



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

"CONTRIBUCION AL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LOS QUISTES PARADENTARIOS"

VILMA DEL CARMEN AIMAR DE IRAZUZTA *

R E S U M E N

Se estudiaron clínica, radiográfica, quirúrgica e histopatológicamente 34 pacientes afectados de quistes paradentarios.

Radiográficamente pudimos determinar 82% de quistes paradentarios apendiculares y 18% residuales. Un 61,2% presentaba halo radiopaco bien definido que rodeaba un área radiolúcida; 20,6% aparecían interrumpido o difuso; 18,2% faltaba. Se relacionaron los hallazgos radiográficos con los histológicos encontrando que de los 19 quistes con halo radiopaco bien definido el 78,9% correspondía a cápsulas fibrosas gruesas. El 68,4% a quistes de larga data, que habían fistulizado y cerrado. Los quistes que radiográficamente aparecían con halo difuso, interrumpido o faltaba correspondían a cápsulas desgarradas 46,6%; quistes infectados el 60%; con procesos agudos donde el epitelio faltaba un 26,3%; o estaba desgarrado el 26,3%; hiperplasiado 15,7%; con hiperplasia pseudo - ameloblastomatosa el 10,2% y Pseudo - epiteliomatosa 5,5%.

"CONTRIBUTIONS TO STUDY AND TREATMENT OF PARADENTAL CYSTS"

S U M M A R Y

Clinical, radiographic, surgical and histopathological examinations of 34 paradental cysts cases were done. Radiographic examination showed 82% appendicular paradental cysts and 18% residual cysts lateral cysts were absent. A well definite radiopaque halo surrounding a radiolucid area was seen in 61,2% of the cysts; it was discontinued or diffused in 20,6% and absent in 18,2% of cases. In relating the radiographic to the histological findings the 78,9% of the 19 definite radiopaque halo cysts found to be thick fibrous capsules.

The 68,4% of the long existing cysts and formen fistulas and closed diffused or discontinued halo cysts and cyts without halo were found to be

* Profesora Adjunta Interina de la Cátedra de Clínica Quirúrgica con Anestesiología.

Fragueiro 2540 - Córdoba 5000.

degenerated capsules 46,6%; infected cysts 60% with acute proces in which epithelium was absent 26,3%; torn 26,3% or hiperplastic 15,7%. Pseudoame-loblastomato us hyperplasia 10,2% and pseudoepitheliomatous hyperplasia 5,5% were observed in cysts walls.

Dentro del amplio campo de la Patología Buco -Maxilar. los quistes paradentarios son procesos que ocupan por su importancia un capítulo de trascendencia bien manifiesta.

Estos procesos en la clínica se presentan con frecuencia; este hecho nos indujo a realizar este trabajo que consistió en una correlación de los datos clínicos radiográficos y anátomo -patológicos para una mejor adecuación de las técnicas quirúrgicas y comprobación de los cambios que se van produciendo en la cápsula quística, con mayor detención en las modificaciones epiteliales dada la importancia que ésta pudiera tener la discutida transformación blastomatososa de los quistes paradentarios.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 34 casos de pacientes aquejados de quistes paradentarios apendiculares y residuales.

Los pacientes fueron sometidos a tomas radiográficas periapicales de rutina, complementadas con tomas oclusales y/o extraorales si el caso lo requería.

En las intervenciones fueron adaptadas las técnicas clásicas a cada caso en particular tratando de aplicar la de colgajo con cierre por primera (Partsch II con sutura) en los casos de quistes pequeños (hasta un cm. de diámetro) y medianos (hasta 2 cm. de diámetro) donde no hubiera compromiso de cavidades vecinas. Con el cierre por la técnica de bolsillo preconizada en nuestro medio por el Profesor Dr. Oscar Corominas (6) con decorticado o sin decorticado en los casos en que además hubiera una comunicación buco - sinusal.

Se aplicó Partsch II sin sutura en los quistes grandes donde se podía comprometer por ello la consolidación del coagulo y la posterior cicatrización (1). Los casos fueron controlados clínica y radiográficamente en su evolución.

El material extraído fue incluido en parafina con decalcificación previa o no, y teñidos con hematoxilina - eosina.

RESULTADOS

Se encontró que, de los 34 casos estudiados, el 82 % correspondía a quistes paradentarios apendiculares, es decir que asentaban en el ápice de la raíz de un diente con necrosis pulpar.

El 18 % restante eran quistes residuales. No se encontraron quistes paradentarios laterales. De acuerdo a nuestra casuística los quistes se presentan con mayor frecuencia en la mujer (58,82% de los casos estudiados) que en el hombre (41,18%).

Con respecto a la edad que se ha detectado, la mayor incidencia aparece entre los 20 y 40 años, Figura 1, aunque hemos encontrado una incidencia no despreciable entre los 10 y 20 años.

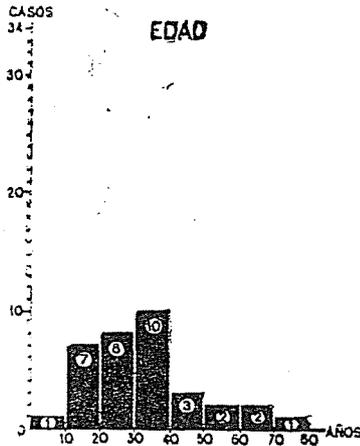


Figura 1 — Incidencia según edad de aparición de los quistes paradentarios.

Resulta más afectado el maxilar superior con un porcentaje de 79,41% mientras que en el inferior sólo se encontró un 20,59%. En los hallazgos radiográficos que podemos observar en la figura 2, apreciamos 19 casos con halo radiopaco bien definido que bordea un área radiolúcida de destrucción ósea, propia de una imagen quística de esta naturaleza. Con halo radiopaco interrumpido o difuso 8 casos y sin halo 7 casos.

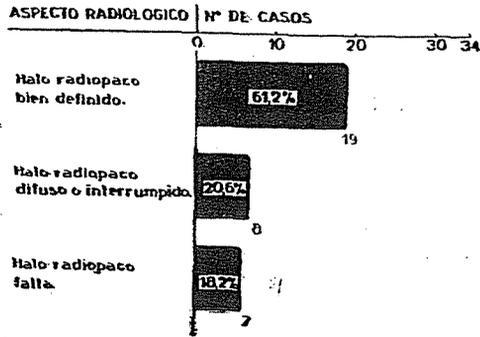


Figura 2 — Características radiográficas de los quistes paradentarios en relación a la ausencia o presencia de halo radiopaco como cortical.

En la tabla 1, se puede observar la correlación de los datos radiográficos e histo-patológicos. Además se pudo establecer una correlación entre la imagen radiográfica, la edad y evolución del proceso, la alteración de la cápsula, los cambios en el epitelio o capa interna, la infección o reinfección y los cambios cualitativos histológicos que pueden presentarse en la cápsula del quiste paradentario.

Las intervenciones fueron encaradas de la manera que señala el esquema de la Figura 3, donde se pueden cotejar los porcentajes correspondientes, los cuales variaron en uno y otro casos cuantitativamente y cualitativamente.

DISCUSION

Se cotejaron los resultados obtenidos en cuanto a edad, sexo, maxilar de predilección.

Con respecto a sexo, nuestros resultados coincidieron con la mayoría de los autores consultados que afirman que no hay sexo determinante de predilección, aunque hay un ligero predominio de la mujer sobre el hombre.

Rosentein, citado por Ries Centeno (9), alega que esta mayor incidencia está abonada por la mayor predisposición a las caries dentarias (de la cual el quiste es una consecuencia) de la mujer, este autor da una proporción de 3: 2 Bleck en 1933 da una proporción de 120 hombres contra 113 mujeres (9).

TABLA I

ASPECTO RADIOGRAFICO	DATOS HISTOPATOLOGICOS
19 casos de quistes con halo radiopaco bien definido.	Detectamos quistes con cápsulas fibrosas gruesas, 78%. Correspondían clínicamente a un 68,4% de quistes viejos o que habían fistulizado.
8 casos de quistes con halo radiopaco difuso o interrumpido y 7 casos donde faltaba.	Quistes con cápsulas desgarradas 46,6%. Corresponden histológicamente a procesos agudos o quistes infectados donde el epitelio falta o está desgarrado un 26,3% de los casos. Corresponden histológicamente a epitelio hiperplasiado el 15,7%.

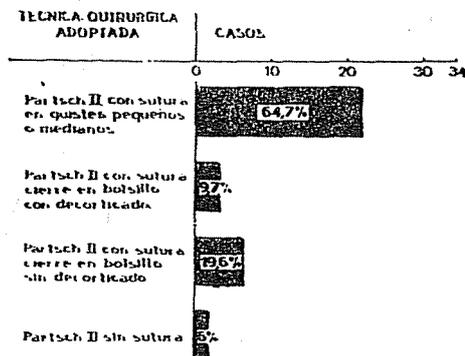


Figura 3 — Técnica quirúrgica adoptada en cada caso según el tamaño del quiste y su compromiso con las cavidades anatómicas vecinas.

* Los preparados e informes histopatológicos fueron realizados en la cátedra de Anatomía y Fisiología Patológicas General y especial, por el Prof. Dr. Héctor Gendelman.

Ruspa por el contrario da una relación de 41 hombres contra 15 mujeres en su estadística (9). Las estadísticas de Ries Centeno dan una mayor incidencia en la mujer (9).

Con respecto a edad nosotros encontramos una mayor incidencia entre los 20 y 40 años, aunque pueden aparecer a cualquier edad (1). Ries Centeno cita una mayor incidencia entre los 20 y 50 años (9). Ruspa entre los 31 y 40 años.

Nuestros resultados referentes a la ubicación de los quistes se contraponen a los resultados encontrados por Maurel (8), quien señala un número igual de casos para el maxilar superior y el inferior. En su estadística, Ries Centeno da una predilección del maxilar superior sobre el inferior, de 236 mujeres contra 42 hombres (9). Este autor tampoco está de acuerdo con las estadísticas presentadas por Jackes (9) que sostiene que no se desarrollan quistes paradentarios en el maxilar inferior.

La mayoría de los autores (9-10-11) coinciden en que el maxilar de predilección es el superior. Los motivos que se aducen para explicar este hecho son la mayor cantidad de raíces que presentan por su anatomía los dientes superiores (una relación de 30-32 para maxilar superior a 22 en el maxilar inferior). Podemos agregar la inmunidad relativa de los incisivos y caninos inferiores a la caries dentaria y por lo tanto a sus complicaciones infecciosas, el porcentaje de los quistes paradentarios que afectan a ese maxilar disminuye.

La presencia de cavidades anatómicas tales como fosas nasales y seno maxilar contribuyen a aumentar el número de quistes paradentarios en ese maxilar dado que son campo propicio para la invasión de esos procesos que explicarían la presencia de los grandes quistes en el maxilar superior (9).

El relativo número de terceros molares inferiores que son extraídos prematuramente por falta de espacio (gérmenes) retenidos o faltantes resta al maxilar inferior un factor más para la producción de estas entidades.

Nuestro trabajo trató de establecer una correlación entre los datos clínico-radiológicos con los histológicos, pudiendo determinarse la importancia que esta correlación tiene en cuanto a la vejez de los procesos, la infección o no, con los cambios en el epitelio de la cápsula interna o las degeneraciones que la cápsula pudiera tener, con la imagen del quiste, su genuinidad en cuanto al halo radiopaco y área radiolúcida que a esta circunscribe; y a

su relación con el espesor de la cápsula; su integridad y el tiempo de su evolución, (figuras 4, 5, 6 y 7).

Tsuzuki, citado por Kronfeld's (12); relaciona en su clasificación el crecimiento del proceso y los cambios estructurales del mismo con la radiología, dándonos la siguiente clasificación: a) Quistes en crecimiento (donde no se aprecia área radiopaca); b) Quistes estacionarios (donde se aprecia un área radiopaca) maduros o de crecimiento muy lento; c) Quistes infectados; d) Quistes maduros (que disminuyen de tamaño).

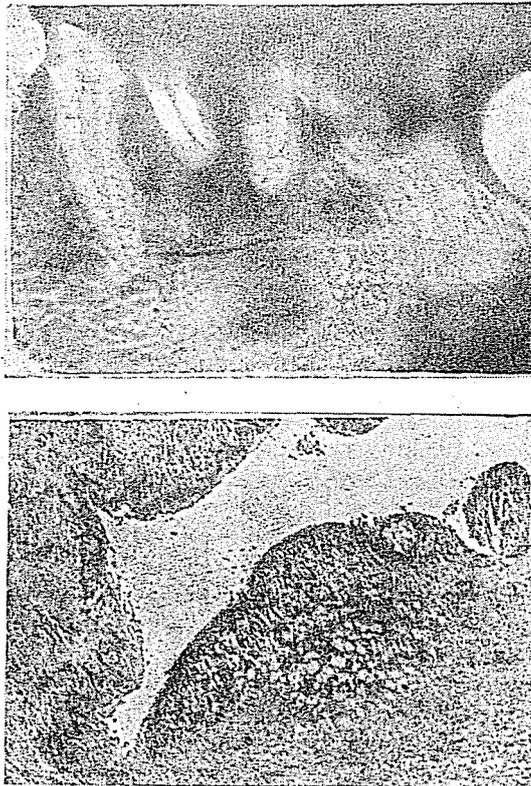


Figura 4 — Quiste paradentario radicular. Se observa el área radiolúcida bordeada de un halo radiopaco bien definido. Se compara tal hecho con la aparición de una cápsula bien gruesa con epitelio bien organizado en su pared interna, células espumosas y una gruesa capa fibrosa.

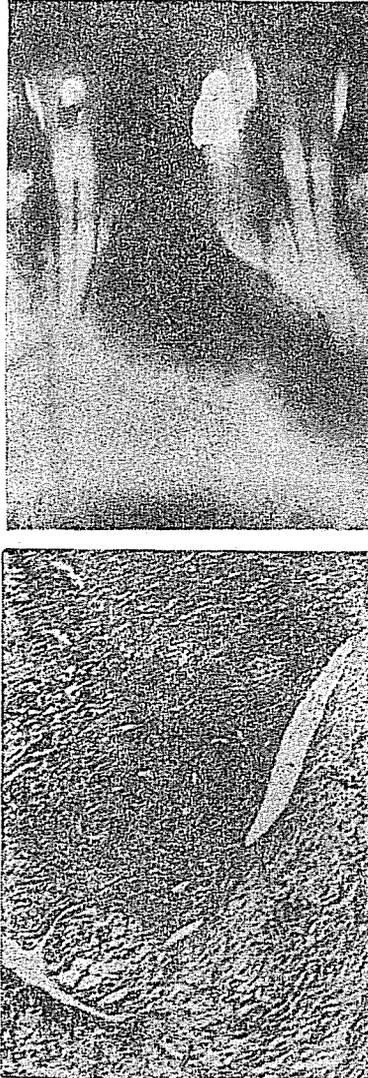


Figura 5 — Quiste paradentario residual donde el halo radiopaco se observa interrumpido en algunos sectores. Podemos constatar en el grabado histológico una gruesa cápsula quística con una envoltura conjuntivo fibrosa bien organizada. El abundante proceso inflamatorio crónico conduce a la destrucción total del epitelio de la capa interna.

Estos resultados de Tsuzuki y los nuestros parecieran guardar relación.

Con respecto a la posible degeneración blastomatosa de los quistes paradentarios, nosotros no hemos encontrado en nuestro estudio (1), a pesar de lo que señalan Angelopoulos (2) Axau-sen (3), Borello (5), Geschikter citado por W. Mundi Galiano (7),

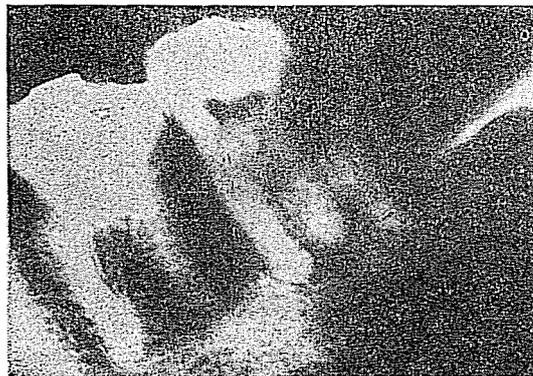
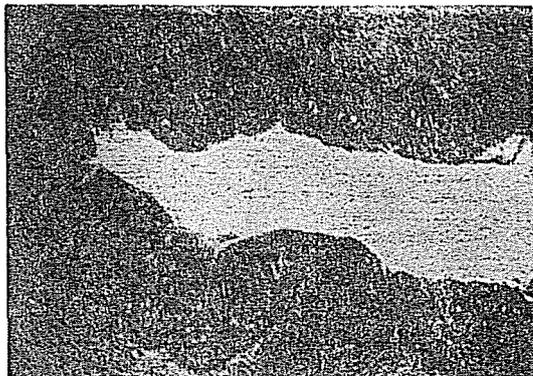


Figura 6 — Correlación de un quiste con halo radiopaco interrumpido que corresponde histológicamente a una cápsula cuya luz se presenta prácticamente vacía. Estructurado por una importante cápsula fibrosa externa en cuyo seno se observa abundantes focos hemorrágicos. Tejido inflamatorio en toda la extensión que indudablemente hace que el epitelio sufra las consecuencias ya que se observa hiperplasiado, en parte; adelgazado en otras con procesos de degeneración hidropica.

pero sí pseudo-epiteliomatosa en un 5,5% y pseudo-ameloblastomatosa en 10,2% (1).

Corominas*, en nuestro medio afirma que muchos de los procesos que han sido clasificados como ameloblastomas murales

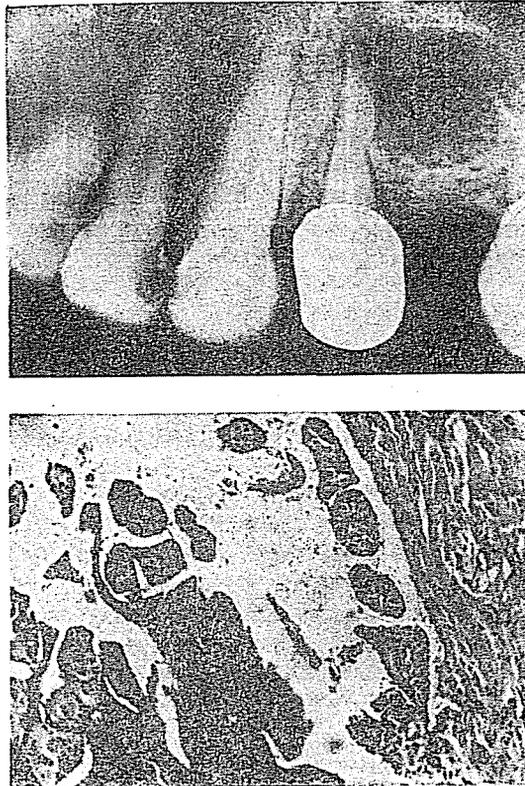


Figura 7 — Observamos un quiste paradentario con un halo radiopaco bien definido radiográficamente. Comparamos con el estudio histológico donde se ve una envoltura fibrosa importante pero no muy densa, proceso inflamatorio serevo, fenómenos de degeneración grasa, vasos congestionados, hemorragia. Llama la atención la hiperplasia espitelial "seudo epiteliomatosa".

* Corominas Villafañe O. "Clases Magistrales" —Fac. de Odontología— Univ. Nac. de Cba.

quísticos pareciera ser que no se conducen biológicamente como los ameloblastomas sólidos. Con respecto a los quistes paradentarios no encontró este autor degeneración ameloblastomatosa.

Tampoco hemos encontrado queratinización del epitelio como señala Thoma (11), pero si, hialinización en la cápsula fibrosa y/o degeneración adiposa en la cápsula.

Los hechos expuestos inducen a pensar que existe una verdadera correlación entre los hallazgos radiográficos e histológicos que no siempre son demostrativos desde el punto de vista clínico por lo que se puede insistir que no siempre se puede diagnosticar un quiste paradentario con el solo examen clínico, especialmente cuando éste está en la etapa intramaxilar, es decir que aún no ha exteriorizado por lo que insistimos en que se deben observar muy detenidamente los hechos radiográficos.

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

1. Aimar de Irazuzta, Vilma: Estudio clínico, radiográfico quirúrgico e histo-patológico de los quistes paradentarios. Tesis de Doctorado. Córdoba, Facultad de Odontología. Universidad Nacional, 1967.
2. Angelopoulos, A. P. (y otros): Malignant transformation of the epithelial lining of the odontogenic cysts. *Oral Surg., Oral Med., Oral Pat.* 22: 428, 1960.
3. Axhausen, G. H.: Die gerch wülste der Kiesferknochean. *Zeltralb Chiv.* 63: 1124, 1936.
4. Axauseh, G. H.: Zur Diagnostik der grossen zysten in aufsteigenden ats. *Deutsch Zahn. Mundu Kieferh.* 1: 201, 1934.
5. Morello, E. D.: Quiste residual mandibular con células adamantinas en su pared. *Rev. A. O. A.* 48: 248, 1960.
6. Corominas Villafañe, O.: Tratamiento de las comunicaciones odontogé-das con al técnica de bolsillo. Tesis de Doctorado. (Cba.) Fac. de Odontología U. N. C. 1968.
7. Geschikter, C. F.: (cit. en: Galiano, Wladimiro Mundi, quistes paradentarios. *An. Esp. Odontostomatol.* 22: 114 1963).
8. Maurel, G.: Clínica y Cirugía Máxilo - Facial. 3. ed. Buenos Aires, ALFA. 1959, p. 264.
9. Ries Centeno, C.: Cirugía Bucal. 7. ed. Buenos Aires. El Ateneo 1973. p. 729 - 829.
10. Ruspa, I.: Considerazioni sopra 56 casi di cisto dentaire. *Stomatog. Ital.* 17: 417, 1939.
11. Thoma, K., Gorlin, R. J.: and Golman, H. M. *Pathology Oral.* Barcelona, Salvat. 1973. p. 496 - 99.
12. Tzuzuki, (Cit. en: Kronfeld. *Histopathology of the teeth; and their surrounding structures.* 4. ed. Filadelfia. Lea y febiger. 1960. p. 1960.