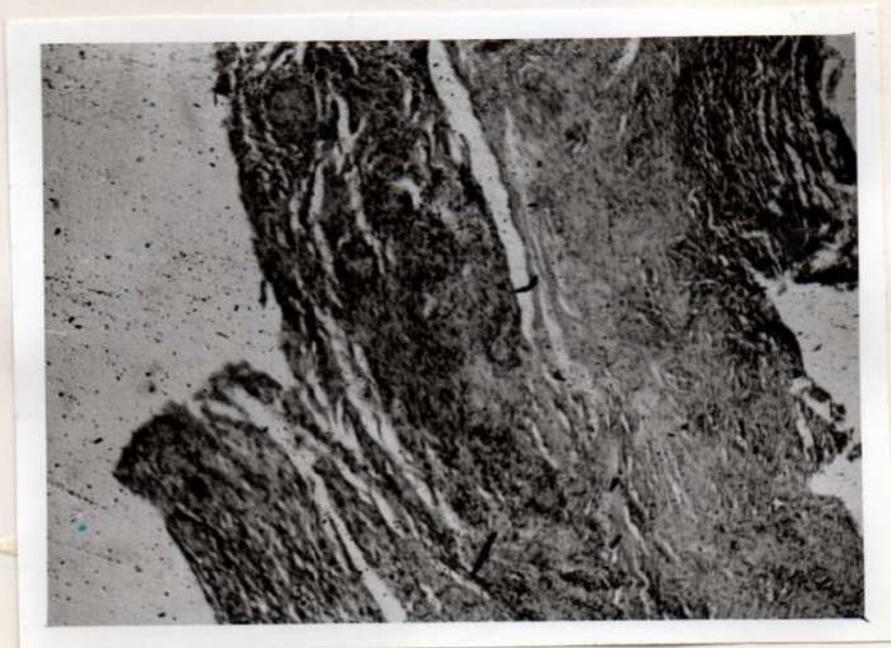


vimos en tres trozos.

Su coloración es rosada con zonas blanquecinas. Fig. 212.

MICROSCOPICO

Fig. 213



Se trata de una gruesa cápsula quística con una envoltura conjuntiva fibrosa muy bien organizada y de un importante espesor.

Observamos además un proceso inflamatorio muy severo que condujo a la destrucción casi total del epitelio de cubierta, el cual se presenta adelgazado, comprimido y en necrosis, Fig. 213.

DIAGNOSTICO: Quiste paradentario.

CASO N° 26

PACIENTE: S. de D., 30 años de edad, sexo femenino, nos consulta porque desde poco tiempo después que le fueron realizadas las extracciones superiores con fines protésicos (para colocarle una prótesis inmediata) comenzó a sentir molestias en la zona de canino superior. Este hecho data de hace aproximadamente 2 años.

Fig. 214



Realizamos el exámen clínico bucal y comprobamos una tumefacción renitente y fluctuante en la zona mencionada.

DIAGNOSTICO CLINICO: proceso quístico.

El roentgenograma nos revela una radiolucidez marcada, que va desde el borde alveolar hasta la "Y" formada por el seno maxilar y fosas nasales. Fig. 214.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: proceso quístico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Como en sitios no se nota una cortical bien nítida y apreciamos lo que podría ser una vía de exteriorización del proceso, hacia el borde alveolar, pensamos que podría tratarse de un absceso.

Las características clínicas y radiográficas nos hacen descartar la posibilidad de un tumor.

La intervención la realizamos a colgajo, con extirpación radical y cierre por primera. La medicación de rutina, nos permitió un post-operatorio benigno.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Fig. 215



En la Fig. 219, observamos un pequeño resto radicular, que eliminamos en la intervención con la cápsula quística, la que extirpamos en varios trozos. Fig. 215.

La cápsula se presenta con focos sangrantes y de color rojo.

MICROSCOPICO

Se trata de una cápsula quística con una envoltura fibrosa externa no muy gruesa, con un importante proceso inflamatorio crónico

Fig. 216.



y degeneración grasa abundante.

Aparece un epitelio superficial con profundas modificaciones degenerativas, Fig. 216.

DIAGNOSTICO: quiste paradentario.

CASO N° 27

PACIENTE: P. V., 58 años de edad, caso cedido por el Dr. Nazario Kuyumliám. Recurrió a la consulta por dolores en la zona anterior superior.

Fig. 217



Al realizar el exámen clínico bucal observamos un resto de canino, móvil y enclavado en una zona sumamente inflamada con sensación fluctuante y crepitante en partes a la palpación.

DIAGNOSTICO CLINICO: Proceso quístico.

El exámen radiográfico nos demuestra tratarse del resto mencionado prácticamente envuelto en un proceso de irregular radiolucidez que llega hasta las cercanías del margen gingival. Fig. 217.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Quiste paradentario.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Las secuencias radiográficas, los signos clínicos y la evolución del proceso no da lugar a dudas respecto de la naturaleza de este proceso: se trata de un quiste paradentario.

La intervención se realizó a colgajo tipo Thoma, con anestesia local.

La medicación que por lo general damos para estos casos nos permitió tener un post-operatorio benigno.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Observamos una gran cápsula quística, de consistencia bastante

Fig. 218



dura, aunque lisa y suave al tacto. Fig. 218. Su color es rojo vinoso con puntos sangrantes.

MICROSCOPICO

Se trata de un quiste de paredes sumamente gruesas, un tanto fuera de lo común, estructurado en casi toda su extensión por tejido conjuntivo fibroso colágeno, con abundancia de vasos. Está infiltrado en forma difusa por células inflamatorias crónicas.

El epitelio de cubierta interno se halla destruído.

Fig. 219



En la luz del quiste podemos apreciar un abundante exudado hemorrágico. Fig. 219.

DIAGNOSTICO: Quiste paradentario.

CASO N° 28

PACIENTE: M. de G., 35 años de edad, sexo femenino. Nos consulta por tener dolores en la zona de premolares, desde hace 1 a 1½ años.

Al exámen clínico bucal observamos una raíz del segundo premolar con encía marginal algo inflamada.

Fig. 220



Al no comprobar signos de exteriorización pensamos que podría tratarse de un proceso en el período intra-maxilar, sin manifestaciones clínicas.

DIAGNOSTICO CLINICO: resto radicular con posible proceso apical, granuloma?, quiste?.

Realizamos la radiografía de control para cerciorarnos de la presencia o no de un foco apical, y las posibles relaciones con el seno maxilar; nos encontramos con un área radiolúcida que envuelve al pequeño resto dentario, pero no de las

Fig. 221



características de radiolucidez manifiesta que caracteriza a estos procesos quísticos. Posiblemente debido a que sea un quiste joven o que halla superposición de planos en la zona, o que sea un proceso abcedado.

Podemos notar en algunos sitios un leve esbozo de cortical. Fig. 220.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: granuloma quístico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: El leve esbozo de cortical en la zona mesial y la leve radiolucidez nos hacen inclinar hacia la posibilidad de que sea un granuloma.

La reabsorción del resto radicular, la radiolucidez, difusa en partes, nos hacen sospechar se trate de un absceso.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

En la Fig. 221, apreciamos al pequeño resto con la cápsula quística bien conformada adherida a su ápice, su coloración es amarillo rojiza y de apariencia lisa.

MICROSCOPICO

Se trata de una gruesa cápsula quística de envoltura conjuntivo fibrosa, bien organizada, con un abundante proceso inflamatorio crónico y una cubierta epitelial de epitelio pavimentoso poliestratificado que se presenta con profundas modificaciones de gene

Fig. 222



rativas(degeneración hidrópica) en la mayor extensión mientras en sitios se halla ausente. Fig. 222.

DIAGNOSTICO: quiste paradentario.

CASO N° 29

PACIENTE: D. N., 28 años de edad, sexo femenino. Nos consulta porque tiene dolores, desde hace un año, en la zona de molares inferiores.

En una oportunidad estuvo internada, con hipertermia elevada, trismus, sensación de asfixia. Realizaron apertura del proceso por lingual, evacuando abundante pus. Decide consultar a un odontólogo. Realizado el exámen clínico, observamos la presencia de un resto (raíz mesial) del tercer molar inferior izquierdo.

Fig. 223



Tanto el segundo molar como el resto del tercero están móviles. La zona está muy inflamada y edematizada, situación que anula el surco vestibular, y hace tumefacta la zona del maxilar desde el ángulo hasta el primer molar, llegando hasta la porción basal.

Es doloroso a la palpación (síndrome de Dupuytran). En
contramos ganglios.

DIAGNOSTICO CLINICO: Quiste.

Realizado el roentgenograma, diagnosticamos un amplio proceso a
punto de partida del resto del tercer molar. El quiste en su cre-
cimiento ya ha lesionado al segundo molar, Fig. 223, 224, compro-
metiendo su vitalidad (no responde a las pruebas de calor, frío,
electricidad y fresado).

Fig. 224



DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Quiste.

La intervención fué por alveolectomía externa, radical, y el cie-
rre por primera. Eliminamos el resto de tercer molar y el segun-
do comprometido.

La medicación de rutina colaboró a obtener un post-ope-
ratorio bueno. La recuperación fué normal, Fig. 224, cumpliéndose
se satisfactoriamente la regeneración.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Las características clínicas, radiográficas y el tipo de evolución del proceso hacen que descartemos la posibilidad de que sea un tumor.

No encontramos la corona dentro del proceso quístico, situación que descarta sea un quiste dentígero.

Los bordes nítidos, la facilidad de desprender la cápsula del hueso, el contenido líquido con gránulos de colessterina (sin queratinización), desvirtúan la posibilidad de que pensemos siquiera de que se trate de un quiste epidermoide.

Fig. 225



EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Observamos en la Fig. 226 al segundo molar inferior con procesos de reabsorción en su raíz mesial y restos de cápsula adheridos a su cara distal; la raíz mesial del tercer molar responsable del proceso, también con signos de reabsorción; y la cápsula del amplio quiste en varios trozos.



Presenta un grado de dureza importante. Su coloración es rojo vinoso con puntos amarillentos.

MICROSCOPICO

Se trata de un voluminoso quiste paradentario cuya luz se presenta prácticamente vacía.

Está estructurado por una importante cápsula fibrosa externa muy gruesa, en el seno de la cual se observan abundantes focos hemorrágicos.

Un tejido inflamatorio crónico en toda su extensión, y más hacia la luz de la cavidad observamos un epitelio pavimentoso estratificado que sufre indudablemente las consecuencias de la presencia de este tejido inflamatorio ya que se presenta en

Fig. 227



zonas ligeramente hiperplasiado y en otras muy adelgazado, pero en toda su extensión con fenómenos degenerativos hidrópicos. Fig. 227.

DIAGNOSTICO: Quiste paradentario.

CASO N° 30

PACIENTE: A. J., 42 años de edad, de sexo masculino. Nos consulta porque tiene dolores en la zona del incisivo lateral superior derecho, desde hace seis meses. El paciente es enviado por la Dra. Matilde Piuneto de Nicasio desde el Servicio de Clínica Estomatológica y Parodoncia.

Fig. 228



Al realizar el exámen clínico bucal observamos un trayecto fistuloso cerrado en la zoan vestibular del mencionado elemento. Hay movilidad y reabsorción ósea y gingival. Las pruebas de vitalidad son negativas.

Tiene una obturación de silicato.



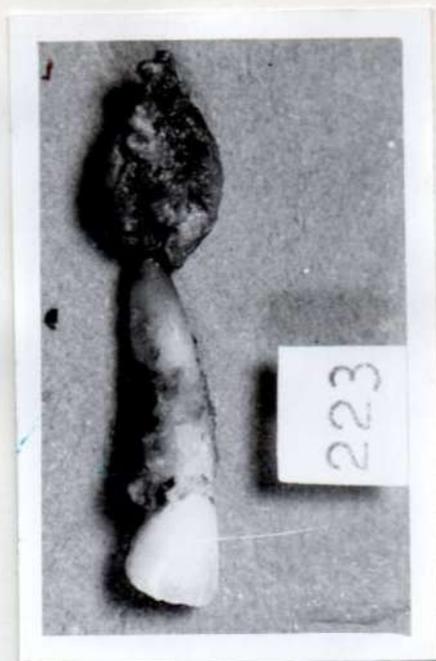
DIAGNOSTICO CLINICO: Proceso quístico.

Obtenemos el roentgenograma con el que comprobamos la presencia de un proceso apical paradentario de marcada radiolucidéz siendo bien manifiesto el contraste con el hueso circundante. Fig. 228, 229.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Quiste paradentario.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Las características clínicas y radiográficas, especialmente éstas, nos hacen descartar la posibilidad de que se trate de un granuloma.

La intervención la realizamos con anestesia local regional al dentario inferior (T. de Rahaussen) y complementaria, la extirpación fué radical y la sutura por primera. El post-operatorio, tratado con la medicación que solemos dar para estos casos fué benigno.



EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

En la Fig. 230, observamos la pieza dentaria y el proceso adherido a su ápice, el cual se presenta íntegro.

Su consistencia es semidura y su aspecto, liso. La coloración es rojo con focos sangrantes.

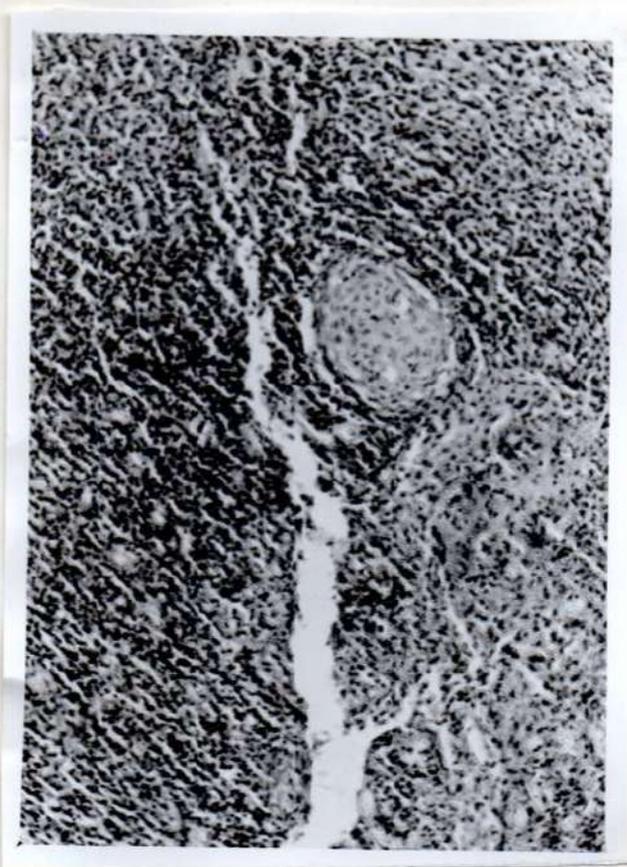
MICROSCOPICO

Se trata de una gruesa cápsula quística con una envoltura conjuntivo fibrosa un tanto hialinizada, lo que habla de la vejez del proceso. Fig. 231.

Observamos un abundante infiltrado inflamatorio cróni-

nico, y el epitelio en un estado degenerativo avanzado, de tal

Fig. 231



manera que se presenta ausente en casi toda su extensión.

Como detalle importante se nota la presencia de una perla epitelial. Fig. 231.

Nada de maligno.

DIAGNOSTICO: Quiste paradentario.

CASO N° 31

PACIENTE: G. de G., sexo femenino, 40 años de edad; paciente operada por el Dr. Ricardo C. Meyer y cedida para el presente trabajo.

La misma concurre a la consulta por dolores en la zona de incisivos inferiores. A la palpación notamos un abombamiento renitente y fluctuante que se acentúa hacia el fondo de surco.

Fig. 232



Falta el incisivo central y el lateral está restaurado con una amplia incrustación. Los problemas datan de un año aproximadamente.

DIAGNOSTICO CLINICO: Quiste.

El exámen radiográfico, Figs. 232, 233, 234, nos muestra a la altura de los ápices de los incisivos y hasta la zona premolar, un proceso quístico que proviene del espacio dejado por el central ausente y el lateral con gran obturación. Figs. 231 a 233.

Fig. 233



Fig. 234



DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Quiste paradentario.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Podría tratarse de un quiste residual a punto de partida de la extracción del central.

La cortical neta, el contenido líquido cetrino, y los dientes implicados, descartan la posibilidad de que se trate de un quiste epidermoide.

Fig. 235



La intervención fué realizada a colgajo y sutura por primera.

Figuras 235 a 242.

Fig. 236



Fig. 237



Fig. 238

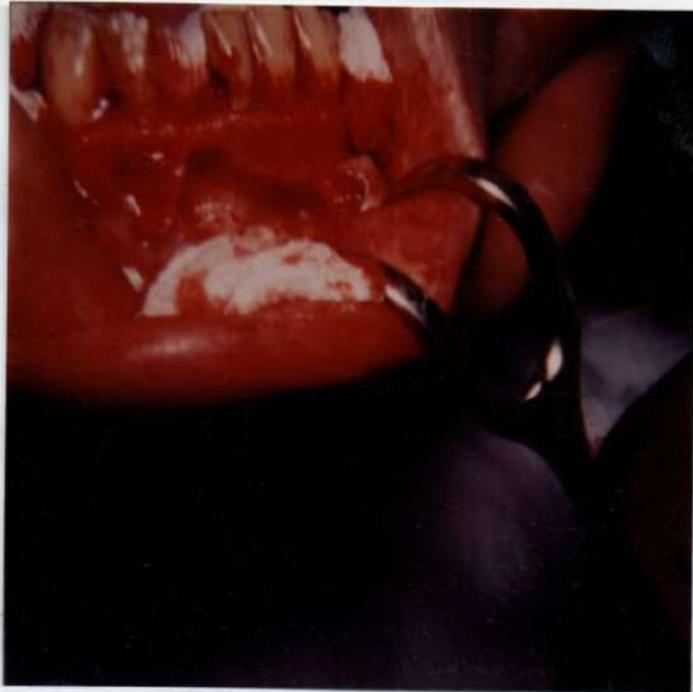


Fig. 239

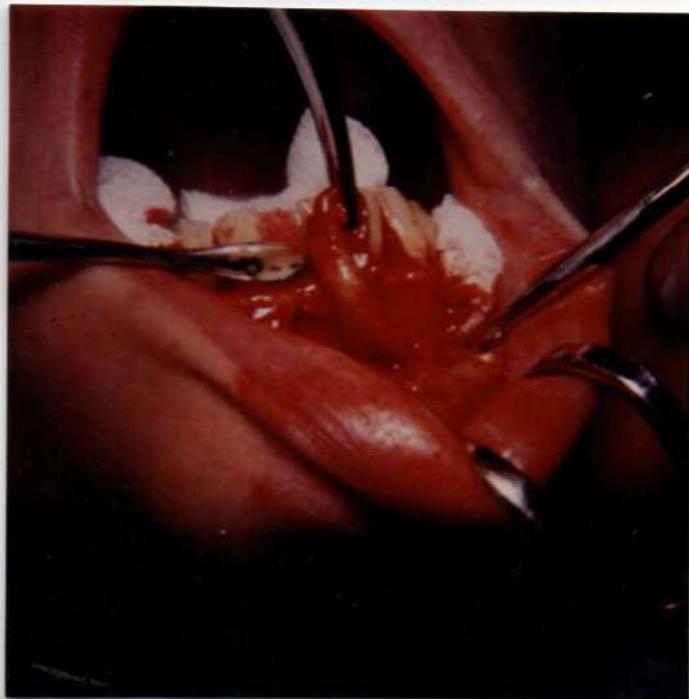


Fig. 240



Fig. 241





EXAMEN ANATOMO--PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Se trata de una cápsula quística de consistencia semiblanda. Su coloración es rojiza. No apreciamos granulaciones al tacto.

MICROSCOPICO

El preparado histopatológico nos demuestra que se trata de una gruesa cápsula quística con una envoltura conjuntivo fibrosa muy bien organizada y de un importante espesor.

Un proceso inflamatorio muy severo que conduce a la des

trucción casi total del epitelio de cubierta el cual se presenta

Fig. 243



adelgazado, comprimido y en necrosis. Fig. 243.

DIAGNOSTICO: Quiste paradentario.

CASO N° 32

PACIENTE: F. del M., 23 años de edad, sexo femenino. Nos consulta porque padece, desde hace 4 años, dolores en la zona del incisivo lateral superior izquierdo. Nos relata la paciente, que en una oportunidad tuvo una fístula por la que salió abundante pus, y que posteriormente cerró.

Fig. 244



Al exámen clínico observamos el incisivo lateral móvil; la encía se presenta roja y edematizada, especialmente en la zona vestibular; la cual, a la palpación nos ofrece el típico síndrome de Dupuytren.

DIAGNOSTICO CLINICO: Quiste.

Realizado el roentgenograma con tomas desde diversas angulaciones, podemos observar que el incisivo lateral (el cual tiene tra

tamiento endodónico), presenta un importante proceso apical, de radiolucidez manifiesta, con una cortical que en algunos sitios

Fig. 245



pierde su nitidez. La amplitud del proceso llega a interesar las inmediaciones del canino y el central (que responden a las prue-

Fig. 246



bas de vitalidad). La cortical, en su porción superior se confunde con el piso de fosas nasales. Figs. 244, 245, 246.

El seno maxilar no está involucrado en la formación.

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO: Se trata de un quiste paradentario, establecido en el incisivo lateral superior derecho, el cual presenta un tratamiento pulpar que no llega a la zona correspondiente.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: No podemos confundirnos con un quiste del conducto o del agujero palatino; las diversas tomas obtenidas nos permiten diferenciar al proceso de estas entidades. Distinguimos perfectamente el agujero y las paredes del conducto alejados del quiste.

Con el seno maxilar o fosas nasales; las corticales de ambas y la del quiste en estudio, se individualizan sin invadirse ni destruirse.

La neta cortical y la manifiesta radiolucidez del quiste no dan lugar a pensar que se trate de un granuloma.

La intervención fué realizada a colgajo vestibular, con anestesia regional al dentario anterior (Técnica de Rahaussen) y complementaria.

La técnica fué de Parsh II, con cierre por primera. La medicación que prescribimos fué la de rutina.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Se trata de un resto radicular con una importante cápsula adherida a él. La misma ha podido extraerse prácticamente íntegra y su aspecto es de apariencia lisa y de color rosado. No aparecen zonas induradas que pueden hacerla sospechosa. Fig. 247.

Fig. 247



MICROSCOPICO

Se trata de un quiste cuya cavidad se encuentra en el polo distal del mismo y con un escaso contenido quístico estructurado principalmente por sustancias lípidas. Fig. 248.

En la cápsula observamos una envoltura fibrosa externa bastante apreciable y abundante tejido de granulación, y el epi-

telio que se encuentra tapizando toda la luz de la cavidad, se

Fig. 248



presenta con abundantes fenómenos degenerativos, del orden de las degeneraciones hidrópicas, de las de las degeneraciones grsa, etc..

DIAGNOSTICO: Quiste paradentario.

CASO N° 33

PACIENTE: G. de L., 65 años de edad, de sexo masculino. Nos consulta pués desde hace 3 años tiene dolores en la zona de molares superiores izquierda. Al exámen clínico observamos a la encía vestibular sumamente inflamada y aumentada de volumen, la que a la palpación se ofrece renitente y fluctuante. El diente tiene poca movilidad.

DIAGNOSTICO CLINICO: proceso apical.

Fig. 249



El exámen radiográfico nos revela el diente mencionado, aislado, con signos de reabsorción ósea a la altura del tercio gingival.

Podemos apreciar un proceso apical que aparece desvirtuado, por la superposición de planos, especialmente el malar y el seno maxilar.

Observamos osteolisis en el sector interradicular.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: proceso quístico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: La zona radiolúcida a la altura del ápice del molar; el acentuado grado de ella, a pesar de la superposición de planos, nos inclinan a pensar de que se trata de un quiste paradentario y no de un granuloma.

Por la osteolisis interradicular, la radiolucidez que llega casi hasta el borde alveolar (como si estuviera exteriorizado el proceso) podríamos pensar que es un absceso.

La intervención la realizamos por alveolectomía externa por el método de Partsch II con cierre por primera. La medicación que prescribimos, de rutina, nos permitió tener un post-operatorio benigno.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Se trata de un elemento dentario, más precisamente de un molar al

Fig. 250



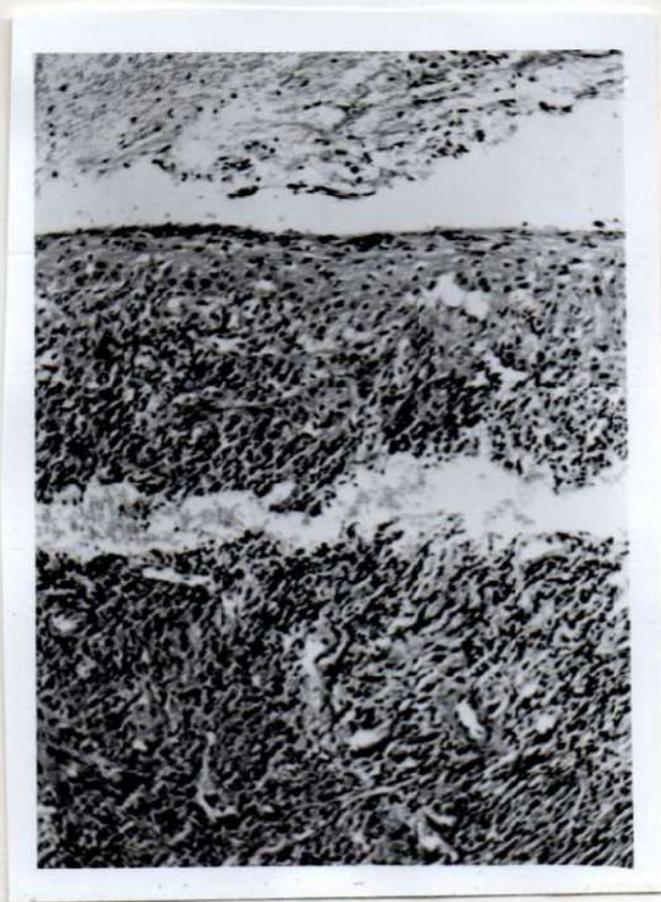
que para este fin se colocó la cápsula en el lugar que correspondía ex-profeso, pero en realidad la extirpación de la misma fué por curetaje, Fig. 250, motivo por el cual se eliminó bastante disgregada.

MICROSCOPICO

Por el motivo señalado con anterioridad el material se presenta un tanto destruído, la biopsia ha mostrado que se trata de restos de una cápsula quística sin envoltura fibrosa organizada en la superficie externa.

Más con la presencia de un infiltrado inflamatorio cró

Fig. 251



nico severo, que produce importantes modificaciones degenerativas en el epitelio poliestratificado que sirve de pared interna. Figuras 251 - 252.

Fig. 252



DIAGNOSTICO: Quiste paradentario.

CASO N° 34

PACIENTE: S. de B. R., 28 años de edad, sexo femenino. Nos consulta porque tiene dolores en la zona nasogeniana, que aparece abultada a la inspección. El exámen clínico bucal nos revela el incisivo lateral móvil, el surco vestibular desvirtuado y sensación de crepitación cuando palpamos el vestíbulo. También hay

Fig. 253



fluctuación: signos típicos del Síndrome de Dupuytren.

Presenta este problema desde hace más o menos 3 años.

DIAGNOSTICO CLINICO: proceso quístico.

El roentgenograma nos revela la imagen del amplio proceso, ubicado en la "Y", zona de confluencia del piso de fosas nasales y pared anterior del seno maxilar.

Los elementos dentarios vecinos al lateral, no son in

Fig. 254



volucrados, responden a las pruebas de vitalidad.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: quiste.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Con un quiste del conducto o agujero na sopalatino; no podemos abrigar dudas al respecto, pués por las tomas roentgenológicas, el conducto no coincide con el proceso, estando hacia mesial del mismo.

La marcada radiolucidéz, la cortical de defensa, y los signos clínicos desvirtúan la posibilidad de que sea un granuloma.

La intervención la realizamos a colgajo. Anestesia regional al dentario anterior y complementaria. Sutura por primera y medicación acostumbrada nos permitieron tener un post-operatorio normal.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

MACROSCOPICO

Podemos observar en la Fig. 254, el resto radicular al que adosama

mos ex-profeso, la cápsula quística, colapsada (porque se evacuó abundantísimo líquido quístico en las maniobras quirúrgicas).

MICROSCOPICO

Figs. 255 - 256, se trata de una cápsula quística sumamente gruesa, casi totalmente conjuntivo-fibrosa, colágena. Hay poco proceso inflamatorio aunque existe una cubierta epitelial de tres o cuatro hileras de células muy desfleadas hacia la luz del quiste con fenómenos degenerativos superficiales que habrá que atribuirlos a la vejez del proceso y al pus que contenía.

Fig. 255





Se observa hemorragia intersticial. Figs. 255 - 256.

DIAGNOSTICO: Quiste paradentario.

DISCUSSION

"DISCUSION"

Luego de una observación minuciosa y un estudio acabado de la bibliografía consultada y de nuestra casuística, nos permitimos desterrar la palabra tumor al ensayar una definición de quistes en general, ya que no obedecen a ninguna de las características de los blastomas, salvo en lo que concierne a su aumento de volumen que, por cierto, para los quistes paradentarios es lento, al igual que los tumores homotípicos. Nos inclinamos entonces, a definirlos como una cavidad patológica de origen inflamatorio a punto de partida de un granuloma compuesto.

La no observación de epitelio en algunos procesos: casos N° 4, 5, 16, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 27, la interpretamos como la consecuencia de un agotamiento o destrucción del mismo, ya sea por vejez del proceso: casos N° 5, 16, 18, 21, 22, 23, 24 o bien porque el quiste se presenta infectado como en los casos N° 5, 23, 24, o ya quiera interpretarse por degeneración de las células epiteliales, por presión del líquido quístico o de la abundancia de un importante proceso inflamatorio crónico en actividad, como apreciamos en los casos N° 4, 12, 25, 26, 27.

Estamos de acuerdo con Trauner R. (15), Ries Centeno (43) que sólo en procesos muy evidentes, podrá hacerse el diagnóstico de quistes paradentarios sin el auxilio radiográfico e histopatológico, sólo basados en la inspección clínica.

De manera que consideramos de una importancia fundamental a es tos tres estudios en conjunto.

A pesar de lo que dicen algunos autores:(Borello (74), Angelopoulos (75), Gaschikter y Copelad (98), Axhausen (99), Thoma (104), Hanstein (105), Meadow (96), Cahn (4), Kegel (97), etc.) no hemos tenido oportunidad de observar degeneración blas tomatosa de la pared quística, aunque merece destacarse los casos que presentan hiperplasia pseudo-ameloblastomatosa (caso N° 6, 9, 11), o pseudo-epiteliomatosa (caso N° 19).

De cualquier manera, aceptamos estas posibilidades y aconsejamos siempre remitir al patólogo el producto de la inter vención quirúrgica para su estudio.

Hemos visto la posibilidad de la confusión de un proceso quístico con otro de menor envergadura como en el caso / N° 28, que demostró tratarse de un granuloma compuesto.

Y desde el punto de vista clínico, procesos que parecían tratarse de otras entidades, como en los casos N° 1, 2, 3, 5, 13, 14, 28, 33, han demostrado ser quistes paradentarios aun que con algunas modificaciones en sus paredes.

La experiencia personal y las enseñanzas recibidas del Dr. Ricardo C. Meyer, padrino de Tesis y Pr. de la Cátedra, nos guían hacia las tendencias que enunciaremos a continuación como solución a lso distintos problemas que nos presentan estas enti

dades.

a.- Cuando se trata de un quiste pequeño o mediano, la conducta sistemática que adoptamos es la del método radical (94) colocando un antibiótico localmente con cierre o sutura por primera, siendo ésta simple o por la técnica de bolsillo para permitir una coaptación hermética y segura (coincide con la técnica que hemos visto practicar al Dr. Oscar Corominas Villafañe para las plásticas de las comunicaciones buco-sinusales).

b.- Cuando se trata de quistes grandes, utilizamos la técnica con extirpación radical y cierre por segunda (caso N°23) o bien, el método descompresivo o de fístula artificial (caso / N°9), si hubiera inconvenientes cosmético-sociales que nos impidan aplicar la técnica de eliminación total de la cápsula, con el periódico control del enfermo, descartamos en lo posible la técnica de marsupialización que sólo emplearemos en casos extremos.

CONCLUSIONES

"CONCLUSIONES"

CONCLUSIONES CLINICAS

Los quistes paradentarios pueden presentarse clínicamente en formas diversas. Cuando encontramos infección aconsejamos combatirla antes, durante y después de la intervención quirúrgica, haciendo uso de los antibióticos adecuados, y cuando además hay un gran proceso inflamatorio con edema o trismus, utilizamos corticoides.

Es de fundamental importancia el estudio clínico exhaustivo del caso con el objeto de poder aproximarnos lo más posible al diagnóstico certero.

CONCLUSIONES RADIOGRAFICAS

El estudio a través de una o varias tomas radiográficas es imprescindible para conocer el tipo de proceso, su tamaño, su extensión su invasión a zonas vecinas importantes (seno maxilar, fosas nasales, etc.), por la conducta a seguir, es lo que atañe al diagnóstico diferencial, donde la radiografía es un auxiliar de importancia incalculable.

Cuando el proceso quístico se confunde con algún detalle anatómico de la zona se imponen distintas tomas, con distintas angulaciones, o con el uso de sustancias radiopacas como la inyección de iodolipol o lipiodol, etc..-

CONCLUSIONES ANATOMO-PATOLOGICAS

Como venimos diciendo, y a los objetos de este trabajo también, siempre aconsejamos el estudio anátomo-patológico el que reveló los siguientes detalles:

a.- El proceso quístico siempre está estructurado por una cápsula que rodea una cavidad.

b.- La cápsula puede tener espesores diversos, siendo más gruesa cuanto más viejo es el proceso.

c.- El epitelio de la cara interna de la cápsula puede faltar en los casos en que esté presente la infección (casos N° 5, 23, 24); o la vejez y la presión del líquido hayan provocado la destrucción del epitelio (casos N° 5, 16, 18, 21, 22, 23, 24); o, por el contrario, puede presentarse hiperplasiado (casos N° 2, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 17) que sería la forma de participación epitelial en el proceso inflamatorio (9, 19, 29).

d.- La cápsula es conjuntivo-fibrosa por fuera y contiene a manera de estrato intermedio un importante proceso inflamatorio crónico que puede faltar en algunos casos o ser muy poco evidente (casos N° 1, 2, 9, 12, 16, 21)

e.- Tanto en la cápsula, aunque con más frecuencia en el tejido de granulación, y en el tejido epitelial, pueden observarse fenómenos degenerativos: degeneración grasa, hidrópica, etc.

f.- A pesar de no haber visto degeneración blastomatososa se han apreciado algunos casos de hiperplasia pseudo-ameloblastica

tomatosa (casos N° 6, 9, 11), y pseudo-epiteliomatosa (caso N°19)

CONCLUSIONES QUIRURGICAS

En los quistes pequeños, volvemos a repetir, que la conducta a seguir es su extirpación y cierre por primera, con la colocación in situ de un antibiótico adecuado (específicamente: de antibióticos no hemolíticos, ni oleosos, ni alérgenos, etc) (94) (100) (101) (102).

Y en los quistes grandes (siempre y cuando no haya complicaciones sinusales, etc.) se utiliza la extirpación completa cuando es posible, y el cierre por segunda (interponiendo gasa / iodoformada, con o sin antibiótico éste con las mismas propiedades ya especificadas), o bien la técnica descompresiva (para el Dr. Corominas Villafañe (50) , es una variación de la marsupialización) cuando el caso lo indica.

De cualquier manera surge claramente que: un quiste paradentario debe ser intervenido, extirpado en su totalidad y controlado histopatológicamente todo el material de la intervención, con lo que evitaremos sorpresas desagradables.

El control posterior del enfermo, clínica y radiográficamente nos habla de la evolución de la cicatrización, la que en todos los casos ha sido favorable.-

RESUMEN

"RESUMEN"

Se estudiaron 34 casos de quistes paradentarios desde el punto de vista clínico, radiográfico y anátomo-patológico.

Se ensaya una definición del proceso, se analiza la bibliografía al alcance del autor, se efectúan todos los exámenes previos necesarios y se concluye con la necesidad de un estudio lo más claro y exacto posible de la entidad que nos ocupa, antes de efectuar la intervención quirúrgica, para poder realizar un buen diagnóstico diferencial y poder intervenir en la forma más adecuada para cada caso.

Se obtienen interesantes conclusiones radiográficas y anátomo-patológicas sobre el tema, y además se efectúa un planteamiento quirúrgico acorde con el tipo de proceso que enfrentamos.

"RESUME"

On a étudié 34 cas de kystes paradentaires du point de vue clinique, radiographique, chirurgique et anatomo-pathologique.

D'abord on essaie une définition du processus, on analyse la bibliographie qui est dans les mains de l'auteur et après d'exécuter tous les examens préalables qui sont nécessaires, on arrive à la conclusion qu'on doit réaliser une étude le

plus claire et le plus exacte possible du cas qu'il nous occupe avant d'effectuer l'intervention chirurgique, pouvoir faire un bon diagnostic différentiel et pratiquer dans chaque cas, l'intervention dans la forme la plus adéquate.

On a obtenu des intéressantes conclusions radiographiques et anatomo-pathologiques sur ce sujet, et en plus, on a fait project chirurgique d'accord au type de processus que nous sommes en train de traiter.

"SUMMARY"

Thirty-four cases of paradental cyst have been examined from the clinical, radiographical, surgical and anatomic-pathological point of view.

First, a determination of the process is being tried and in this respect a bibliography that was at the author's / reach has been analized. After completing all the necessary previous examiantions it has been concluded that an intense study should be carried out before undertaking a surgical intervention in order to obtain a good differencial diagnosis and to perform in each case the intervention in the most convenient manner.

Interesting anatomic-pathological conclusions are attained about this matter, undertaking moreover a surgical project in accordance with the class of process with wich we are faced.

"ZUSAMMENFASSUNG"

Vierunddreissig Parodontalfälle sind von klinisch-radiographischen, chirurgischen und anatomisch-pathologischen standpunkt aus gesehen unter sucht worden.

Ersten ist die Bestimmung dieses Vorgehens versucht worden und in diesem Zusammenhang ist eine Bibliography die der Leiterin dieser Arbeit zur Verfügung stand geprüft worden. Nach beedigung aller nötigen Prüfungen ist beschlossen worden dass eine tiefe Untersuchung vor dem chirurgischen Eingriff unternommen werden muss um auf diese Weise eine gute Differenzialdiagnose zu erhalten und um in jedem Falle den zweckmässigen / Eingriff zu machen.

Man erhält interessante anatomisch-pathologische Schlussfolgerungen in diesem Sinne und, ausserdem, werdem die Chirurgischen Projekteimer in Verhältnis mit dem Typ von Vorgehen unternommen.

BIBLIOGRAFIA

B I B L I O G R A F I A

- 1.- TIECKE RICHARD W.- "Fisiopatología Bucal". Orion H. Stuteville, Joseph C. Calandra. Edit. Interamericana. S. A.- México. Págs. 297-300. Ed. 1960.
- 2.- IRAZUSTA VILMA DEL C. AIMAR de.- "Estudio de la cápsula de los quistes paradentarios, con especial de dedicación al tejido de granulación y su posible relación con las modificaciones en el epitelio". Trabajo correspondiente al 1º año de Adscripción a la Cát. de Clínica Quirúrgica 1º c. y Anest.- Págs. 5-19.1965.
- 3.- ORBAN BALINT.- "Dental Histology and Embriology". 3º Ed. Cap. VII. Págs. 194-195. Edit. Labor. Bs. As. Montevideo. Trad. de la 3º Ed. The C. V. Mosby Company. 1957.
- 4.- CAHN LESTER RICHARD. D. D. S.- "Pathology of the Oral Cavity". Baltimore. The Williams S. Wilkins Company. Cap. VII. 1941.
" .- Traducción Brazílerá. Cap. VII. Págs. 59-68. Ed. Científica. 1955.
- 5.- ERAUSQUIN RODOLFO.- "Anatomía Patológica Bucodental". Por Sáizar. IV Ed. Progrental Edit. Págs. 256.

260-263. 271.- Bs. As. 1942.

- 6.- ALCAYAGA OSCAR y OLAZABAL ALBERTO R.- "Patología Anatomía y Fisiología Patológicas". T. G. Optimus / S. R. L.- Bs. As. 421-440. 1955.
- 7.- BERNIER JOSEPH L.- D. D. S., M.S., F.D.S., R.C.S.- "The management of oral diseases". England. 2° Ed. Págs. 470. 482. 1955.
- " .- "Tratamiento de las enfermedades orales" Omeba. Bs. As. Cap. XVII Págs. 499. 510 - 523. 1962.
- 8.- BOURGEOIS y LENORMANT CH.- "Tratado de Patología Quirúrgica"
- " .- Citado por (2).
- 9.- BLUM T.- D. D. S., M.D. New York. N.Y.- "Cyst and Tumors of the jaws". Oral Surg., Oral Med. and Oral Path. 10: 453. 455. 1957.
- " .- Citado por Ries Centeno. Ed. VI. Bs. As. 1964.
- 10.- SKULTETUS.- Citado por Winter Leo. Cap. XXXIII. 547-564. (11). 1943.
- 11.- WINTER LEO.- "Quistes de los maxilares". St. Louis. Text-book of Exodontia". Cap. XXXIII : Cyst of jaws. 547-564. 1943.

- 12.- BARDENAVE y MACELLOT.- Cit. por Leo Winter (11). 1778 -
1943. Pág. 547. Cap. XXXII.
- 13.- JOURDAIN.- "Traité des maladies et des operations réellement
chirurgicales de la bouche". I Tomo.
Siglo XVIII. 1778.
- " .- Citado por L. Frey y Ruppe Ch. (70).
Pág. 216.
- " .- Cit. por Leo Winter (11). 1778. 1943.
Cap. XXXII. Págs. 547. 1943.
- 14.- DELPECHE, FOUCHARD y DUIBONT.- 1828. Cit. por Leo Winter
(11). 1943. Cap. XXXII. Pág. 547. 1943.
- 15.- PICHLER HANS y TRAUNER RICHARD.- "Cirugía Bucal". Ed. La-
bor. Tomo I. 178-211; 212-222. Trad. de
"Pichler Trauner, Mund-Und Kiefer chirur-
gie" Ed. Urban y Schwarzenberg. Wien. 1952.
- 16.- BRAVE R. G.O.- Vol. 9. N° 4. Págs. 163-71. Citado por Gon-
zález y Trillo (23). 1943.
- 17.- THOMA KURT H.- "Cirugía Bucal". "Impresiones modernas".
UTHEA. México. 1025- 1072-1068. Traduc-
ción de la II Ed. 1955.
- 18.- THOMA KURT H.- "Patología Bucal". Tomo I. Cap. XXII. Págs.
838-866. 871. Ed. Hispano-americana. Méxi

co. 1959.

- 19.- RIES CENTENO GUILLERMO.- "Cirugía Bucal". II Tomo. IV Ed. Cap. XLVIII. Págs. 912. 954-1040. Bs. As. El Ateneo. 1955.
- 20.- "COLOR ATLAS OF ORAL PATOLOGY".- Philadelphia. Montreal. J.B. Lippincott, Co.- U.S. Naval School of the National Naval Medical Center. Bethesda. Maryland. Pág. 32. Edic. 1956.
- 21.- CARAMES DE APRILE ESTHER.- "Anatomía y Fisiología Patológicas Buco-Dental". El Ateneo. Págs. 129. 132. 134. Bs. As. 1954.
- 22.- HOUPERT LOUIS et FRIEZ PIERRE.- "Les tumeurs des mâchoires d' origine dentaire", Kyste radiculodentaire. Revue du Stomatologie. 1939.
- " .- Citado por Alcayaga y Olazabal (6). Pág. 431.
- 23.- GONZALEZ LUCAS L.- "Patología y Clínica Bucodentales". Purinzón. Bs. As. Tomo III. Págs. 276-284. 1959.
- 24.- CURATELLA MANES R.O.- Vol. 26. N° 8. Págs. 354-67. 1938.
- " .- Citado pro González Lucas (23).
- 25.- SAENZ DE LA CALZADA I.- "Exploración clínica en estomatología". II Ed. Pág. 302. Edit. Paz Montalvo.

Madrid. 1961.

26.- MARMOL D. V.- Rev. del C.O.A., C.E.O., Vol. 30. N 249. Pág.
438-41. 1943.

" .- Citado por González Lucas. (23).

27.- PUCCI FRANCISCO M., REIG ROBERTO.- "Conductos Radiculares".
"Anatomía, Patología y Terapia". Vol I. Pág.
410-418. Montevideo. Uruguay. 1944.

28.- EULER H. y MEYER W.- "Pathohistologie der Zahne". J.F./
Bergmann. Munchen.

" .- Cit. por Pucci (27). Págs. 414. 1944.

29.- BOYD WILLIAM.- "A text book of Pathology". Ed. Lea y Feb.
Impreso en Argentina en 1965. Ed. El Ateneo
III Edición de la VII Inglesa. Págs. 1381-
1382.

30.- BERCHER M. y Col.- Rev. de Stomat. 1931.

" .- Citado por Curatella Manes. (24). R.O.
Vol. 26. N° 8. Págs. 354-67. 1938.

" .- Cit. por Alcayaga y Olazábal (6). Págs.
432-439. 1955.

" .- Citado por Dechaume (46). Págs.589.598.

31.- ROMER O.- "Atlas der pathologisch anatomischen Veränderun-

- " .- Citado por Eráusquin R.(5)165-266. 1942.
- " .- Citado por Alcayaga y Olazábal. (6).
Pág. 438. 1955.
- 32.- MARTERSSON G..- "Bone cyst of the mandible". Oral Surg. 19.
639: 54. D.D.S. Philadelphia. 1940.
- 33.- ASTACHOF y DEPENDORF.- Citado por Alcayaga y Olazábal (6)
Pág. 439. III Ed. 1955.
- 34.- BATAILLE M. M., BELL, CERNEA, BUREAU, DESCROZAILLES, LAMBERT,
PARANT.- "Les tumeurs des Maxillaires". "Con-
ferences des stomotologistes des Hospitiaux
de Paris". Masson Edit. Paris. Págs. 21-25.
1952.
- 35.- DURANTE AVELLANAL CIRO.- "Diccionario Odontológico". E.D.I.
A.R.- Pág. 632. Bs. As. 1955.
- 36.- ARCHER W. HARRY.- "Cirugía Bucodental"y Atlas detallado de
Técnica Quirúrgica". Ed. Mundi. Bs. As. II
Ed. Cap. VIII. Págs. 281-289. 1958.
- 37.- HOFER.- Citado por Alcayaga y Olazábal. Pág. 434. III Edic.
1955.
- 38.- BASTOS ANSART MANUEL.- "Tratado de Patología Quirúrgica Ge-
neral" Ed. Labor. Págs. 934-935. Barcelona.
España. 1952.

- 39.- BOISSON.- "Compt.-Rendu du IX Congrès de Stom.". 1936.
" .- Citado por González Lucas. (23).
- 40.- GOICOCHEA GONZALO G.- "Anales Españoles de Odon.". Vol.XII.
Nº 7. Págs. 520-40. 1943.
- 41.- FREY L. y RUPPE C.H.- "Pathologie des dents et de la bouche"
1922.
" .- Citado por González Lucas (23).
- 42.- RUSPA F.- "La Stom. Ital.". Vol. 17. Pág. 417. 1939.
" .- Citado por González Lucas (23).
- 43.- RIES CENTENO GUILLERMO.- "Cirugía Bucal". VI Ed. El Ateneo.
Bs. As. XLIX. Págs. 705-733. 1964.
- 44.- RIES CENTENO GUILLERMO.- "Consideraciones sobre 1.000 casos
de quistes de los maxilares". Rev. A.O.A..
Vol. 36. Nº 12. 1948.
- 45.- BERNIER J. L. y ASH J.E.- "ATLAS OF DENTAL AND ORAL PATHOLO
GY".Ed.4 Wash.D.C.Reg.Press.1948. Cit. por
Bernier J. (7).
- 46.- DECHAUME MICHEL.- "Précis de Stomatologie". Masson Edit. III
Ed. Revue S. augmentée. Págs. 588-597. 1959.
- 47.- LAFORA GARCIA L.- "An. Esp. de Odon.". Vol. 10. Nº 10. 1951.
- 48.- LEMAITRE y RUPPE.- Citado por Goicochea G. (40). Vol XII.

Nº 7. 1943.

- 49.- MASSIA y THERRE.- Citado por Dechaume (46). "Précis de Stomatologie". Paris. Masson Edit. Págs. 596. 833. 1949.
- " .- Citado por Gunter Kedel (92). Rev. Fr. d' odon.. Nº 10. Tomo 11: Págs. 1477-82.1964.
- " .- Citado por Dechaume (46).Págs. 596.833.
- 50.- COROMINAS VILLAFañE OSCAR.- "Clases magistrales". "Quistes de los maxilares". Pat. y Trat. Junio-Julio de 1967. Córdoba.
- 51.- ADLER .- Citado por Gonzálo G. Goicochea (40). "An. Esp. de Odon.". Vol. 12. Nº 7. 1953.
- " .- "Les Kystes Odontogenes". Tesis de Straburgo. 1930.
- " .- Citado por Squirru.1950.
- " .- "Ries Centeno G. (43).707.Ed. 6. 1964.
- 52.- RIES CENTENO GUILLERMO.- Rev. A.O.A. Vol. 33. Nº 7. 1945.
- 53.- HEYDENREICH.- Citado por Ries Centeno G. (19). Pág. 912. Tomo II. IV Ed. Bs. As. Cap. XLVIII. Edit. El Ateneo. 1955.
- 54.- ARDOIN.- Citado por González Lúcas. (23).
- " .- Citado por Dechaume (46). Pág. 591596. 598.

- 55.- BRABANT JACINTO H. y COLABORADORES.- "Précis d' Histopatologie de l' Organe dentaire". Traducción por el Dr. Héctor Gendelman. Edit. LES. Págs. 208-211. Córdoba. Argentina. 1961.
- 56.- GENDELMAN HECTOR y FONSECA MARIO.- "Observations histologiques et histochimiques sur la membrane basale des kystes paradentaires". Bull. Group. Int. Rech. Sc. Stomt.- Vol 9, PP. Págs. 421-434. 1966.
- 57.- BUNTING RUSSELL. D.D.S., D.D.S.C., and GILL THOMAS. D.D.S.- "Oral Pathology". Philadelphia. 298-305-450-451(págs.).- 1940.
- 58.- SZNAJDER N., J. J. CARRARO y FONTAN C.A.- "Tratamiento de un quiste paradentario por descompresión".A.O.A. N°6. 225 - 227. 1966.
- 59.- BERCHER, FARGIN - FAYOLLE, FLEURY, FRYEZ y LACAISSE.- "Pathologie dentaire". 3° Edic.- Paris. Masson Ed. 1950.
- 60.- BERGER ADOLPH D.D.S.- "The principles and Technique of oral Surgery". Brooklyn. New York. Dental Items of Interest Publishing Co. London. Claudius Ash, Sons & Co. 1927.

- 61.- WLADIMIRO MUNDI GALIANO.- "Rev. de Odontología". Vol. II.
Nº 8. Págs. 113 a 124. Marzo-Abril 1963. Za
ragoza. España.
- 62.- GENDELMAN HECTOR.- "Quistes paradentarios". Clase Magistral.
Facultad de Odontología. Cátedra de Anato-
mía y Fisiología General y Especial Patoló-
gicas. 1965. 1967.
- 63.- GENDELMAN HECTOR.- "Comunicación personal". Córdoba. 1967.
- 64.- WITZEL.- Citado por Alcayaga y Olazábal. Anatomía y Fisiolo-
gía Patológicas Bucodental. Cap. XIX. Págs.
434. 439. Ed. Optimus. Buenos Aires. 1955.
- 65.- MAGITOT.- Citado por RIES Centeno G.- "Sesiones de la Socie-
dad de Biología de Paris". 1884. Pág. 174.
Pág. 706. Ed. VI. 1964.
- 66.- FORGET.- Citado por RIES Centeno (19). Pág. 912. Cap. Nº 48.
1955.
" .- Leo Winter. (11). Pág. 547. Cap. XXXII.
1943.
- 67.- AGUILHON DE SARRAN.- Cit. por RIES Centeno (19). Pág. 912.
Cap. XLVIII. 1955.
" .- Citado por Dechaume (46). 3º Edic. Pág.
589. 1959.

- 68.- REDIER (de Lille).- Citado por RIES Centeno (19). Pág.
912. Cap. XLVIII. 1955.
" .- Citado por Dechaume (46). Pág. 589.
- 69.- RENE GRIMAUD.- "Les kystes mandibulaires d'origine dentaire"
Thèse de Nancy. 1931.
- 70.- FREY L. y RUPPE CH.- "Patologie de la bouche et des dents"
6° Edic. J. B. Bailliere et fils. Paris.
Págs. 193-203-219. 1933.
- 71.- SELDIN HARRY M.- "Quistes de la cavidad oral". A.O.A., Vol.
50. XI. N° 2. Pág. 450. 1962.
- 72.- FREY L.- Citado por RIES Centeno G. (19). Pág. 917. Cap.
XLVIII. 1955.
- 73.- SHAFER WILLIAMS.- "Patología Bucal". Ed. Mundi. Maryland K.
Hine. Barnet M. Lavy. Págs. 173. 343. 347..
1961.
- 74.- BORELLO EUGENIO D.- "Quiste residual mandibular con células
adamantinas en su pared". A.O.A.. N° 7.1960.
- 75.- ANGELOPOULOS A.- "Malingant transformation of the epithe-
lial lining of the odontogénic cyst". St.
Louis. Oral surg., Oral Pat., and Oral Med.
Vol. 22, N° 4, págs. 415-427. 1966.

- 76.- FERRARIO C. V.- G. O., Vol. 4. N° 5. 1937.
" .- Citado por González Lucas.(23).
- 77.- PARTSCH C..- Citado por (17)(36)(19). Escuela Odontológica Alemana. Tomo I. 1939.
- 78.- CROCQUEFER L..- "Quelques cas de necroses trophoinfectieuses, pulpairees, ligamentaires, maxillaires".
"Revue de Stomatologie". Año 1932.
" .- Citado por Irazusta Vilma Aimar de. (2)
Ads. 15. 1965.
- 79.- MARSLAND E. D. .- St. Louis. "Dos quistes odontogénicos parcialmente cubiertos por epitelio ciliado".
"Two odontogenic cysts, partially lined with ciliated epithelium". Oral Surg., Oral Med., Oral Pat.. Vol. 19. N° 4i. Págs. 502-507.
1965.
- 80.- CROCQUEFER, ROUSSEAU-DECELLE: "Notes sur les Kystes paradentaires de maxillaire supérieur, symptômes, complications, diagnostic et traitement".
Rev. de Stom. 25. 729. 1923.
- 81.- MALASSEZ L..- "L' existence d' amas epitheliaux Autour de la Racine des Dents chez l' homme adulte et a l' etat normal". (Débris epitheliaux paradentaires). Archives de Physiologie (norma

le et pathologique). 3 Serie. 5-6-129 (15.
Febrero 1885.

" .- Citado por Cahn Lester R. (4).

82.- CHERAZQUIN E..- "Radicular cyst". Dynamics of oral diagnos-
tic. Chicago. 177-188(págs) I. 1956.

83.- ANDERSON W. A. D., M.A., M.D., F.A.C.P., F.C.A.P.- "Trata-
do de Patología". III Ed., Inter Médica.
Bs. As. II Tomo. Pág. 865. 1962.

84.- WORD GRANT.- "Tumors of head and neck". Baltimore. I. Págs.
311, 325. 1967.

85.- CROCQUEFER M..- "Granulomes et kystes paradentaires". Rev.
Stom.- Pág. 415. 1925.

86.- STEIN G.- "Histologische untersuchgen in wurzeispitzenge-
biete pulpatoterzäne". Zsch. Stom. 1929.

" .- Citado por Alcayaga y Olazábal. Pág.440.
Ed. Optimus. 1955.

87.- DELATER G..- "Mécanisme de l' apparition du kyste radiculo-
dentaire". L' Odontolog. -73:684. 1935.

" .- Citado por Dechaume (46). Págs. 589 -
598.

" .- Citado por Alcayaga y Olazábal. Págs.439-
40. Anat. y Fis. Patológicas. 1955.

- 88.- STAFNE EDWARD. D: D. S., F.A.C.D..- "Roentgenodiagnóstico estomatológico". Ed. Labor. Págs. 137. 155. Bs. As. 1961.
- 89.- HUTCHINSON A. C. W..- "Diagnóstico radiológico dental y bucal". Bs. As. Ed. Mundi. Págs. 381-391. Ed. 1954. Edit. Mundi. Nueva impresión: 20 de Octubre 1956.
- 90.- RESS B..- Clínica Stnenjeislinge. Polonia. "Revue Française d' Odontologie" N° 6. Tomo XI. 966. Junio-Julio.1964.
- 91.- PRIEBE W., LAZANSKY J.P., y WUEHRMANN A.H..- "The value of roentgenographic film in the differential diagnosis of periapical lesions". Oral Surg - Oral Med. and Oral Path.- 7:979. 1954.
" .- Citado por Shafer W.G. y col. Pág.344. 1961. Traducción de la Inglesa 1959.
- 92.- GUNTER KEDEL.- "Revue Française d' Odontologie" N° 10. Tomo 11. Págs. 1477-82. Diciembre 1964.
- 93.- RAMIREZ ACUÑA NILDA.- "Comunicación personal". Año 1967.
- 94.- IRAZUSTA VILMA DEL CARMEN AIMAR de.- "Conferencia pronunciada en el Congreso de Cirugía Oral. Ciudad Universitaria. Fac. de Odontología. "Contri

bución al estudio de los quistes paradentarios: casos clínicos". 1966.

95.- HAHN W.- "Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift". Vol. 17. Nº16
Págs. 1141-1149. 15 de Agosto de 1962.

96.- MEADOW S.- "The malignant change in a dental cyst". Oral
Surg., Oral Med., and Oral Patholog. Vol.21
Nº 3. Págs. 282-285. St. Louis. 1966.

97 KEGEL R. F. C.- Citado por Wladimiro Mundi Galiano (61).
R. de O. Vol. II. Nº 8. Págs. 113 a 124. Mar
zo-Abril 1963. Zaragoza. España.

98.- GASCHIKTER y COPELAD.- Citado por Wladimiro Mundi Galiano.
(61). R. de O. Vol II. Págs 114-115. Zara
goza. España. Marzo-Abril 1963.

99.- AXHAUSEN G.- Citado por (61). Axhausen G. und Hammer H.
"Die gerch Wülste der Kisferknochen". Zen-
tralbl, F. Chr. 63:1124. 1936.

"
.- Citado por Wladimiro Mundi Galiano (61)
Pág. 115.

100.- SIMPOSIO SOBRE SENSIBILIDAD POR MEDICAMENTOS REGLAMENTACIO
NES. O.M.S., U.N.E.S.C.O.- 9 de julio de 1957.
"Sensivity reaction to drugs". Simposio Orga
nizado por "The Council for International Or

ganisation of Medical Sciences" (UNESCO).Ed.
Blackwell Scientific Publications. Oxford.
19. 58.

- 101.- SIMPOSIO sobre ENFERMEDADES provocadas por MEDICAMENTOS".
Realizado en la Universidad de Leyden (Holanda) en 1962.
- 102.- MULLER E. E., JORG MIGUEL.- "Consideraciones sobre los antibióticos de aplicación local". A.O.A.,Rev.
Vol. 53. Nº 3. Págs. 73-78. 1965.
- 103.- AXHAUSEN G.- "Zur diagnostik der grossen Zysten im aufsteigenden Ast". Deutsch Zahn, Mund. u. Kieferh.
1:201. 1934.
- 104.- THOMA K.- "Degeneración blastomatosa".
" .- Citado por Wladimiro Mundi Galiano (61)
Pág. 115. 1963.
- 105.- HANSTEIN.- "Degeneración de los quistes paradentarios".
" .- Citado por Wladimiro Mundi Galiano (61)
Pág. 115. 1963.