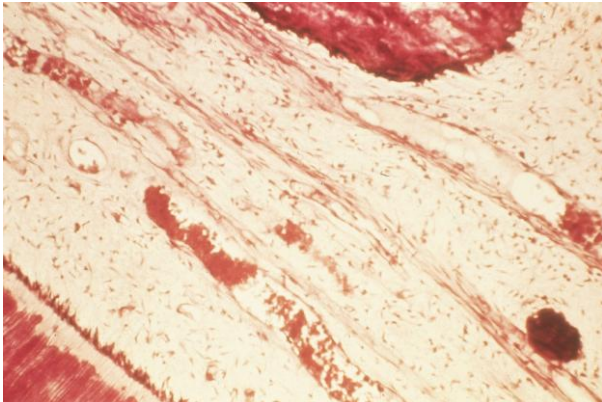


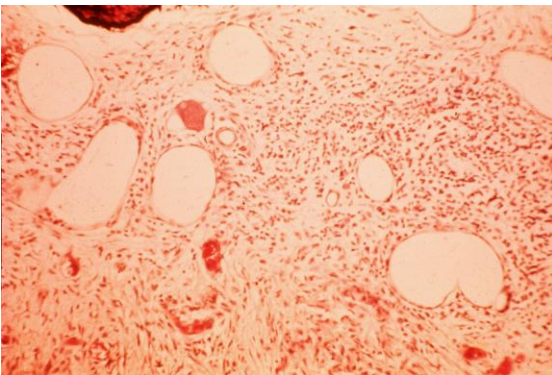
Modificada Febrero 2010.

**Aspectos Histopatológicos de enfermedades infecciosas de origen pulpar y periapical**



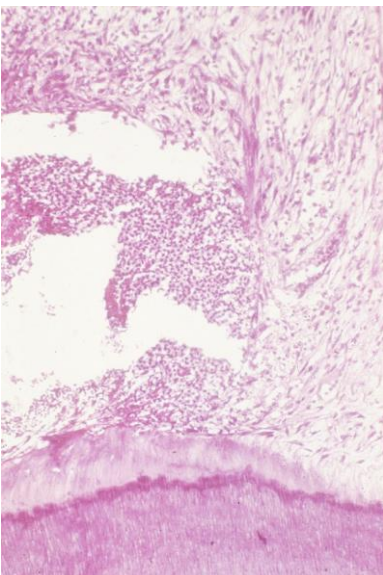
**DIPOSITIVA N° 1. Pulpitis Aguda Focal**

Observe en la diapositiva la dilatación de los vasos sanguíneos pulpaes; cortados aquí en forma longitudinal; vea que están Hiperémicos, llenos de glóbulos rojos. Hay poco edema, pero no hay diapédesis de leucocitos.



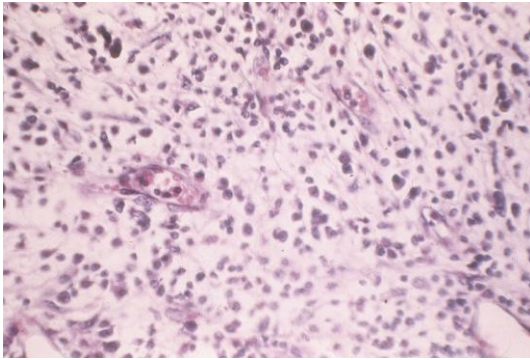
**DIPOSITIVA N° 2. Pulpitis Aguda**

Observe vaso dilatación y edema.



**DIPOSITIVA N° 3. Pulpitis Aguda**

Observe en la parte inferior, una franja de dentina normal y debajo de esta se aprecia producción de dentina reparativa como respuesta al factor etiológico nocivo crónico. Observe en la zona central un área compatible con absceso pulpar y el infiltrado inflamatorio agudo que lo bordea.



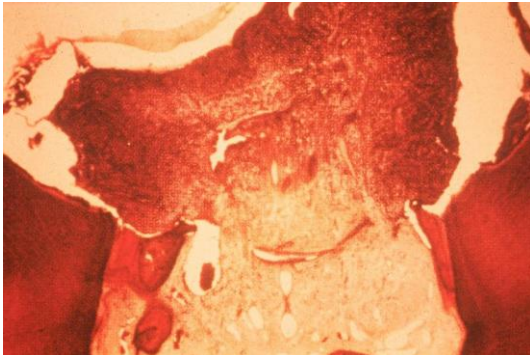
#### **DIAPPOSITIVA N° 4. Pulpitis Crónica:**

Observe en la diapositiva el exudado mononuclear, compuesto de linfocitos y plasmocitos. Ya empieza a observarse la fibrosis característica de esta inflamación crónica.



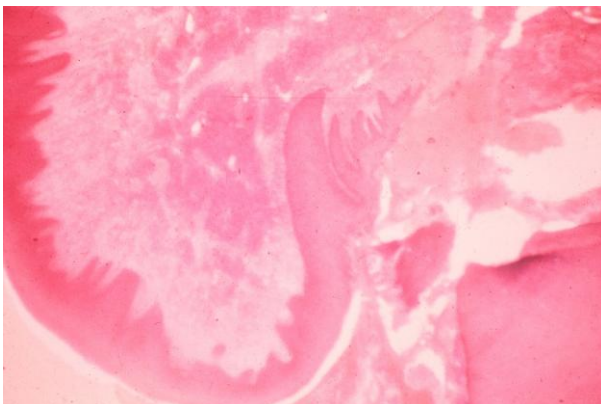
#### **DIAPPOSITIVA N° 5. Pulpitis Crónica Hiperplásica**

Imagen clínica. Observe en la diapositiva un primer molar inferior de un niño de 12 años cuya cara oclusal tiene una cavidad de caries; toda ella ocupada por una gran masa carnososa rosada correspondiente a un pólipo pulpar que protruye de la pulpa.



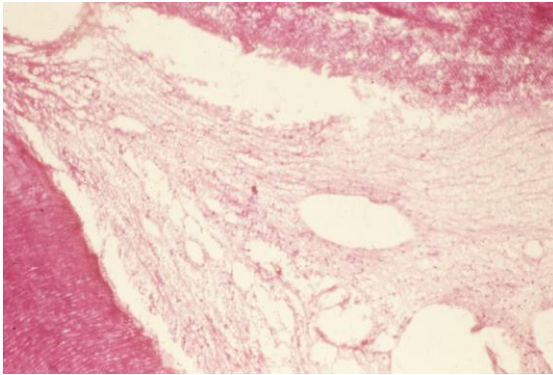
#### **DIAPPOSITIVA N° 6. Pulpitis Crónica Hiperplásica.**

Vemos tejido dentario correspondiente a la corona de un molar destruido por la caries y protuyendo de la cámara pulpar una lesión en forma de “hongo” el cual es el pólipo pulpar.



#### **DIAPPOSITIVA N° 7. Pulpitis Crónica Hiperplásica**

Mayor aumento. Observe en la diapositiva la misma lesión fungiforme en una vista más cercana donde vemos que está tapizado por epitelio plano estratificado igual y proveniente de la mucosa bucal. Debajo del epitelio vemos el corion de tejido conjuntivo y un infiltrado inflamatorio crónico.



**DIAPPOSITIVA N° 8. Necrosis Gangrenosa de la Pulpa:**

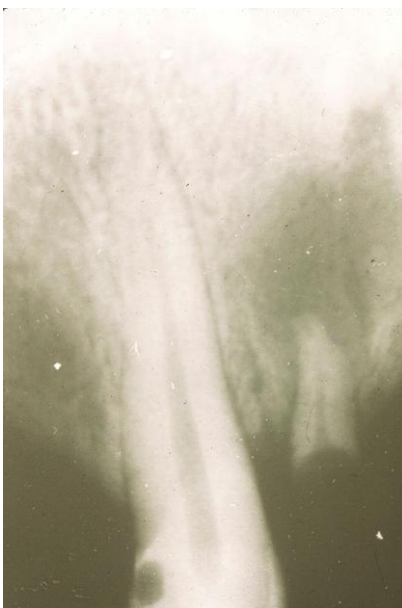
La pulpitis sin tratamiento termina en necrosis del tejido pulpar con sobreposición de infección bacteriana. Observe en la diapositiva una pulpa necrótica de aspecto fibrilar: sin células, con restos nucleares, sin apariencia de tejido vivo.

**LESIONES PERIAPICALES**



**DIAPPOSITIVA N° 9. Absceso Periapical**

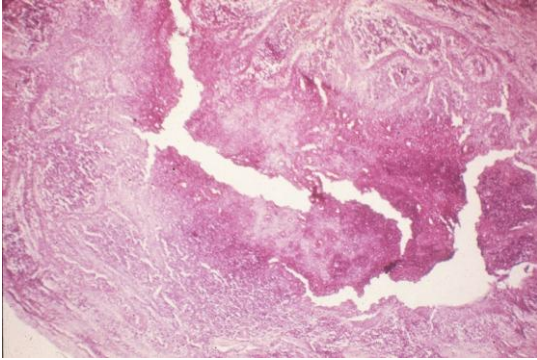
Imagen clínica de un Absceso Periapical Observe el aumento de volumen de todo el carrillo produciendo asimetría facial y la lesión fistulosa a nivel del maxilar inferior.



**DIAPPOSITIVA N° 10. Absceso Periapical Crónico**

Imagen radiográfica Observe una zona radiolúcida grande y difusa que parece estar alrededor de un resto radicular. Recuerde que la forma aguda no se ve radiográficamente.

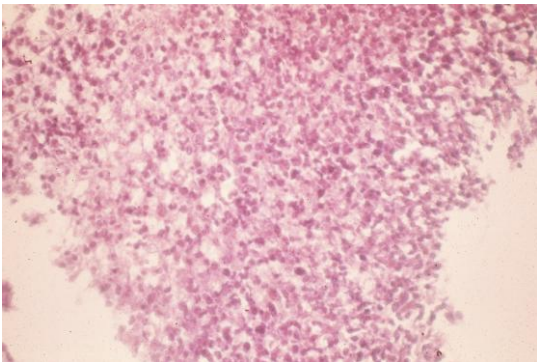




**DIAPPOSITIVA N° 11. Absceso Periapical.**

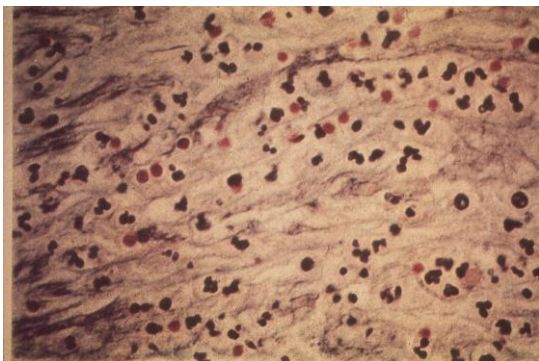
Imágen a pequeño aumento de un Absceso Periapical que es una inflamación supurada o purulenta localizada en la membrana Periodontal Apical. Suele ocurrir como una reacción supurada a una infección pulpar o bien como reagudización de un granuloma periapical y aún de un quiste Periapical. Puede ser agudo o crónico. En este

Absceso que estamos observando vemos un tejido cuya parte central se ve muy celular y de color oscuro con una cavidad central. Producto de la necrosis supurada.



**DIAPPOSITIVA N° 12. Absceso Periapical**

Una zona a mediano aumento de la parte central del Absceso, donde vemos un tejido necrótico lleno de células inflamatorias pequeñas con núcleo segmentado Polimorfonucleares, además de Linfocitos y Plasmocitos en menor proporción..



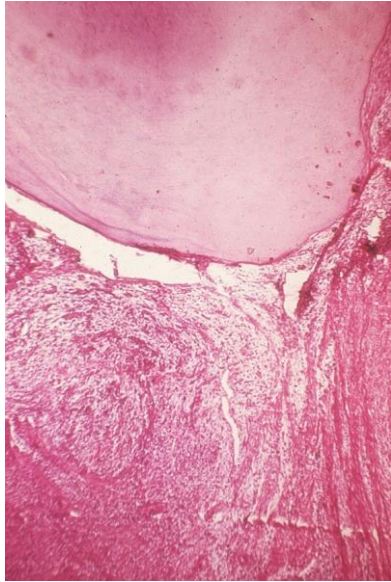
**DIAPPOSITIVA N° 13. Inflamación Purulenta:**

Un mayor aumento de la lámina anterior, donde observamos numerosos Polimorfonucleares y tejido necrótico: Pus.



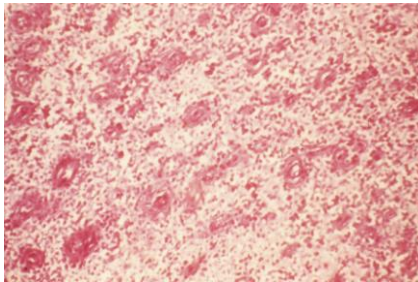
**DIAPPOSITIVA N° 14. Granuloma Periapical. Rx:**

Observe una pequeña zona radiolúcida alrededor de la raíz de un primer molar inferior donde hay destrucción de hueso. Los posibles diagnósticos diferenciales son: Quiste Periapical, Absceso Periapical, Osteomielitis, otros Quistes no Odontogénicos y Lesiones Fibroósas Clínicamente las pruebas de vitalidad son negativas.



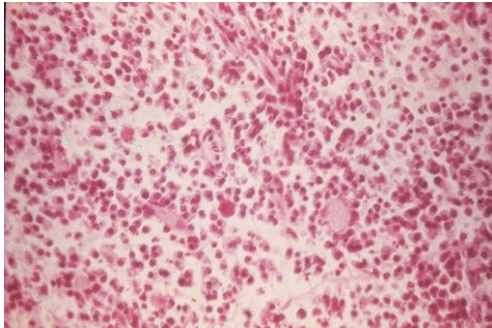
**DIPOSITIVA N° 15. Granuloma Periapical:**

Histopatología a pequeño aumento. Note en un extremo de la diapositiva un corte en forma de V de un tejido con las características de dentina, debajo del cual se ve una delgada capa de cemento celular, es el ápice de un diente y cómo colgando de él, vemos una masa de tejido bastante celular cuyas características son imposibles de describir con este aumento.



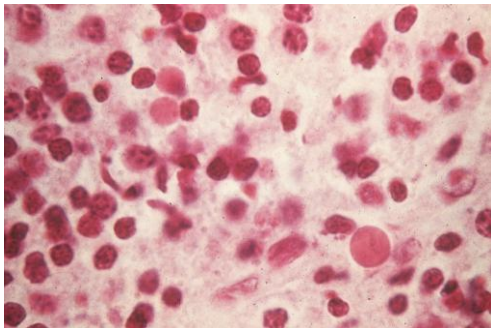
**DIPOSITIVA N° 16. Granuloma Periapical:**

Histopatología a mayor aumento de la misma lesión anterior, donde vemos un tejido compuesto de células fibras y sobre todo una gran neoformación vascular, o sea, numerosos capilares neoformados, algunos de ellos con sangre en su interior.



**DIPOSITIVA N° 17. Granuloma Periapical:**

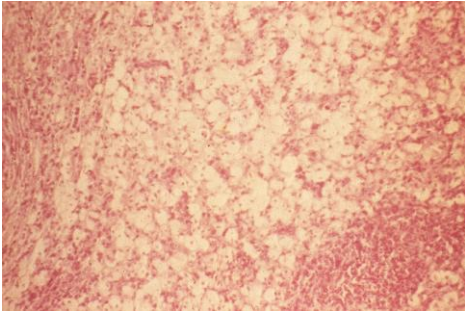
Un mayor aumento de otra zona del Granuloma Periapical. Está compuesto básicamente por células Mononucleares (Plasmocitos, Linfocitos), Fibroblastos, fibras colágenas y capilares.



**DIPOSITIVA N° 18. Granuloma Periapical:**

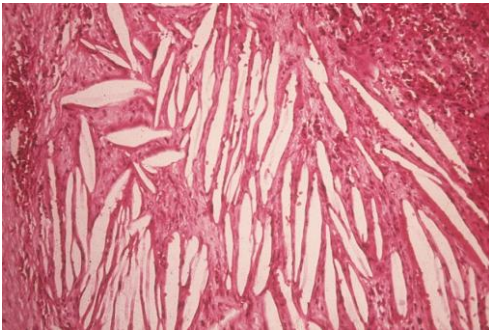
Con un aumento mayor observe las diferentes células del Granuloma Periapical: Linfocitos, Plasmocitos, Histiocitos y Fibroblastos. En un extremo de la diapositiva observe una formación redonda, rosada, llamada Cuerpo de Russel que corresponde a una degeneración hialina, acúmulo de proteínas en los Plasmocitos.





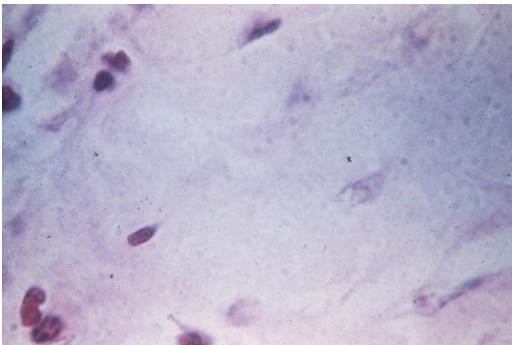
**DIAPOSITIVA N° 19. Granuloma Periapical:**

Otra zona a mediano aumento de un Granuloma Periapical donde podemos ver unas células redondas claras, llamadas Foamcells o Células Espumosas, que no son más que Macrófagos con acumulaciones de lípidos.



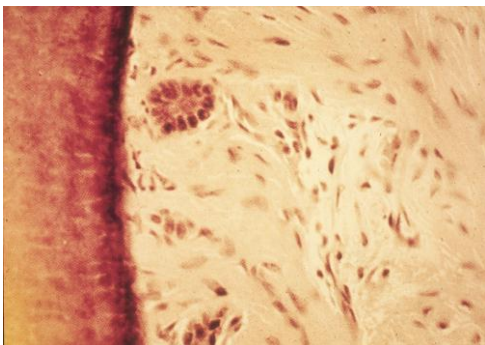
**DIAPOSITIVA N° 20. Granuloma Periapical:**

Histopatología. Otra zona donde se observan espacios aciculares (en forma de aguja) vacíos que no son más que espacios que ocupaban los cristales de colesterol y que con los procedimientos de laboratorio desaparecen. Esta es otra imagen que puede aparecer en la histopatología del Granuloma, es otro ejemplo de acumulaciones de lípidos.



**DIAPOSITIVA N° 21. Granuloma Periapical**

Observe la imagen histológica de un Granuloma Periapical, donde a diferencia de los demás, se ven muchas fibras y pocas células mononucleadas. Esta es una imagen de un granuloma antiguo donde hay una gran fibrosis pues hay un intento de cicatrización.



**DIAPOSITIVA N° 22.**

**Restos Epiteliales de Malassez:**

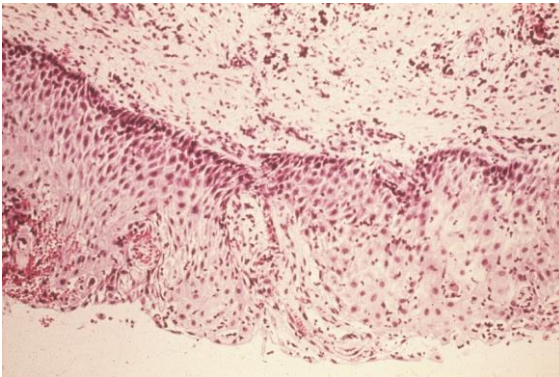
Observe en un extremo de la diapositiva un corte longitudinal de raíz (se ve dentina y cemento acelular) al lado del cual vemos el tejido conjuntivo del periodonto, en el cual se ven islas de epitelio, llamadas Restos Epiteliales de Malassez,



### **DIAPPOSITIVA N° 23. Quiste Periapical:**

Imágen radiográfica de un Quiste Periapical donde se observa una gran imagen radiolúcida, de bordes netos, desprendiéndose de la raíz de un premolar y expandiéndose hasta la raíz de un canino.

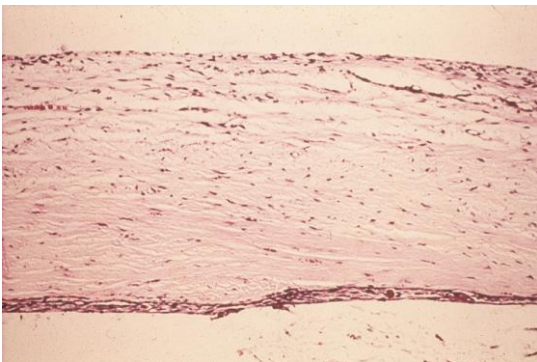
Las siguientes cuatro diapositivas son varios ejemplos de los diferentes aspectos que puede presentar la pared de un Quiste Periapical.



### **DIAPPOSITIVA N° 24. Quiste Periapical**

Corte histológico de la pared de un Quiste Periapical o Periodóntico Apical, donde se observa parte de una cavidad tapizada por una pared compuesta por dos tipos diferentes de tejido: 1- Tejido Epitelial es el que está adyacente a la cavidad quística. En éste ejemplo de quiste, el epitelio es plano estratificado no queratinizado (proveniente de la proliferación de los Restos Epiteliales de Malassez), es ancho, bien formado y

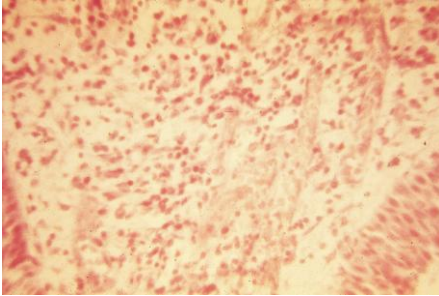
con una nítida membrana basal, ya veremos en los ejemplos siguientes que no siempre es así. Por debajo del epitelio observamos, 2- Tejido Conjuntivo denso, compuesto de fibras colágenas, Fibroblastos y además, células inflamatorias tipo Linfocitos, Plasmocitos e Histiocitos y algunos capilares neoformados.



### **DIAPPOSITIVA N° 25 Quiste Periapical**

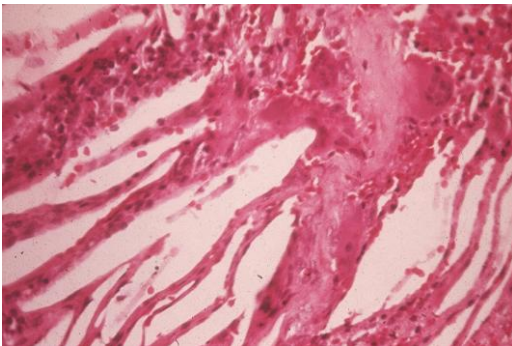
Quiste Periodóntico Apical, imagen histológica. Observe un corte de Quiste Periapical donde vemos pared y cavidad. Observe la gruesa pared que a diferencia del anterior tiene un epitelio sumamente delgado y una pared conjuntiva fibrosa.





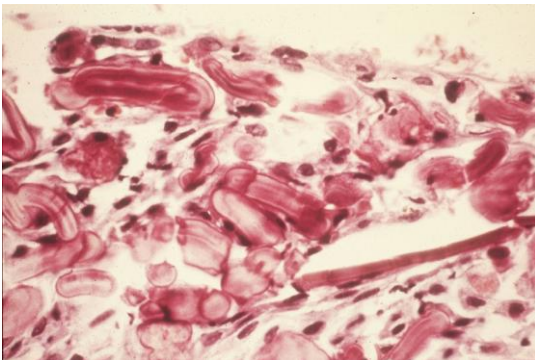
#### **DIAPPOSITIVA N° 26 Quiste Periapical**

Otra imagen histológica de un Quiste Periapical o Periodontico Apical, en donde vemos que el epitelio que tapiza la cavidad no es plano estratificado sino pseudoestratificado cilíndrico ciliado. Reconozca este epitelio en la superficie externa del mismo. Díga el origen de este epitelio diferente.



#### **DIAPPOSITIVA N° 27. Quiste Periapical**

A mayor aumento una imagen de cristales de colesterol y alrededor de ellos unos elementos celulares muy grandes, multinucleados llamados Células Gigantes de Cuerpo Extraño que son característicos de estas formaciones.



#### **DIAPPOSITIVA N° 28. Quiste Periapical**

Corte histológico a mayor aumento de la pared de un Quiste Periapical donde es muy difícil reconocer los elementos característicos de un quiste ya que toda ella está ocupada por elementos de color rojo de forma cilíndrica y de naturaleza hialina llamados Cuerpos Hialinos o Cuerpos de Roushton. La etiología, patogénesis y significación de estas estructuras es desconocida. Se ha reportado gran

similitud histológica o histoquímica entre estos elementos y los glóbulos rojos lo que sugiere la posibilidad de que sean pequeños trombos capilares.



#### **DIAPPOSITIVA N° 29. Osteomielitis Maxilar:**

Imagen clínica de la Osteomielitis maxilar, enfermedad inflamatoria supurada del hueso maxilar y la médula. Los microorganismos (bacterias) suelen llegar por propagación directa de

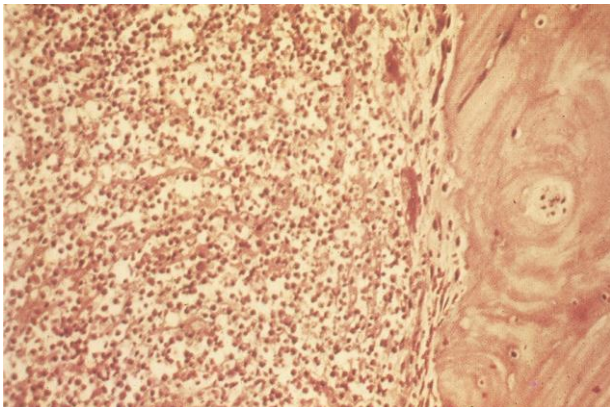


una infección adyacente dental y muy raramente por vía hematógena. Observe además, la tumefacción a nivel de la mejilla del cuerpo maxilar inferior, así como un Absceso Cutáneo en la región submandibular. Observe también cicatrices recientes de Abscesos anteriores. La causa más frecuente es el trauma (Exodoncias, Heridas de bala, etc). Tratamiento: Antibioticoterapia.



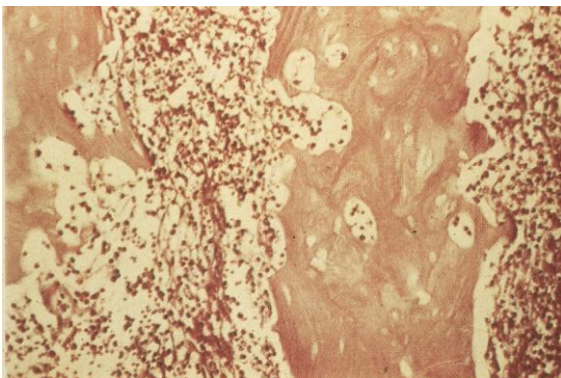
**DIAPPOSITIVA N° 30. Osteomielitis Aguda**

Imágen radiográfica de la Osteomielitis donde se observa completa destrucción del hueso maxilar, lo que se ve como una imagen RL, apenas se observan los contornos de lo que queda de hueso normal.



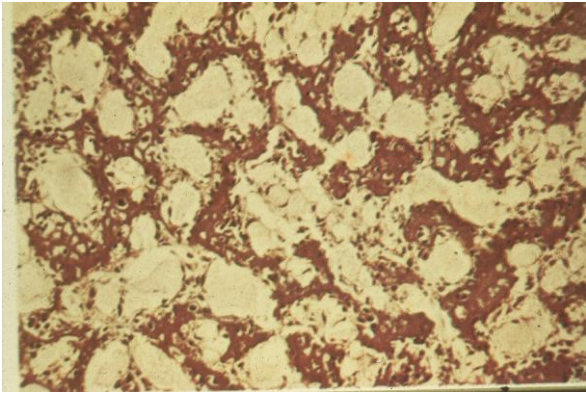
**DIAPPOSITIVA N° 31. Osteomielitis Aguda**

Imágen histológica de la Osteomielitis Aguda, a pequeño aumento en la cual vemos la presencia de un infiltrado agudo, o sea, que predominan los Polimorfonucleares Neutrofilos (PNN). Hacia la derecha de la lámina se observa una trabécula ósea en cuyas lagunas todavía existen Osteocitos, pues por tratarse de un proceso muy agudo no ha ocurrido la necrosis de los mismos.



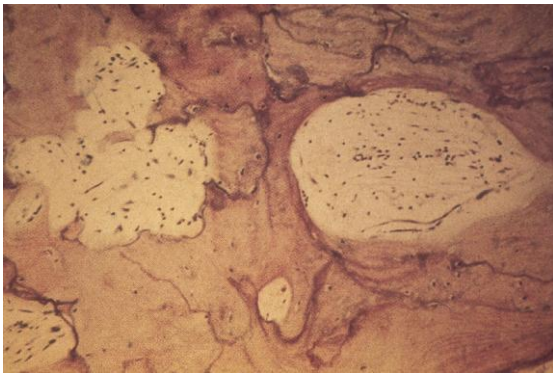
**DIAPPOSITIVA N° 32. Osteomielitis Aguda**

Imágen histológica de la Osteomielitis Aguda a pequeño aumento. Observe en ésta diapositiva que, a diferencia de la anterior, el proceso ha sido de más larga duración y ya ha ocurrido la necrosis ósea (Picnosis, Cariólisis y/o Cariorrexis), lo que se traduce por la presencia de lagunas óseas vacías.



**DIAPOSITIVA N° 33. Osteomyelitis Crónica o Esclerosante**

Imágen histopatológica de la Osteomyelitis Esclerosante o Condensante Focal Crónica. A pequeño aumento. En este tipo de Osteomyelitis, es característica la marcada actividad osteoblástica que se traduce en la diapositiva por la formación de trabéculas óseas muy basófilas. Esto se da en pacientes jóvenes, sobre todo en 1° y 2° molar inferior.



**DIAPOSITIVA N° 34. Osteomyelitis Crónica con Periostitis Proliferativa o de Garré**

Imágen histológica de la Osteomyelitis Crónica con Periostitis. A pequeño aumento. Observe las trabéculas óseas que por la formación continua de hueso, presenta unas líneas oscuras como huella de ésta aposición ósea. Vea los espacios medulares con discreto infiltrado inflamatorio. El mejor tipo de Rx para su diagnóstico es

la Rx oclusal inferior, dando un aspecto de piel de cebolla o a veces de rayos de sol (haga diagnósticos diferenciales). Es muy frecuentemente en niños con infección por caries o por enfermedad periodontal, y con mayor incidencia en el 1° y 2° molar.