

saber diferenciarlo a través de una radiografía para poder llevar a cabo un tratamiento quirúrgico antes de ocasionar un deterioro mayor.

Dentigerous cyst

AUTHORS MARRA VICTORIA.

SCIENTIFIC ADVISORS. GULAYIN GUILLERMO ANDRÉS.

National University of La Plata, Faculty of Dentistry, Diagnostic Imaging

Introduction: It originates by alteration of the adamantine epithelium after the complete formation of the crown by accumulation of liquid between the layers of the adamantine epithelium or between it and the dental crown. A cyst is a pathological space filled with fluid, covered with epithelium and surrounded by a defined wall of connective tissue. Cysts are classified as odontogenic cysts; non-odontogenic cysts; pseudocysts Case description: It is the second most frequent type of oral cysts and the most frequent pericoronal radiolucency. In this type of cyst, an X-ray reveals a homogeneous radiolucent area perfectly delimited to a crown of some piece without erupting, surrounded by a radiopaque line that represents the bony cortex. They are unilocular and include symmetrically inside the crown of the affected piece. The patient does not usually experience pain or discomfort, although paresthesia may occur on the affected side. These cysts develop around the crowns, dental roots are usually found outside the lesion, in the bone. The main characteristic of these cysts is their ability to expand, ranging from something more than the diameter of the crown to its painless expansion of the bone tables, reabsorbing or displacing the affected teeth. The differential diagnosis should be made with other lesions such as unicystic ameloblastoma, adenomatoid odontogenic tumor, ameloblastic fibroma. The treatment to follow consists in the exodontia of the associated dental piece and the soft tissues that compose it, by means of a conservative enucleation surgical technique. Conclusions: Most of these cysts are formed around the crown of a retained lower third molar or upper canine. It is transcendental to have a broad knowledge of this pathology since only a retained piece can form this cyst and bring with it complications in the entire oral cavity. It is also very important as dentists know how to differentiate it through an X-ray to be able to carry out a surgical treatment before causing a major deterioration.

*Título Nº 307 Queratoquiste Odontogénico (Clasif. OMS 2017)*

AUTORES: DÍAZ CATALINA LUZ.

ASESORES CIENTIFICOS: BAVARO, SILVIA FABIANA; PERDOMO STURNIOLO IVANA LORENA.

Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Odontología. SEPOI

Introducción: El Queratoquiste Odontogénico constituye un tipo histológico de los quistes odontogénicos de desarrollo de origen epitelial que se presenta entre la segunda y tercera década de la vida y tiene un segundo pico de aparición hacia la quinta década. La ubicación más frecuente es en la zona del tercer molar inferior, ángulo mandibular desde donde progresan hacia la rama y el cuerpo. Su importancia radica en alta tasa de recurrencia ubicada entre el 30 y 60%. El Queratoquiste Odontogénico presenta características histopatológicas que lo diferencian de otras lesiones quísticas. Frecuentemente esta lesión está asociada a dientes impactados. Se acepta que el queratoquiste se origina en restos de la lámina dental localizados en la mandíbula o en el maxilar superior, sin embargo, hay evidencia que sugiere que también puede derivar de una extensión del componente de células basales del epitelio bucal que lo cubre. También podrían derivar del órgano dentario por degeneración del retículo estrellado, antes de que se inicie la aposición del esmalte. Los mecanismos relacionados con el crecimiento quístico son los siguientes: -Crecimiento por multiplicación de células basales. Se desconoce el estímulo que provoca el crecimiento de las células. -Distensión por fluidos: Ósmosis. -Factores reabsorventes de hueso: actividad enzimática. Desarrollo: El Queratoquiste Odontogénico es una lesión asintomática, de larga evolución, crecimiento lento y expansivo, no destructivo, la piel y la mucosa presentan características normales, crepita a la palpación. Es un quiste de los maxilares que se presenta con mayor frecuencia entre la segunda y tercera década de la vida, aunque un segundo pico de aparición puede ocurrir en la quinta década. A menudo esta entidad cuando se observa en niños se asocia al Síndrome de Carcinoma Nevoide de Células Basales. Este Síndrome se caracteriza por anomalías cutáneas que incluyen hoyuelos queratósicos palmares y plantares, carcinomas múltiples de células basales, milias múltiples y carcinosis dérmica.

Además del componente de queratoquiste, se observan a menudo costillas bífidas y anomalías vertebrales y metacarpianas. Clínicamente se presenta como un aumento de volumen que compromete una tabla ósea (lingual en la mandíbula y vestibular en el maxilar superior). Puede alcanzar grandes dimensiones ya que crece más a través de los espacios medulares que transversalmente. En general estos quistes se caracterizan por su lenta evolución. Cuando debutan con tumoración y dolor, el tamaño que han desarrollado es muy grande. El conocimiento de sus características microscópicas es muy importante, debido a su alta tasa de recurrencia, la cual ha sido estimada en un 30%. En un estudio clínico patológico de 20 años se encontró una tasa de recurrencia del 35% y en un periodo de 4 años. La recurrencia de 60% se documentó para pacientes con Síndrome Nevoide de Células Basales. Radiográficamente muestran un aspecto cavitario oval o redondeado. Esta lesión se presenta como una imagen radiolúcida, bien circunscrita que presenta bordes radiopacos delgados. Es posible observar multilocularidad, en especial en lesiones grandes, sin embargo, la mayoría de las lesiones son uniloculares, y más del 40% es adyacente a la corona de un diente sin erupcionar. La lesión puede aparecer como una radiolucencia unilocular o multilocular, a menudo con un borde esclerótico delgado que representa hueso activo. Este borde se puede alisar o festonear, pero por lo general está agudamente marcado. El epitelio es muy característico, está compuesto de una superficie de paraqueratina, la cual está habitualmente corrugada, rizada o arrugada. Tiene uniformidad de grosor, por lo regular entre 6 y 10 células de profundidad sin formación de invaginaciones dermoepidermales. En ocasiones se encuentra ortoqueratina, pero si la hay también es evidente la paraqueratina. La interfase epitelio- tejido conectivo es plana, no forman un borde epitelial y el grosor de la cubierta varía de 8 a 10 capas de células. La capa fibrosa de este quiste es generalmente delgada, con poca o ninguna célula inflamatoria. La capa basal es típica y presenta células pálidas con núcleos prominentes, polarizados e intensamente teñidos. La luz del quiste puede contener grandes cantidades de restos de queratina o líquido claro similar a un trasudado seroso. También puede haber colesterol, así como cuerpos hialinos en el sitio de la inflamación. Con frecuencia la pared de tejido conectivo muestra pequeños islotes de epitelio similares a los del epitelio de revestimiento. Dentro de las opciones de tratamiento que encontramos en las bibliografías tenemos: 1. Enucleación: -Con cierre-Con descompresión-Con fijación química con Solución Carnoy-Criocirugía: se dice que sin embargo no mejora la tasa de curación. 2. Marsupialización-Sola-Con la subsiguiente enucleación 3. Resección: si se trata de grandes tumores o ha habido más de 4 recurrencias, pues puede estar asociado a Carcinoma de Células Escamosas Conclusión: Basándonos en la presencia de paraqueratina, se puede concluir en la afirmación que esta entidad es potencialmente maligna y recidivante, por lo cual el criterio óptimo al abordar un tratamiento debe adecuarse en la minimización de una posible recidiva. Para ello, realizar la completa enucleación y tratamiento del lecho quirúrgico con solución de Carnoy o, si se tratase de una lesión de gran tamaño que comprometa estructuras nobles, la resección del sector maxilar comprometido; serían las alternativas más aceptables y de mayor certeza de éxito en el tratamiento.

ODONTOGENIC KERATOCYST (WHO CLASIFICATION 2017)

AUTORES. DÍAZ CATALINA LUZ.

ASESORES CIENTIFICOS: BAVARO SILVIA FABIANA; PERDOMO STURNIOLO IVANA LORENA.

*Facultad de Odontología de La Plata. SEPOI.*

Introduction: Odontogenic keratocyst is a histological type of odontogenic development cysts of epithelial origin that occurs between the second and third decade of life and has a second peak of appearance to the fifth decade. The most frequent location is in the area of the lower third molar, mandibular angle from where they progress towards the branch and the body. Its importance lies in high recurrence rate located between 30 and 60%. The Odontogenic Keratocyst presents histopathological characteristics that differentiate it from other cystic lesions. Frequently, this lesion is associated with impacted teeth. It is accepted that the keratocyst originates in remains of the dental lamina located in the jaw or in the upper jaw, however there is evidence that suggests that it can also derive from an extension of the basal cell component of the buccal epithelium that covers it. They could also be derived from the dental organ by degeneration of the stellate reticulum, before the enamel apposition is initiated. The mechanisms related to cystic growth are the following: - Growth by multiplication of basal cells. The stimulus that causes the growth of the cells is unknown. -Distension by fluids: Ósmosis. Resorbable bone factors: enzymatic activity. Development: The Odontogenic Keratocyst is an asymptomatic lesion, of long evolution, slow and expansive growth, non-destructive, the skin and the mucosa present normal characteristics, crackling on palpation. It is a cyst of the jaws that occurs most frequently between the second and third decade of life,

although a second peak of onset may occur in the fifth decade. Often this entity when observed in children, is associated with the Syndrome Nevoid Carcinoma of Basal Cells. This syndrome is characterized by cutaneous abnormalities that include palmar and plantar keratotic dimples, multiple basal cell carcinomas, multiple milias, and dermal carcinosis. In addition to the keratocyst component, bifid ribs and vertebral and metacarpal abnormalities are often observed. Clinically, it presents as an increase in volume that compromises a bony table (lingual in the mandible and vestibular in the upper jaw). It can reach large dimensions as it grows more through the medullary spaces than transversally. In general these cysts are characterized by their slow evolution. When they debutan with tumor and pain, the size they have developed is very large. The knowledge of their microscopic characteristics is very important, due to its high rate of recurrence, which has been estimated at 30%. In a pathological clinical study of 20 years a recurrence rate of 35% was found and in a period of 4 years. The recurrence of 60% was documented for patients with Nevoid Basal Cell Syndrome. Radiographically they show an oval or rounded cavitary aspect. This lesion appears as a radiolucent, well- circumscribed image with thin radiopaque edges. It is possible to observe multilocularity, especially in large lesions, however most lesions are unilocular, and more than 40% is adjacent to the crown of an unerupted tooth. The lesion may appear as a unilocular or multilocular radiolysis, often with a thin sclerotic border that represents active bone. This edge can be smoothed or scalloped, but it is usually sharply marked. The epithelium is very characteristic, it is composed of a parakeratin surface, which is usually corrugated, curled or wrinkled. It has uniformity of thickness, usually between 6 and 10 cells deep without formation of dermoepidermal invaginations. Occasionally orthokeratin is found but if there is also parakeratin is evident. The epithelial-connective tissue interface is flat, does not form an epithelial border and the thickness of the covering varies from 8 to 10 layers of cells. The fibrous layer of this cyst is usually thin, with little or no inflammatory cell. The basal layer is typical and presents pale cells with prominent nuclei, polarized and intensely dyed. The cyst lumen may contain large amounts of keratin debris or clear fluid similar to serous transudate. There may also be cholesterol as well as hyaline bodies at the site of inflammation. Often the connective tissue wall shows small islets of epithelium similar to those of the lining epithelium. Among the treatment options that we find in the bibliographies we have: 1. Enucleation: -With closure-With decompression-With chemical fixation with Carnoy Solution-Cryosurgery: it is said that it does not improve the cure rate, however.2. Marsupialization-Sola-With the subsequent enucleation3. Resection: if there are large tumors or there have been more than 4 recurrences, it may be associated with Squamous Cell Carcinoma. Conclusion: Based on the presence of parakeratin, it can be concluded that this entity is potentially malignant and relapsing, for which the optimal criterion when approaching a treatment must be adapted in the minimization of a possible relapse. To do this, carry out the complete enucleation and treatment of the surgical bed with Carnoy's solution or, in the case of a large lesion that compromises noble structures, the resection of the involved maxillary sector; would be the most acceptable alternatives and greater certainty of success in the treatment. As for the decompressive technique, also developed in numerous clinical cases, it is not obtained. Regarding the decompressive technique, also developed in numerous clinical cases, the complete safety is not obtained that the neofomed tissue when reducing the size of the lesion is completely free of cellular atypia, for which it can not be affirmed an absence of recurrence.

*Título Nº 308 Uso De Pasta Tri-Antibiótica En Dientes Temporarios. Reporte De Un Caso*

Autores: DADANTE, VALERIA; GIRALT, MARÍA AGUSTINA; WEISBURD, MARÍA EUGENIA; SEGHINI, MARÍA CECILIA; SBARIGHI, ESTEBAN; IZA, LILIANA; ROLDOS, ARACELI.

Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Odontología, SEPOI

Introducción: La pulpectomía es la extirpación de los tejidos blandos contenidos en cámara pulpar coronal y conductos radiculares. En los dientes temporarios se está utilizando como alternativa terapéutica el uso de tres antibióticos mezclados con una consistencia de pasta y llevados a la pieza dentaria para evitar las infecciones periapicales. Objetivo: El objetivo del siguiente trabajo fue demostrar la eficacia de las pastas tri antibioticas como tratamiento en una pieza con absceso periapical y fistula mediante su accion bactericida en un paciente de 7 años de edad; con el fin de inhibir los microorganismos presentes y preservar la pieza. Descripción del caso: Se realizó el tratamiento pulpar con pasta triantibiótica en la pieza Nº 7.5. Conclusiones: El uso de pasta triantibiótica como medicación intraconducto en dientes deciduos es muy eficaz y evita la realización de exodoncias tempranas.

Use of Tri-antibiotic Paste in Temporary Teeth. Reporting a Case