

Fenestración dental en paciente pediátrico.

Guzmán-Abundis Beatriz Victoria,* Rodríguez-Arámbula Julio Cesar. **

Resumen

La fenestración dental es una lesión ósea a nivel de las raíces de dientes temporales; los aspectos clínicos pueden no presentar sintomatología y la patogénesis de la atrofia alveolar se da por el grado de cronicidad de la lesión produciendo áreas de destrucción ósea considerándose de etiología multifactorial, descrita por Menéndez en 1967. Ocurren aproximadamente en el 20% de los dientes: con más frecuencia en el hueso bucal que en el lingual, es más usual en los dientes anteriores que en los posteriores y a menudo se presentan de manera bilateral. La prevalencia de esta patología no está documentada y hay pocos casos publicados. Se reporta el caso clínico de un paciente 5 años 7 meses con inflamación y pérdida de la continuidad de la mucosa bucal y destrucción de la tabla ósea vestibular a nivel del od. 61. Debido a infección múltiple de la zona.

Palabras clave: Fenestración, dentición temporal, infección, tabla ósea, osteogenesis.

Abstract

Dental fenestration is a bone lesion in the roots of deciduous teeth; clinical aspects may not have symptoms and pathogenesis of alveolar atrophy is given by the degree of chronicity of the lesion producing areas of bone destruction considered multifactorial etiology, described by Menéndez in 1967 occur in approximately 20% of the teeth: most often in the mouth in the lingual bone, is more common in the anterior teeth than in later and often present bilaterally. The prevalence of this condition is not documented and there are few published cases. The clinical case reported of a patient 5 years 7 months inflammation and loss of continuity of the oral mucosa and destruction of the vestibular cortical bone level of the tooth 61. Because multiple infection in this area.

Key words: Fenestration, dentition, infection, bone table, osteogenesis.

*Especialista en Odontopediatría, práctica privada Culiacán, Sinaloa.

**Docente de la Especialidad de Odontopediatría de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit.

Recibido: Agosto 2014 Aceptado: Diciembre 2014

Introducción

La formación del hueso se da mediante células osteoprogenitoras (osteoblastos) están presentes en el estroma de la médula ósea, en el endostio y en el periostio que cubren las superficies óseas. Estas células que se caracterizan por su capacidad para formar hueso sin la influencia de ningún agente inductor.¹

La cicatrización del defecto óseo depende de la presencia de células precursoras de osteogénesis en el hueso o tejidos blandos circundantes y su capacidad para invadir el defecto y diferenciarse en osteoblastos, la regeneración del hueso es inducida por la influencia de hueso producido sistémica y localmente, factores inductores como del crecimiento, hormonas y vitaminas.¹

Las lesiones endoperiodontales pueden pasar desapercibidas para los pacientes, ya que en ocasiones no presentan sintomatología por el grado de cronicidad de dicha lesión produciendo como resultado grandes áreas de destrucción ósea con la consecutiva pérdida de la pieza dental. El tiempo y la causa de la pérdida dental

tienen una relación directa con el defecto óseo y mucogingival.²

La atrofia alveolar se considera de etiología multifactorial. Existen diversos factores relacionados. Se han descrito la enfermedad periodontal preexistente, trastornos sistémicos y endocrinos, factores dietéticos, consideraciones anatómicas, mecánicas, sexo y morfología facial. Es quizás, una de las condiciones bucales más incapacitantes, la razón reside en que es crónica, progresiva, acumulativa e irreversible.³

La pérdida de soporte óseo alveolar. La extensión y la severidad de la pérdida de hueso alveolar esta usualmente determinada por una combinación de signos clínicos y radiológicos, cuya importancia radica en el diagnóstico clínico, planificación de tratamiento y estimación de un pronóstico.⁴

Cada defecto óseo afecta individualmente a un diente específico en la dentadura de un cierto paciente, por lo tanto presenta una anatomía única.⁴

Las causas de los defectos óseos no están claras, pero probablemente sea: Contorno de la raíz prominente, malposición dentaria, protrusión vestibular de la raíz o la tabla ósea delgada.⁵

Clasificación de defectos óseos: 1) Alvéolo Post-Extracción: Es un defecto óseo que se da como resultado de la extracción de una pieza dentaria. Puede variar su morfología, dependiendo básicamente de dos cosas: la prominencia de la raíz o raíces del diente extraído, y del grosor de las paredes alveolares, pudiendo producirse la pérdida de una o más paredes alveolares. 2) Fenestración: Ventana que expone la superficie de la raíz es el resultado de un ancho vestibulolingual insuficiente. 3) Dehiscencia: Defecto de hendidura en el margen gingival. 4) Déficit Óseo en Sentido Horizontal: Caracterizado por la pérdida ósea en sentido vestibulo-lingual/palatino. 5) Déficit Óseo en Sentido Vertical: Caracterizado por la pérdida ósea en sentido ápico-coronal.⁶

La fenestración es definida como una abertura en forma de ventana. En periodoncia, se utiliza para las zonas aisladas en las que una raíz dentaria aparece desnuda, sin estar cubierta por hueso sino solamente por el periostio, quedando intacto el hueso marginal.⁷

Menéndez en 1967, describió por primera vez esta alteración denominándola fenestración ósea por raíces de dientes temporales, describiendo sus aspectos clínicos y posible patogénesis.⁸

La etiología de la fenestración apical puede ser por dientes destruidos por caries, atrición o traumatismos, especialmente incisivos maxilares aunque también se ha descrito en caninos y molares. La presentación puede ser única o múltiple y la longitud de raíz fenestrada puede llegar a ser hasta de 6 mm e incluso de toda la raíz. El área circundante a la mucosa fenestrada puede presentar ulceraciones e incluso hiperplasias. Esta patología se suele observar alrededor de los 5 años de edad y sobre todo en los varones, con una relación de 4:1 frente a las niñas.⁸

La prevalencia de esta patología no está documentada y hay pocos casos publicados.⁸



Fotografías iniciales y del tratamiento odontológico

Ocurre aproximadamente en el 20% de los dientes con más frecuencia en el hueso bucal que en el lingual, es más usual en los dientes anteriores que en los posteriores y a menudo se presentan de manera bilateral.⁹

El tratamiento es siempre la extracción del diente afectado y tras éste, en general, la ventana gingival cura espontáneamente.¹⁰

Descripción de los casos.

Paciente femenina de 5 años 7 meses acude a la clínica del posgrado en Odontopediatría debido a que presenta inflamación y pérdida de la continuidad de la mucosa bucal y destrucción de la tabla ósea vestibular a nivel del od. 61. Debido a infección múltiple de la zona. Y caries de diferentes grados en molares. Con diagnóstico pulpar de pulpitis reversible. Sin antecedentes patológicos relevantes para el caso. Presenta dentición temporal completa y su tipo de dieta es cariogénica, su higiene es inadecuada y presenta onicofagia. Es una paciente Tipo 3 de la escala de Frankl.

En la radiografía se observa la presencia de reabsorción radicular del od. 61 con una zona radiolúcida. Debido a las características de la paciente y al auxiliar de apoyo radiográfico se pudo diagnosticar que el órgano dental 61 presenta exposición del ápice de la raíz en forma de ventana con pérdida de la continuidad de la tabla ósea y de tejidos blandos. A este fenómeno se le conoce como Fenestración dental. El tratamiento es siempre la extracción del diente afectado y tras éste, en general, la ventana gingival cura espontáneamente.

Discusión

Menéndez fue el primero en describir esta alteración como «fenestración ósea por raíces de dientes temporales», así como sus aspectos clínicos, posible patogénesis y recalando que la prevalencia de esta patología no está documentada y hay pocos casos publicados, se concuerda con dicho autor. Años después, Escalantes y cols. mencionan probables causas; como la tabla ósea delgada, en el caso clínicamente se observó este hecho apoyando lo antes mencionado. Posteriormente Friedenthal mencionan esta alteración que se encontraba abierto en forma de ventana en el área de Periodoncia para referirse a la fenestración dental, lo cual ayuda a distinguir clínicamente dicha patología con lo encontrado en el caso clínico presentado.^{5,7}

Aguiló menciona que el tratamiento de la fenestración es siempre la extracción del diente afectado, dando como resultado la cura espontánea de la ventana gingival, hecho que se comprobó tras el tratamiento realizado.⁸

López menciona que esta alteración conlleva a la pérdida de soporte óseo alveolar, acordando que la extensión y la severidad de la pérdida de hueso alveolar debe determinarse por la combinación de signos clínicos y radiológicos, cuya importancia radica en el diagnóstico clínico, planificación de tratamiento y estimación de un pronóstico.⁴ En el 2012 Platón y cols. muestra interés en la prevalencia que de acuerdo con el autor, ocurre en un 20% en el hueso bucal que en el lingual, más usual en los dientes anteriores que en los

posteriores y a menudo se presentan de manera bilateral.⁹

La definición actualizada de esta alteración fue mencionada por Gómez.⁶ La cual la define como: Fenestración: Ventana que expone la superficie de la raíz es el resultado de un ancho vestibulolingual insuficiente, en donde los aspectos clínicos y radiográficos comprueban que lo antes mencionado es correcto para su definición.

Referencias Bibliográficas

1. Lindhe J. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 3ª ed. Madrid. Médica Panamericana. 2000: 916-17.
2. Cantú L. Regeneración ósea guiada en zona estética: uso de exostosis ósea maxilar como injerto en bloque y membrana de ePTFE§. Rev Mex de Perio. 2011; 2(3): 97-102.
3. Salmerón-Escobar JI. Cirugía preprotésica. Análisis crítico. Rev Esp Cir Oral y Maxilofac. 2007; 29(4): 228-39.
4. López M. Defectos Óseos: Diagnóstico Radiográfico. Universidad Andrés Bello. Facultad de Odontología. Cátedra de Periodoncia. 2012. Citado 13/02/2013 8:43 p.m. Disponible en: http://www.emagister.com/uploads_courses/Comunidad_Emagister_68945_68945.pdf
5. Santos C, Donayre F. Dehiscencias y fenestraciones alveolares en cráneos de pobladores aborígenes de las culturas de la costa central y sur del antiguo Perú. 1991; 1(1):23-6.
6. Gómez A, Pujol A, Savoini M, Sanz J, Nart J. Regeneración ósea guiada: Defectos óseos a tratar y tipos de injertos a utilizar. RODE. 2013;2 (1-2): epub Febrero 2013.
7. Friedenthal M. Diccionario de Odontología. 2ª ed. Madrid. Panamericana. 1996: 364.
8. Aguiló-Muñoz, L. Fenestración apical postraumática: factores etiopatogénicos comunes. RCOE 2002; 7(5):523-531.
9. Platón V, Savoini M, Albertini M. Tratamiento de dehiscencias vestibulares en implantes unitarios mediante técnicas de regeneración ósea guiada. A propósito de un caso. Revista Odontológica de Especialidades. 2012; 1 (1): epub Abril 2012.
10. Kelly J, Keeton J, Barr E. ASDC Journal of Dentistry for Children. 1976; 43(2): 96-8.