



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

PERICORONARITIS:

Estudio clínico y anátomo-patológico

Dr. RICARDO CUESTAS CARNERO (*)

Dentro de la literatura de la especialidad, posiblemente el problema de los terceros molares inferiores, sea uno de los temas sobre el que más se ha escrito y quizás más se escriba en el futuro.

Las particularidades anatómicas de la zona en que debe desarrollarse, como su manifiesta tendencia a quedar retenido, lo hace estadísticamente el diente que más veces no llega a completar su erupción en relación con todos los demás elementos dentarios combinados.

Su ubicación dentro de la cavidad oral, hace que su funcionalismo masticatorio sea restringido; dicha situación favorable a la acumulación de restos alimenticios, al propio tiempo que anula prácticamente los beneficios de la autoclisis, facilitando la pululación bacteriana al permitir la acción libre de interferencias del polimicrobismo oral.

El tercer molar inferior tiene su origen embriológico en el cordón epitelial del segundo molar permanente, desarrollándose y erupciones en épocas en que el maxilar inferior no ha completado su desarrollo. La cara oclusal está dirigida en su erupción hacia delante y arriba. Si se produce algún desequilibrio entre ambos mecanismos,

calcificación del diente y crecimiento del maxilar, el molar no llegará a completar su erupción, por falta de espacio y quedará retenido en diversas situaciones, según el lugar alcanzado en su erupción.

Los problemas de la erupción del tercer molar inferior que vinimos citando produce como consecuencias diversos cuadros patológicos que van desde la reabsorción provocada en elementos vecinos, caries, desviación de los demás elementos de la arcada producida por la presión del molar, hasta complicaciones mucosas, ganglionares, celulares, óseas, etc. que puedan llegar a tener repercusiones serias sobre la salud general, como sería el caso de la septicemia.

Todo ello hace que la patología relacionada con el tercer molar inferior, tenga una incidencia podríamos decir diaria en la acción profesional del odontólogo general y más aún del cirujano oral, dando importancia a las contribuciones que puedan hacer los estudiosos, por pequeñas que ellas sean dentro de este campo.

MUCOSA ORAL DISTAL AL TERCER MOLAR INFERIOR

Trataré en primer lugar de ubicar los elementos que encontramos normal-

(*) Cat. de Clínica Quirúrgica - 2º Curso
Av. Roque Saenz Peña 1057 - Córdoba - Rep. Argentina.

mente en la parte distal del maxilar inferior una vez que el tercer molar ha hecho erupción; de considerar pues los tejidos que componen un corte imaginario en cuña realizado tal como se indica en el esquema (fig. 1) en la parte distal del maxilar inferior, es decir por detrás del tercer molar.

Para una mejor ordenación, dividiré los mencionados tejidos en las siguientes zonas:

a) **Zona de la cara dental de la encía libre:** es la parte de la encía marginal que va desde el borde gingival a la inserción epitelial. Su estruc-

tuación. Su epitelio es pavimentoso estratificado con una capa superficial en un grado de queratinización siempre inferior a las demás capas. Su espesor disminuye gradual pero rápidamente desde el borde de la encía, al fondo de la hendidura gingival (adherencia epitelial). El corion, condicionado por su estado de defensa constante está siempre infiltrado de linfocitos, plasmocitos y polinucleares, alojados en una trama reticular.

b) **Zona de la cara externa de la encía libre:** o vertiente libre de la encía marginal. Epitelio pavimento-

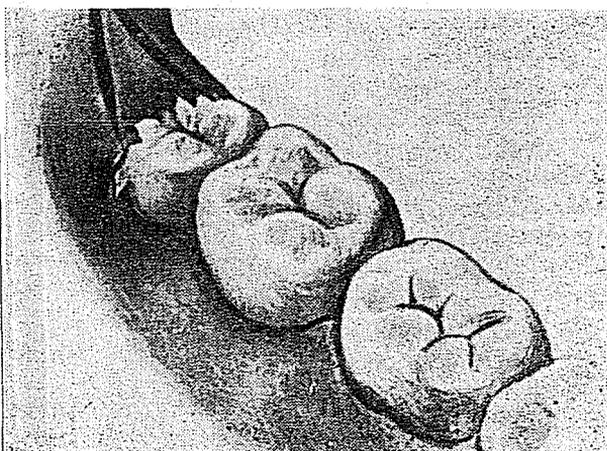


Fig. 1: Forma en que se efectuó el corte en la mucosa distal del tercer molar inferior.

tura está condicionada al hecho de ser una zona en constante estado de sordidez (1) por diversas razones entre las cuales una de las más importantes es la falta de barrido de que gozan otras zonas de la encía. Debo recalcar que este factor adquiere mayor valor en la parte de mucosa oral de que me estoy ocupando en este capítulo, ya que su situación la hace casi inaccesible para el barrido mecánico de la mas-

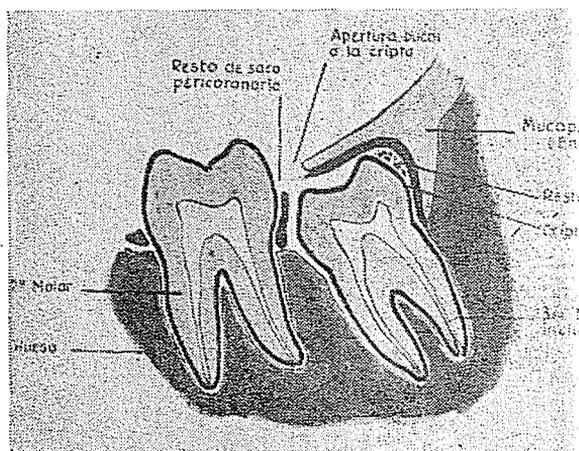


Fig. 2: Esquema de un corte antero - posterior de la zona en estudio.

so estratificado, con superficie a veces irregular por la presencia de papilas adelfomorfas. El corion presenta tejido conjuntivo reticular con lagunas de conjuntivo laxo y fibras colágenas que de la zona próxima al epitelio se dirigen hacia el hueso o el diente constituyendo las fibras gingivo-dentales y gingivo-alveolares. Hay además un grupo que forman una especie de manguito sin abandonar el corion: son las

fibras circulares. Se puede notar asimismo la presencia de numerosos histiocitos.

c) **Encía adherente:** más claramente delimitada en otras zonas, podemos citarla simplemente como una zona de transición, entre la encía marginal y la mucosa alveolar. Muchas veces su presencia no es muy aparente en la zona objeto de nuestro estudio. Su epitelio queratinizado presenta una superficie rugosa debida a la presencia de papilas y es de coloración rosa pálido. El corion muestran los gruesos haces colágenos que ya citara más arriba a los que debo agregar las fibras periostodentales. Entre los fascículos encontramos tejido conjuntivo laxo con células (histiocitos), vasos y nervios.

d) **Mucosa oral:** ubicada distalmente y en una cantidad de acuerdo con la situación del molar, podemos describirla con un epitelio pavimentoso estratificado queratinizado con una superficie a veces ligeramente irregular. Su corion presenta escasos haces colágenos y a veces la presencia de algunos elementos como glándulas salivares mucosas, fibras musculares, etc.

La importancia que se asigna a la zona de tejidos orales ubicada por detrás del tercer molar inferior, que ha sido llamada por algunos "región crítica de la boca" (2) está dada por diversas razones de orden anatómico, embriológico, patológico, etc.

Ella ha constituido desde antiguo un motivo de estudio y es así que cada día un mayor número de investigadores, anatomistas, cirujanos, patólogos, en forma aislada o en conjunto, realizan trabajos tendientes a aclarar puntos aún oscuros. Todos ellos han coincidido en asignar una gran importancia a la mencionada zona por su papel

preponderante en la génesis de diversos procesos que no solo afectan a los maxilares sino sus proximidades y aún regiones un tanto alejadas (3).

Así algunos ubican los principales accidentes esbozando una clasificación en: a) accidentes locales: gingivitis de diversos tipos, pericoronaritis, compresión sobre los elementos vecinos, diversos grados de inflamación que pueden conectarse con alteraciones regionales;

b) accidentes regionales: mucosos (gingivitis generalizada), ganglionares (sub-maxilar, sub-ángulo-maxilar, cervical, que pueden llegar al adeno-flemón), celulares (simples flemonosos crónicos), óseos (osteítis), reflejos (neuralgias, parálisis facial, pelada, alteraciones de oído), diversos dentro de los cuales debemos citar especialmente las alteraciones de oclusión producidas por el empuje del tercer molar sobre los elementos vecinos, ulceraciones linguales, quistes periodontales o laterales.

c) accidentes generales: más bien repercusión de los anteriores que directamente producidos por alteraciones en la zona en cuestión; entre ellos tenemos la fiebre, alteración del sistema nervioso, del aparato respiratorio, del aparato digestivo, etc.

Un elemento que no debemos dejar de lado es la posible presencia en esta zona como en otras de la cavidad bucal de restos epiteliales llamados de Malassez en homenaje a uno de los estudiosos que más se preocupó por su estudio (4). Hemos querido subrayar aquí la presencia de los mencionados elementos, teniendo en cuenta la notabilísima importancia que dan la mayoría de los autores a los mismos en la génesis de formaciones patológicas co-

mo los quistes y tumores de los maxilares.

ERUPCION DENTARIA

Dado el hecho de que en la zona de nuestro estudio, hemos de encontrarlos con gran frecuencia ante el hecho de una erupción incompleta, o bien ante diferentes estadios de la misma que no es el caso de estudiar aquí, creemos sí, de gran utilidad recordar los pasos fundamentales que sigue el elemento dentario en la erupción normal para poder ubicarnos después en los casos que nos han de presentar.

Sabemos que los gérmenes dentales están rodeados una vez que han iniciado su formación por el tejido conjuntivo laxo del saco dentario y por hueso. El saco dentario, de estirpe mesodérmica, rodea al órgano del esmalte y va a dar lugar a la formación del cemento y del periodonto, acompañando asimismo al folículo durante su erupción. A medida que la corona se mueve hacia la superficie, el tejido conjuntivo situado entre el epitelio del esmalte y el epitelio bucal desaparecen progresivamente, hasta que el epitelio de la boca y el epitelio del órgano del esmalte se fusionan, cosa que sucede cuando las cúspides de la corona se acercan a la mucosa oral. Si el proceso se continúa normalmente, en el centro de la zona de fusión, el epitelio degenera, dando paso a las cúspides del elemento dentario que hacen su aparición en la boca (5).

En nuestro caso, vale decir en los casos de los terceros molares, el saco pericoronario puede comunicar con el medio bucal, sin que el elemento haga erupción en la cavidad oral o bien puede producirse la erupción parcial (de una o más cúspides). En ambas situa-

ciones el saco queda predispuesto a infectarse, especialmente por el hecho sobre el que ya llamamos la atención de que se encuentra en una zona donde el barrido se realiza con dificultad. (6)

Los restos del saco dentario no desaparecen completamente. La porción que permanece, forma una especie de bolsa, constituida por el hemisferio restante del saco dentario. La mencionada bolsa, mientras no tiene accidentes infecciosos, puede permanecer por tiempo indefinido sin dar lugar a ninguna patología y completamente asintomática. Fig. 2

En caso de infectarse, da origen a un proceso patológico que ha dado en llamarse pericoronaritis (7). La acumulación de restos alimenticios así como la entrada de líquidos bucales con su carga de bacterias, en la mencionada zona traerá como consecuencia inmediata el comienzo de la inflamación (8). Se presenta entonces dolor espontáneo casi siempre constante. La palpación sobre la zona donde está la corona del diente no erupcionado, provoca dolor exquisito y la salida de exudados, pus, restos alimenticios, etc (9). Puede haber hiporexia y hasta ulceración de los tejidos blandos de cubierta; puede presentarse un trismus marcado por la difusión de la infección a los músculos masticadores. La misma deglución puede llegar a estar afectada. La pericoronaritis se puede asociar a otras afecciones tales como la gingivitis fusospirilar o úlcero-necrótica, favorecida especialmente por la falta de masticación en la zona, ya que el paciente elude realizarla por el dolor que la misma le produce (10).

Se puede también presentar accidentes a distancia, entre los que podemos

citar, la infartación ganglionar, dolor de oído, halitosis, fiebre, insomnio. (11)

Al realizar la inspección de los tejidos intraoralmente, se puede observar el capuchón de tejidos blandos edematizado, con la impresión de los dientes superiores producida al ser aplastado por los mismos durante el acto masticatorio. El enrojecimiento y el edema se difunden hacia el pilar y hacia el surco gingivo-yugal, presentando casi siempre en todas las zonas afectadas, un borde amarillento, dado por la necrosis superficial o bien por la ulceración, que podríamos decir, se presenta como norma en éstos casos.

Podemos para terminar este prolegómeno, resumir todo este complejo síndrome, diciendo con Lucas González que:

"Pericoronaritis, es la infección que se localiza en la encía alrededor de la parte coronaria de los dientes en erupción. El dolor será debido a la compresión del capuchón pericoronario inflamado o a la existencia de una úlcera debajo del mismo, producto de la presión del molar en erupción sobre la cara interna del capuchón" (12).

TRABAJO PERSONAL

Dentro del caudal de pacientes hospitalarios, se han tomado al azar 39, que concurrieron a la consulta profesional por problemas relacionados con sus terceras molares inferiores.

Una vez realizado el estudio clínico-radiográfico de los mismos se procedió a la extracción dentaria del elemento causal.

Previa a la extracción propiamente dicha, una vez anestesiado el enfermo, se obtuvo un fragmento de mucosa de la parte posterior adyacente al elemento dentario.

Luego de ser fijado en formol, el material, fue cortado y teñido por la técnica corriente con hematoxilina-eosina y luego informado por el Profesor Contratado de la Cátedra de Anatomía y Fisiología Patológicas General y Especial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Córdoba Doctor Héctor Gendelman.

RESULTADOS

Damos a continuación cuadros en los que se puede tener una visión de conjunto de los hallazgos clínico-radiográficos e histopatológicos.

CUADRO I

Caso	Edad	Sexo	Edema	Hemo- rragia	Hiper- plasia	Ulcera- ción	Querati- nización
1	27	F	X	X	X	X	X
2	25	M	X	—	X	—	X
3	35	F	—	—	—	—	—
4	20	F	—	—	X	—	—
5	19	F	—	—	X . X'	X'	X
6	45	F	—	X	—	X	—
7	36	F	—	X'	X	X'	X
8	16	F	—	X	X	X	—
9	32	F	—	X'	X . X'	X'	—
10	18	M	X'	X'	X	X'	X
11	23	M	—	—	X	X'	X
12	22	M	—	—	X	—	X
13	20	X	X'	X . X'	X . X'	X'	X
14	25	M	X'	X . X'	X	X . X'	—
15	28	M	—	X'	X	X'	X
16	28	F	X'	X'	X	X'	—
17	23	M	—	—	X . X'	—	X
18	27	M	—	—	X . X	X'	X
19	23	F	—	—	X	—	X
20	22	M	—	—	X	—	X
21	22	F	X	X	X'	X	—
22	23	M	X . X'	X . X'	X . X'	—	—
23	30	F	—	—	X	—	X
24	21	M	X	X	—	X	—
25	23	F	—	—	X	—	—
26	24	F	X	—	X	—	X
27	27	M	X	X'	X	X'	—
28	18	F	X	X	—	X	—
29	23	M	—	X	X	X	—
30	21	F	—	—	X	X	—
31	16	F	—	—	—	X	X
32	25	F	—	—	X	X	—
33	28	M	—	—	X	X'	X
34	19	F	—	X	X	X	—
35	34	F	—	X	X	—	—
36	17	M	—	X	—	—	—
37	25	M	X	—	X	—	—
38	25	M	—	X	X	X	X
39	26	F	—	X'	X . X'	X'	—

—: Significa que no se presentó en ese caso.
 X. Significa que estuvo presente en el caso.
 X . X': Significa que se presentó en ambas vertientes del preparado.

CUADRO II

Casos	Paraquerra- tización	Acan- tosis	Fibrosis	Vasos	Proc. Infl. Crónico	Proc. Infl. Agudo	Necrosis
1	—	—	—	X	X	—	—
2	X	X	—	—	—	—	—
3	X	X	—	—	—	—	—
4	X	X	—	X	X	—	—
5	X'	X . X'	X'	—	X'	—	—
6	—	—	—	X	X	X	—
7	—	X	X'	—	—	X'	—
8	X	X	—	—	X	—	—
9	X	X	—	X'	X'	—	—
10	—	X	X	X	X'	—	X'
11	—	X	X	X'	X'	—	X'
12	—	X	X	X	—	—	—
13	—	X	X	—	X'	E . X'	—
14	—	—	—	X'	X . X'	E . X'	—
15	—	—	X'	—	—	—	—
16	—	X	—	X'	X	—	X'
17	—	—	X'	—	X'	E . X'	—
18	X	—	X'	X'	X . X'	—	—
19	—	—	X	X	X	—	X
20	—	—	X	X	X	—	—
21	X'	—	X' . X'	X'	—	—	—
22	X . X'	—	X' . X'	X'	X'	—	—
23	—	—	X'	—	—	X'	—
24	—	—	X	—	X	—	—
25	—	—	X	—	—	—	—
26	—	—	X	X	X	—	—
27	X	—	X'	X'	X'	—	—
28	—	—	X	—	—	X	—
29	—	—	X	X	X	—	X
30	—	—	—	X	X	E . X	—
31	—	—	X	X	—	X	—
32	—	—	—	X	X	E . X	—
33	—	—	X	—	X'	—	—
34	—	—	—	X	X	—	—
35	—	—	X	—	—	—	X
37	—	—	—	X	X	—	—
38	—	X	X	X	X	—	X
39	X . X'	X . X'	X'	—	X'	—	X'

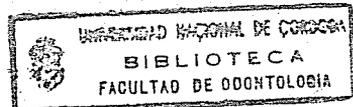
—: Significa que no se presentó en ese caso.

X: Significa que estuvo presente en el caso.

X . X': Significa que se presentó en ambas vertientes del preparado.

E . X: Significa que el proceso crónico presentó un empuje agudo.

CUADRO III



Caso	B. N.	U. M.	Tr.	D. R.	P. E.	I. G.	H.
1	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	X	—	—	—
4	—	—	—	X	—	—	—
3	—	—	—	—	—	X	—
5	—	—	—	X	X	—	—
6	—	X	—	X	—	X	—
7	—	—	—	—	X	X	—
8	—	—	—	X	—	—	—
9	—	—	—	X	X	—	—
10	—	—	—	X	—	X	X
11	—	—	—	—	X	—	X
12	—	—	X	—	—	—	—
13	—	X	X	X	X	—	—
14	—	—	—	X	X	X	—
15	—	X	—	X	—	—	—
16	—	—	—	X	—	—	—
17	—	—	—	—	X	—	—
18	—	X	—	—	—	—	X
19	—	—	—	—	X	—	—
20	—	—	X	—	—	X	—
21	X	—	—	X	X	—	—
22	—	—	X	—	X	—	—
23	X	—	X	X	X	—	—
24	—	—	—	X	X	—	X
25	—	—	—	X	X	X	—
26	—	—	—	—	X	—	—
27	X	—	—	—	X	X	X
28	X	—	—	X	—	—	X
29	—	X	X	—	—	—	—
30	—	—	—	—	—	—	X
31	—	—	—	—	X	—	—
32	—	—	—	—	X	—	—
33	—	—	—	—	—	—	—
34	—	—	X	X	X	—	X
35	—	—	—	X	X	—	—
36	—	—	—	X	—	—	—
37	—	X	—	—	—	X	—
38	—	—	X	—	X	X	—
39	—	—	—	—	X	X	X

B. N.: Bordes Necrosados. — U. M.: Ulceración Mucosa. — Tr.: Trismus. —
D. R.: Dilaceración Radicular. — P. E. Pus, Exudado, Restos Alimenticios. —
I. G.: Infartación Ganglionar. — H.: Halitosis. — x: Significa "Se presentó
en este caso".

CUADRO IV

Caso	E. P.	R. H.	D. A.	M. A.	R. V.	Dolor	E. T.
1	x	x	—	x	—	x	—
2	—	x	—	—	—	x	x
3	x	—	—	x	—	x	—
4	x'	—	—	x	—	x	—
5	x	—	—	—	—	x	x
6	x	—	—	—	—	x	x
7	x	—	—	—	x	x	—
8	x	—	—	—	x	x	x
9	x'	x	—	—	—	x	—
10	x	—	—	—	—	x	—
11	—	—	—	x	—	x	—
12	x	—	—	x	—	x	—
13	x	—	—	—	x	x	—
14	x	—	—	—	x	x	—
15	x'	—	—	—	x	x	—
16	x	—	—	—	—	x	x
17	x	—	—	—	x	x	x
18	x	—	x	—	—	x	—
18	x	—	—	—	x	x	x
20	x	—	—	x	—	x	—
21	x'	—	—	x	—	x	—
22	x	—	x	—	—	x	—
23	x	—	—	—	—	x	x
24	x	—	x	—	x	x	—
25	x	—	—	—	x	x	x
26	x	—	—	—	x	x	—
27	x	—	—	—	x	x	—
28	x	—	—	—	x	x	—
29	x	—	—	—	—	x	—
30	x	x	—	—	—	x	—
31	x	—	—	x	—	x	—
32	x	—	—	x	—	x	x
33	—	—	—	x	—	—	—
34	x	—	—	x	—	x	—
35	x	—	—	x	—	x	—
36	x	—	—	x	—	x	—
37	x	—	—	x	—	x	x
38	x	—	—	—	x	x	—
39	x	—	—	—	x	x	—

E. P.: Corona erupcionada parcialmente (x': cubierta completamente). —
R. H.: Retención Horizontal. — D. A.: Disto-angular. — M. A.: Mesio-angular.
R. V.: Retención Vertical. — Dolor: Motivo de la consulta. — E. T.: Erupción Total. — x: Significa "Se presentó en ese caso".

CONCLUSIONES.

La observación de los cuadros en que se resúmen los resultados, nos permite sacar las siguientes conclusiones:

1. En líneas generales la sintomatología de las pericoronaritis se ha presentado con las características que se describen tradicionalmente.
2. Del relato de los pacientes se puede colegir que las alteraciones producidas por las pericoronaritis, aún cuando la sintomatología clínica desaparezca, persisten, ocasionando a la larga reagudizaciones del proceso que siempre llevan a la indicación de la extracción del elemento.
3. Las pericoronaritis por diversas causas, entre las cuales juega un rol importante la época de erupción del tercer molar inferior, es evidentemente una afección de la juventud. En nuestra casuística tuvimos solo un paciente de más de 40 años y 2 de más de 30, a pesar de que no se realizó ninguna selección de los mismos.
4. La zona de la mucosa oral de la región posterior al tercer molar, es un sector muy particular porque sobre ella inciden, modificándola todos los trastornos eruptivos del tercer molar inferior.
5. Los elementos de diagnóstico hallados predominantemente en nuestra casuística fueron: a) dolor: en algunos casos espontáneo, pero en su mayor incidencia vinculados a la masticación a consecuencia de la inflamación de la mucosa de la zona; en un solo caso no se presentó éste síntoma, pero ello se debió a

que el tercer molar fue extraído debido a su gran destrucción coronaria, obteniéndose el corte de mucosa, con el único fin de que sirviera de testigo.

- b) Erupción parcial de la corona del elemento dentario: en 34 casos la corona estaba parcialmente cubierta por un capuchón mucoso, mientras que en 4 casos estaba completamente cubierta, pudiéndose advertirla clínicamente únicamente a través de la exploración instrumental de la zona distal del segundo molar.
 - c) Pus, exudado, o presencia de detritus alimenticios: se presentó en 24 casos, debiendo hacer notar que para la valoración de los mismos solo se tuvo en cuenta aquellos en que fue manifestamente ostensible.
 - d) Infartación ganglionar: se sentó en 11 casos.
 - e) Halitosis. 9 casos.
 - f) Trismús: 8 casos.
 - g) Capuchón con bordes necrosados: 5 casos.
 - h) Ulceración superficial de la mucosa: 6 casos.
 - i) Gingivitis úlcero-necrótica: 1 caso.
 - j) Pelada: 1 caso.
6. Con respecto al elemento dentario en si podemos informar que en 18 casos la posición fue mesioangular, en 14 casos fue vertical, en 4 casos fue horizontal y en 3 casos disto-angular. En 19 casos se encontraron dilaceraciones radiculares hacia distal. En algunos casos se encontró una incompleta calcificación apical.
 7. Todo este conjunto de alteracio-

nes que son encuadradas dentro de los estados inflamatorios de la región del tercer molar inferior, es lo que se ha dado en llamar "pericoronaritis".

8. Estas alteraciones inflamatorias son principalmente, procesos inflamatorios crónicos que asientan en el corion sub-epitelial, como se puede apreciar en el cuadro II (27 casos sobre 39 - 69%).
9. El epitelio de la mucosa se ve comprometido en casi todos los casos, por una franca hiperplasia acompañada frecuentemente con acantosis (33 casos - 84%).
10. La superficie del epitelio no pierde continuidad en la vertiente externa, salvo que un proceso ulcerativo se forme como consecuencia del trauma masticatorio con los antagonistas.
11. En muchas ocasiones la mucosa, se presentó paraqueratinizada como toda la mucosa oral (11 casos - 28% y en otras (18 casos - 46%), se ha modificado en el sentido de la queratinización.
12. Las variantes que presenta el exudado que a simple presión digital, deja salir la encía de la zona, muchas veces pueden estar constituidas por detritus en descomposición y otros obedecen a francas ulceraciones de la vertiente interna (25 casos - 64%) constituyendo entonces una mezcla de pus, detritus alimenticios en descomposición y exudado hemorrágico.
13. Cuando existe pus, el mismo representa en casi todos los casos un empuje agudo sobre un proceso inflamatorio crónico de base con la correspondiente ulceración.
14. Aunque se observa modificaciones

en el epitelio como acantosis, espongirosis, ulceración, en ningún caso son lo suficientemente importantes para pensar en una degeneración maligna a pesar de la continua irritación o que está expuesta la zona.

RESUMEN

El autor ha realizado estudios clínico-radiográficos en pacientes afectados de pericoronaritis. Además, en el momento de la intervención quirúrgica, ha tomado trozos de mucosa de la parte posterior de elemento dentario. De los mencionados cortes se han hecho estudios Histo-patológicos que permiten sacar conclusiones interesantes.

SUMMARY

The author has made a serie of clinical x-ray studies in patients affected by pericoronaritis. Besides at the moment operating he took pieces of mucous from the posterior part of the dental element. Many histopathological studies have been made on the pieces mentioned before, which allow us to come to very interesting conclusions.

BIBLIOGRAFIA.

1. BERVELL, S. The Bacteriology of physiological gingival pockets, Acta Od. Scand. 22:2:167 - 183, Jun. 1964.
2. APRILE, H. y FIGUN M. Anatomía Odontológica. Buenos Aires, El Ate-neo. 1954.
3. QUEREILHAC, N. Técnica para la extirpación del capuchón de encía que recubre los últimos molares. Rev. Od. 28:11:640-646, nov. 1940.

4. MALASSEZ, L. Les débris épithéliaux paradentaires. Paris, Masson. 1910.
5. CABRINI, R. y CABRINI R. (h). Histología y embriología buco-dental 3. ed. Buenos Aires, El Ateneo. 1952.
6. HAMILTON, J. Pericoronaritis Od. Cl. de N. A. Serie 1: 2: 170 - 178.
7. RIES CENTENO, G. Accidentes originados por los dientes retenidos. Rev. C. O. A. y C. E. O. Año XXI:256:191 195 oct. - dic. 1945.
8. DILLON, J. La extracción quirúrgica del tercer molar retenido. Buenos Aires, Tall. graf. M. Jorman, 1942.
9. THIBAUT, R. LAMBERT, A. Accidentes de la dent. de sagesse. Enciclopédie Médico - Chirurgicale 22010C10.
10. RIES CENTENO, G. El tercer molar inferior retenido. Buenos Aires, El Ateneo. 1949.
11. BERCHER, et al. Pathologie dentaire. Paris, Masson, 1950.
12. GONZALEZ, Lucas. Patología y Clínica buco-dentales. T. II Buenos Aires, Purinzón, 1959.