

► **Fenestración osteo-mucosa. Reporte de caso.**

Osteo mucosal fenestration. Case report.

Sandra Vannesa Rojas-Padilla*

RESUMEN

La fenestración osteo-mucosa es una condición oral patológica, de etiología multifactorial, sobre la que existe muy poca evidencia en dentición decidua. Se caracteriza por la perforación de la cortical de hueso alveolar y la mucosa vestibular por parte de la raíz de un diente primario, quedando parcialmente expuesta al medio oral y rodeado de un halo de tejido blando enrojecido, creando un tipo de defecto con apariencia de ventana ósea. Se realiza una revisión de los datos clínicos más importantes sobre esta patología y se presenta el caso de un paciente que presenta fenestración osteo-mucosa en dos piezas deciduas, una de ellas asociada a un fibroma por irritación.

Palabras clave: Diente deciduo, fibroma, fenestración.

ABSTRACT

The osteomucosal fenestration is a pathological oral condition, of multifactorial etiology, on which there is little evidence in deciduous dentition. It is characterized by perforation of the cortical alveolar bone and buccal mucosa by the root of a primary tooth, the root being partially exposed to the oral environment and surrounded by a halo of soft tissue red, creating a type of defect -like window marrow. A review is made of the most important clinical data on this topic and the case of a patient with osteomucosal fenestration in two deciduous teeth, one associated with a irritation fibroma.

Keywords: Deciduous teeth, fibroma, fenestration.

* Magister en Estomatología. Docente de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Cajamarca. Perú. E-mail: sandryrp@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La fenestración osteo-mucosa es una condición patológica, caracterizada por la perforación de la cortical de hueso alveolar y la mucosa vestibular por parte de la raíz de un diente primario, quedando parcialmente expuesta al medio oral, creando un tipo de defecto con apariencia de ventana ósea^{1,2,3,4}.

Existe muy poca evidencia sobre este tipo de afecciones en dentición decidua. Su etiología es multifactorial, la mayoría de los casos de fenestración se encuentran asociados a alteraciones en el proceso de reabsorción fisiológica, presión ejercida por el diente permanente, piezas que han sufrido destrucción severa de la corona por caries, dilaceraciones, traumatismos, necrosis pulpar, tablas óseas y tejidos blandos delgados, malposiciones dentales^{2,4}. Es probable que la presencia de fístulas previas favorezca la aparición de la fenestración^{1,4}.

Este defecto es más frecuente en dientes anteriores maxilares^{2,3} en el área de incisivos superiores, y se observa con mayor frecuencia en niños entre 5 y 6 años y sobre todo en los varones, con una relación de 4:1 frente a las niñas^{2,4}. Esta lesión se observa principalmente en niños de nivel socio-económico bajo, en los que se dan múltiples procesos crónicos en su dentadura y carecen de posibilidades económicas y de conocimiento para requerir atención odontológica oportuna. La presentación puede ser única o múltiple y la longitud de la raíz fenestrada puede llegar a ser hasta de 6 mm e incluso de toda la raíz⁴.

Para ambos tipos de dentición, la fenestración osteo-mucosa es considerada como una entidad asintomática, aunque algunas veces el paciente refiere un leve ardor en el área afectada, que actúa como un área retentiva de biopelícula y susceptible a la formación de cálculo dental, lo cual resulta en irritación e inflamación de la mucosa que la rodea, impidiendo una resolución espontánea de la lesión^{2,4}. Por lo general el hallazgo de esta condición se hace de manera accidental durante el examen clínico de rutina. Aunque a menudo es observada inicialmente por los padres, en cuyo caso generalmente suponen que se trata de la erupción dentaria en malposición de la pieza permanente, lo cual constituye motivo de consulta⁴.

Clínicamente la fenestración se caracteriza porque la porción radicular de la pieza dentaria asociada está expuesta y se presenta como un área o cuerpo blanquecino o amarillento generalmente rodeado de un halo de tejido blando enrojecido y edematizado. En algunas ocasiones se acompaña de un crecimiento de tejido blando adyacente, que da lugar a un pequeño fibroma por irritación, que puede deberse a los bordes aserrados de la raíz².

Radiográficamente se observa el germen del diente permanente casi en contacto sobre la región apical del diente primario, y alrededor de éste con frecuencia se aprecia un halo radiolúcido².

En la dentición decidua el único tratamiento para las fenestraciones es la exodoncia de la pieza dental decidua que la causa^{1, 2, 4} y tras éste, en general, la ventana gingival cura espontáneamente⁴.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

El caso que se presenta corresponde a un paciente de 6 años y 5 meses de edad, género masculino que acude a la consulta privada por referir un crecimiento de tejido en la zona anterosuperior de la boca, asintomático. La madre refiere que tiene un tiempo de evolución de 6 meses aproximadamente (fig. 1).

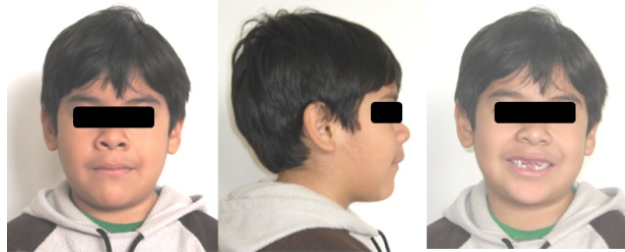


Fig. 1: Fotos extraorales del paciente.

Clínicamente, se observa en la zona anterosuperior derecha un crecimiento de tejido hiperplásico, de base sésil, sobre la pieza 5.I, la cual presenta destrucción coronaria al igual que los incisivos contiguos, se aprecia dos fenestraciones osteo-mucosas, la primera por debajo del crecimiento gingival y la otra sobre la pieza 6.I, ambas rodeadas por un halo eritematoso. El paciente presenta un arco superior en dentición decidua y en relación al número de piezas dentarias en dicho arco, se observan un total de 12 piezas dentarias, encontrando dos piezas supernumerarias ubicadas dentro del arco, también encontramos lesiones cariosas múltiples y gingivitis marginal localizada (fig. 2).



Fig. 2. Estudio fotográfico intraoral.

Luego de la evaluación clínica y radiográfica (fig. 3) se diagnosticó necrosis pulpar de la pieza 5.I con fenestración osteo-mucosa e hiperplasia gingival y necrosis pulpar de la pieza 6.I con fenestración osteo-mucosa.

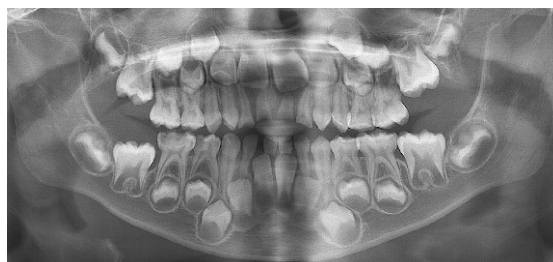


Fig. 3. Radiografía panorámica.

Se determinó como tratamiento, la remoción quirúrgica (exodoncia simple) de las piezas 5.1 y 6.1 y la extirpación del tejido hiperplásico. Se realizó en una primera cita la exodoncia de la pieza 6.1 y en una segunda cita la exodoncia de la pieza 5.1, bajo anestesia local con lidocaina al 2%, luego de la exodoncia con una hoja de bisturí #11 se procedió a la remoción del tejido hiperplásico (fig.4).



Fig. 4. Procedimiento quirúrgico.

Luego del procedimiento quirúrgico se le recetó al paciente tomar antiinflamatorios por 4 días, además de los cuidados post-exodoncia y acudir a control a los 7 días (fig.5).



Fig. 5: Comparación pre y post operatoria.

DISCUSIÓN

La bibliografía sobre la fenestración osteo-mucosa de los dientes temporales es escasa y antigua. Pacheco E. en Guatemala, concluyó que hay una prevalencia de fenestración osteo-mucosa de 0.39% hasta el 6.23% y se presenta mayormente en el género masculino. Hernández A. concluyó que en la mayoría de los casos la lesión se presenta en el área de los incisivos superiores, y se observa con mayor frecuencia en niños entre 5 y 6 años. Con cierta frecuencia se acompaña de crecimiento de tejido blando adyacente, dando lugar a un pequeño fibroma por irritación como en el caso del paciente que se presentó. Como ya se ha mencionado el tratamiento de elección es la exodoncia de la pieza comprometida, con lo que se da la resolución del problema.

REFERENCIAS

1. Cadavid-Sierra DA, Ford-Martinelli VL, Herrera-Orozco LM. Apicectomía e injerto de tejido conectivo - Abordaje quirúrgico para el manejo de fenestraciones: Reporte de caso. *Rev. CES Odont.* 2012;25(2) 73-81. PP
2. La Guardia LF. Frecuencia de fenestración osteo-mucosa por raíces de dientes primarios de niños de ambos sexos que asisten a escuelas de nivel primario de la cabecera departamental de Solola y del Municipio de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango. 2011.
3. Lindhe, J. Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ta. ed. Panamericana. Argentina. 2009.
4. Aguiló-Muñoz, L. Fenestración apical postraumática: factores etiopatogénicos comunes. *RCE* 2002;7(5):523-531.

Correspondencia: Sandra Vannesa Rojas Padilla
Email: sandryrp@gmail.com