

LIQUIDO DE QUISTES PARADENTARIOS HIPERCOLESTERINEMICOS

por

V. SANCHÍS-BAYARRI VAILLAN y J. FONT BUXÓ,
de Valencia

Los quistes paradentarios suelen definirse como "formaciones quísticas de origen inflamatorio, constituídas por una cápsula conjuntivo-epitelial y un contenido líquido, y cuyo origen suele ser un granuloma apical, como complicación de un diente con pulpa muerta, bien por caries y a veces sin ella". Esta definición es inexacta. No es raro que en publicaciones médicas se les designe también como tumores, lo cual es a todas luces poco apropiado, aunque por su evolución clínica puedan parecerlo. A lo sumo puede concederse que se trata de formaciones seudotumorales, de origen inflamatorio, con hiperplasia secundaria conjuntiva epitelial, esta última predominante.

Por su origen, según Malassez (1), los quistes paradentarios pueden clasificarse en la forma siguiente:

1. Quistes superficiales que derivan de las glándulas de Serres restos de la lámina epitelial del diente y del "gubernaculum dentis".
2. Quistes que derivan del epitelio del esmalte; y
3. Quistes profundos que derivan de la vaina de Hertwing.

No todos los autores están de acuerdo con la teoría embrionaria de Malassez; por ejemplo, Grawitz cree que el absceso apical es el origen del quiste que se circunda de células epiteliales venidas de las mucosas de la boca, creciendo el tejido epitelial desde la entrada de la fístula dentaria a la cavidad del absceso. Cuando éste se cura y la fístula se cierra quedan incluidas células epiteliales que serían las que originarían la cavidad quística. Esta opinión ha sido aceptada recientemente por Jones y Cousel (2) pues, a su parecer, las células epiteliales de revestimiento del quiste se asemejan a las del epitelio bucal y no a las de los restos paradentarios. Por otra parte, tampoco este punto de vista puede comprender todos los casos, pues Hill (3),

Römer (4) y otros autores, han encontrado quistes y granulomas con un epitelio ciliado que parece provenir del seno maxilar.

Las publicaciones sobre quistes dentarios y paradentarios son frecuentes en las revistas odontológicas y aun en las de Cirugía general, y en contraste con ello, llama la atención la rareza con que se habla del contenido quístico contentándose los más de los autores en describir someramente sus caracteres macroscópicos, por lo demás bastante variables; sero-sanguinolento lo más a menudo, purulento otras, sólido por estar formado por un coágulo sanguíneo y alguna vez de color amarillo claro con cristales de colesteroína. Una pequeña revisión de la literatura, como vamos a ver, nos ha afirmado en nuestro criterio.

L. Dieulafe y A. Herpin (5) y colaboradores estudian con algún detalle la etiopatogenia y anatomía patológica de estos quistes. Señalan que en los quistes dentíferos, la pared quística se relaciona con el ápice de un diente. Que la capa externa, de carácter conjuntivo, se termina y extiende sobre el cemento de la raíz; que la capa epitelial se detiene en el cuello del diente. Suele ser frecuente la inclusión de uno o varios restos dentarios (corona o raíz) que se relaciona con la pared quística del propio modo. El revestimiento es de tipo malphigiano. El líquido quístico puede ser muy variable, claro, filante, espeso, amarillento o negruzco. El aspecto de estos quistes parece semejante a los quistes dermoides y ello explica las posibles variaciones de su estructura y contenido.

Los "quistes adamantinos" son distintos. Sin relación directa con dientes; independientes del tejido óseo y frecuentemente uniloculares. Se encuentran constituidos por una delgada capa conjuntiva fuertemente vascularizada, lo que explica la frecuencia de su contenido hermático. Su epitelio está formado por una o varias capas de células estrelladas semejantes a las del órgano adamantino. Su líquido es claro, a veces cargado de grasa (colesterina).

M. Pérez Lista y P. Dueño (6) estiman que los quistes dentarios son los más numerosos de los quistes maxilares. En una estadística de Partsch de 416 quistes maxilares, 394 eran de origen dentario. Estos quistes suelen ser de origen radicular y tienen generalmente como antecedente etiológico la existencia de un diente afecto de caries. Los pequeños abscesos que se forman en la raíz del diente determinan con frecuencia la formación de granulomas apicales que son de naturaleza inflamatoria, siendo ellos los que originan por su acción irritante un

estímulo de los restos paradentarios de Malassez. Estos, que rodean el diente adulto disponiéndose como una red desde el cuello a la raíz del diente, explican que al empezar a desarrollarse la cavidad quística a expensas de estos restos, tienda aquélla a expansionarse hacia el lugar que representa menos resistencia, y por ello son más frecuentes en el maxilar superior de hueso más esponjoso, que no en el inferior de hueso más duro.

A propósito de dos casos que fueron operados con extirpación del quiste, estudiaron la estructura histológica de la pared quística, la cual se encuentra formada de dentro a fuera por: Primero, un epitelio pavimentoso poliestratificado de aspecto epidérmico; segundo, por una capa de tejido conjuntivo; tercero, por una lámina de tejido óseo compacto. Lo fundamental es el epitelio interno. Este es de variable espesor, con frecuencia con varias capas en las que se encuentra por fuera, el cuerpo mucoso de Malphigio; después, unas capas de células más o menos aplanadas en las que no llegan a apreciarse indicios de queratización. En su conjunto, la mucosa quística reproduce enteramente el aspecto de un epitelio poliestratificado normal.

En este trabajo por demás interesante, analizaron los autores el mecanismo de formación de estos quistes. Unos, los llamados quistes dentíferos, foliculares o coronodentarios, se suponen originados por folículos dentarios reblandecidos y posteriormente transformados en quistes. Su origen folicular no se admite más que para pocos de ellos y Malassez prefiere llamarlos coronodentarios. Característica esencial de estos quistes es la presencia en su interior de un diente en variado estado de desarrollo y corresponder a un diente que falta en la arcada. Varios tipos son posibles. Los quistes foliculares verdaderos, los quistes gubernaculares con sus dos variantes: los quistes pericoronarios, qui tienen la particularidad de rodear enteramente el diente incluído, y los llamados quistes yuxta o paracoronarios que se caracterizan por estar separado el diente de la cavidad quística por una capa de tejido conectivo. La etiología de estas malformaciones es muy indecisa. Podría ser una inclusión dentaria y la formación del quiste deberse a una detención del desarrollo de la raíz. Otro posible origen sería una mala orientación del órgano adamantino y del bulbo desario predominando la desviación del diente y constituyendo un obstáculo a su salida. Frecuentemente los quistes dentarios pertenecen a la raíz del canino.

P. García y P. del Villar (7) relatan una observación muy semejante a las anteriores. El diagnóstico se hizo por la tumefacción geniana y la exploración radiográfica del macizo óseo facial, comprobándose que el quiste llenaba casi el seno maxilar y tenía evidente relación con el molar de los seis años. A pesar de que fué operada con buen éxito, no se cita cuál sea el aspecto del líquido quístico ni sus características bioquímicas.

J. Font Llorens (8), analiza un caso de quiste dentífero de gran tamaño ocasionando una notable deformación de la región geniana izquierda. Mediante radiografías del macizo óseo facial y de otra intrabucal, pudo apreciarse con la última la posesión normal de los dientes. No así con la extrabucal que permitió ver en la parte alta de la apófisis ascendente del maxilar un canino en evolución que hacía marcada prominencia en la cavidad del presente quiste. Analiza el autor la patogenia de estos quistes: Se desarrollan preferentemente a expensas de la cara externa; comienzan a evolucionar a distancia del borde alveolar e impiden la salida del diente originario del quiste, pero no la de los dientes próximos. La evolución de estos quistes suele ser lenta aunque en este caso ocurrió lo contrario.

J. R. Rafael Meiz (9) menciona el caso de un enfermo con un quiste dentífero de maxilar superior de notable tamaño pues llegó a ocupar casi toda la cavidad sinusal y en el que, a pesar de ello, el estado general no se afectó mayormente. Por punción del quiste se extrajeron 10 c. c. de un líquido amarillento sero-purulento, sin ningún olor. No indica ninguna investigación analítica del líquido. En la ausencia de signos bucales objetivos, estos quistes intrasinales pueden, sin embargo, diagnosticarse fácilmente gracias a la diafanoscopia y por radiografías. La transiluminación de un antro que contiene una colección serosa da una imagen mucho más clara de la del seno vacío, y la radiografía, lo contrario. Señala la mayor frecuencia de los quistes dentarios en el maxilar superior.

G. Maurel (10), en su tratado de "Cirugía maxilo-facial", cita brevemente como caracteres del líquido de estos quistes su color cítrico o amarillo claro, filante y contener a menudo en suspensión cristales de colesteroína. Señala que la histología de la pared quística puede explicar esta particularidad, pues está formada por una lámina conjuntivo-epitelial.

G. R. Centeno (11) se extiende en consideraciones sobre la anatomía patológica de los quistes paradentarios que define como "una

bolsa conjuntivo-epitelial, con contenido líquido, apendiculada a un diente portador de una caries de 4.º grado". El contenido quístico lo define en forma semejante a los demás autores, sin hacer especial hincapié en los cristales de colesteroína ni tampoco en la composición del líquido quístico que dice se asemeja al plasma sanguíneo. Luego veremos que ello no es exacto.

A Gil Mariscal (12) describe un caso de quiste dentario de maxilar inferior, localización no frecuente que llegó a supurar y a abrirse espontáneamente al exterior. En la intervención ulterior pudo comprobar cómo la pared quística se desprendió fácilmente de la pared ósea. Al examen histológico se vió una trama fibrosa revestida internamente de una capa delgada que faltaba a trechos. Emite la hipótesis, de acuerdo con Brocca, que estos quistes resultan de una degeneración hidrópica del folículo dentario, y la secreción del líquido sería debida al reblandecimiento del órgano del esmalte, que, en lugar de adherirse al esmalte del diente, se separaría del mismo para constituir el revestimiento epitelial de la cápsula quística.

G. Goicoechea Gonzalo (13), del Hospital Valdecilla, cita en la estadística de este establecimiento durante treinta años 206 casos de quistes paradentarios, de los cuales 160 (77 por 100) eran del maxilar superior, y 46 (23 por 100) del maxilar inferior. En cuanto al contenido quístico, lo define como a un líquido de variable aspecto, desde el "agua de roca" de color oscuro, hemorrágico, pero siempre rico en colesteroína. Este autor, que ha estudiado con particular cuidado esta cuestión, encuentra que aquel producto entre 100 y 120 miligramos por 100. Señala que, por diversas razones, pocas veces pudo hacerse esta investigación y que personalmente sólo pudo ver veintiocho casos de caracteres análogos a los reseñados.

Hemos visto, de esta somera revisión de la literatura médica a nuestro alcance, que la atención de los autores se ha dirigido principalmente a sus aspectos quirúrgicos y etiopatológicos, más que al estudio del contenido quístico. Las apreciaciones sobre el mismo suelen limitarse a sus caracteres macroscópicos. Rara vez se cita alguna investigación analítica, y cuando ésta se ha hecho, ha quedado reducida a la determinación de la cifra de colesteroína, que suele calificarse de muy semejante a la del suero sanguíneo. Sobre el resto de los caracteres del líquido no se suelen encontrar más datos.

Creemos que no deja de tener interés puntualizar estos extremos. A ello nos puede ayudar el haber tenido ocasión de estudiar de reciente

dos enfermos de este proceso. Por ellos veremos que el contenido de estos quistes puede ser de composición distinta de lo que suele pensarse.

En su aspecto clínico, estos dos sujetos eran semejantes a la mayoría de los casos citados en la literatura: individuos adultos, jóvenes. Uno de veintidos años y el otro de 19, con deformación de región gingivogeniana anterior y sensación de tensión intrasinusal y vagos dolores dentarios. Un examen radiográfico permitió localizar la formación quística, y de su punción, extraer unos 10 c. c. de líquidos cuyos caracteres vamos a enumerar.

Caso número 1. *Aspecto macroscópico.*—Se trataba de un líquido amarillento, translúcido, en el que flotaban innumerables pequeños cuerpos blancos-brillantes, por agitación éstos cambiaban de posición y formaban ondas irisadas. Por reposo o centrifugación, el líquido quedaba transparente, recogándose un sedimento cristalino, blanco-grisáceo, untoso, que manchaba un papel al modo de los cuerpos grasos.

El análisis del líquido mostró los caracteres siguientes:

Proteínas totales	2,18 g. por cien.
Reacción de Rivalta	<i>Positiva débil.</i>
Colesterina	0,72 g. por mil

El examen microscópico del sedimento permitió observar abundantes cristales rectangulares o cortados por alguno de sus lados. Tenían el aspecto de tabletas delgadas y de ordinario apilados unos sobre otros formando masas de algún tamaño y consistencia que era lo que permitía verlos a simple vista aunque no con los detalles propios de la microfotografía. Como elementos celulares sólo existían algunos raros linfocitos y monocitos, con falta absoluta de gérmenes.

Caso número 2. El líquido recogido en este enfermo era de color amarillento, fuertemente brillante por la existencia de unos cristales blanquecinos y cuyo tamaño era de uno o dos milímetros. Estos cristales, de forma rectangular, con frecuencia cortados por alguno de sus lados, se encontraron en masas de bastante consistencia. El resto de los caracteres del líquido fueron los siguientes:

Proteínas totales	2,82 g. por cien.
Resacción de Rivalta	<i>Positiva.</i>
Colesterina	0,97 por cien.

No se vieron elementos celulares ni bacterias de ninguna clase.

De los datos anteriores, a modo de síntesis, podemos deducir lo siguiente:

El contenido proteico de estos líquidos es mucho más bajo que el del suero sanguíneo, pues no alcanza apenas más allá del tercio de éste. La reacción de Rivalta es positiva débil, indicio de un componente inflamatorio discreto, en la evolución del quiste. Finalmente, la cantidad de colessterina disuelta es más baja también que en la sangre. Posiblemente la existencia de los cristales debe ser debida a que el epitelio quístico, con función secretora, permite la reabsorción del agua, pero no la de los líquidos, que deben alcanzar pronto el punto de saturación y quedar precipitados en forma de cristales.

Las propiedades secretoras de colessterina del epitelio quístico no están ligadas a ninguna particularidad local, pues los mismos aparecen en otras formaciones quísticas, por ejemplo, en los líquidos de hidróceles (14) en los que a veces es posible observar los propios fenómenos. Recordemos que el epitelio de los hidroceles está constituido por una o dos capas de células planas a modo de un epitelio plano estructura que semeja el endotelio de las cavidades quísticas paradentarias. Sin embargo, alguna particularidad fisiopatológica deben tener cuando en ellos se pueden ver estos cristales, que faltan de ordinario en los derrames de otras cavidades (peritoneo, pleura).

RESUMEN

Se estudian los líquidos de los quistes paradentarios. Estos se caracterizan por su falta de gérmenes, bajo contenido proteico, reacción de Rivalta positiva y la existencia de colessterina en cifras inferiores al suero sanguíneo. En los dos casos se ha visto en el sedimento abundantes cristales de colessterina, señalando la posibilidad de la existencia de procesos de autoconcentración por reabsorción de líquidos y precipitación consecutiva de la colessterina.

(*per* "Med. Española", 29, 1956.)

BIBLIOGRAFÍA

Malassez, L.: "Archiv. de Phinal.", 5, 129, 1885.—Jones, W. W. y Cousel, A.: "The Brith Journal" V. 463, 1932.—Hill, Fh.: "Jour. of Den Research", 10. 3-231, 1930.—Römer, O.: "Handbuch der Zahn.", 676, 1909.—Dienlafe, L. y Herpin, A.: *Tratado de Estomatología*. VIII. *Enfermedades quirúrgicas de la boca y de los ma-*

xilares. Traducción española de Landete B. y Chornet A., pág. 352, 1919. Edit. Pub. Valencia.—Pérez Lista, M. y P.: *Contribución al estudio de los quistes dentarios*. "Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades", 417, 1928. Madrid.—García, P.; Del Villar, P.: *Un caso de quiste dentario*. "La Odontología", 276, 38, 1929.—Font Lloréns J.: *Un caso de quiste dentífero*. "Crónica Médica", 226, 51, 1932.—Rafael Meiz, J.: *Quiste dentífero desarrollado en el antro maxilar*. "La Odontología", 34, 45, 1936.—Manuel, G.: *Cirugía máxilo-facial*. Versión castellana por C. A. Herrera, 271, 1944. Edit. Alfa. Buenos Aires.—Ries Centeno G. A.: *Cirugía bucal*, 794, 1945. Edit. El Ateneo. Buenos Aires.—Gil Mariscal, A.: *Un caso interesante de quiste dentífero*. ODONTOIATRÍA, 553, 6, 1949. Madrid.—Goicoechea Gonzalo, G.: *Quistes paradentarios*. "Anales Españoles de Odontoes-tomatología", vol. XII, 521, 1953. Ibid., 259, 1953. Ibid., 539, 1953. Sanchis Bayarri, V. y García Martínez, A.: *Líquidos de hidroceles hipercolesterinémicos*. "Medicina Española", núm. 109, abril 1948.

FLUOROSIS

En un reciente trabajo, Takamori T. ("Ttokushima J. Exp. Med.", 1955, 2, 25) hace un estudio experimental exhaustivo de las fluorosis desde el punto de vista experimental.

Clasifica el diente moteado en 20 variedades distintas, en base a la cantidad de flúor del agua de consumo, y relaciona ese factor con el resto del organismo.

Comprueba que el exceso de flúor produce osteoporosis y apósito periostal, anemia microcítica, con aumento de los reticulocitos, y leucopenia, con leucocitos con granulaciones tóxicas.

Como última consecuencia de la fluorosis, se observan alteraciones cardíacas, tales como dilataciones cardíacas apreciadas telerradiográficamente y daño miocárdico, reconocido por el electrocardiograma.

(per "S. M.", 174, 1956.)