

Alveólisis de diente primario. Reporte de caso.

Flavia Carolina De Camargo,¹

José Carlos P. Imparato,²

Karla Mayra Pinto e Carvalho Rezende.³

Resumen

La alveólisis es una condición poco frecuente y asintomática. Se produce cuando la raíz del diente primario se vuelve susceptible a la presencia de placa bacteriana y a la formación de cálculos, impidiendo el proceso de cicatrización espontánea de la lesión, causando inflamación e irritación de la mucosa circundante. Las principales causas de la alveólisis son la caries dental y el trauma dentoalveolar. El tratamiento de la alveólisis, generalmente se indica la extracción inmediata. El presente

trabajo tiene como objetivo describir un reporte de caso de una paciente de género femenino, de 5 años de edad, que presentó alveólisis en el diente primario 51, el cual fue extraído y presentó proceso de cicatrización normal con erupción del diente sucesor 11 sin alteraciones. Cabe al cirujano dentista la búsqueda por informaciones sobre esta patología, saber identificarla y tratarla precozmente, para así mejorar significativamente la calidad de vida de la paciente infantil.

Palabras clave: Cirugía Bucal; infantil; Alvéolo Dental

¹ Especialista en Odontopediatría. Universidad São Leopoldo Mandic. São Paulo, Brasil.

² Prof. Libre Docente Odontopediatría-FOUUSP. Profesor Curso Especialización en Odontopediatría-FFO-USP. Coordinador del Curso de Postgrado en Odontopediatría São Leopoldo Mandic. São Paulo, Brasil.

³ PhD Odontopediatría-FOUUSP. Profesora de Postgrado en Odontopediatría São Leopoldo Mandic, FFO-USP, Unimes. São Paulo, Brasil.

Relato de caso

Alveólise em dente decíduo. Relato de caso

Resumo

A alveólise é um condição não muito frequente e assintomática. Ocorre quando a raiz do dente torna-se suscetível à presença de biofilme e formação de cálculos, impedindo o processo de cicatrização espontânea da lesão, causando inflamação e irritação da mucosa circundante. As principais causas da alveólise são a cárie dentária e o trauma dentoalveolar. O tratamento da alveólise, geralmente é a exodontia do elemento dentário afetado. O presente trabalho tem como objetivo

apresentar um relato de caso de uma criança do gênero feminino, de 5 anos de idade, que apresentou alveólise no elemento dentário 51, o qual foi extraído e apresentou processo de cicatrização normal com irrompimento do elemento 11 sem alterações. Cabe ao cirurgião-dentista a busca pelas informações sobre essa patologia, sabendo identificá-la e trata-la precocemente, para melhorar significativamente a qualidade de vida da criança.

Palavras chaves: Cirurgia Bucal; Criança; Alvéolo Dental.

Case report

Alveolysis in deciduous tooth. Case report

Abstract

Alveolysis is an asymptomatic and infrequent condition. It occurs when the root of the tooth becomes susceptible to the presence of biofilm and formation of calculi, preventing the process of spontaneous wound healing, causing inflammation and irritation of the surrounding mucosa. The main causes of alveolysis are dental caries and dentoalveolar trauma. In the treatment of alveolysis, immediate exodontia is usually indicated. The present study

aims to present a case report of a 5 - year - old female child with alveolysis of primary tooth 51, which was extracted and showed a normal healing process with eruption of successor tooth 11 without alterations. It is up to the dentist to search for information about this pathology, knowing how to identify it and treat it early to significantly improve the child's quality of life.

Key words: Surgery, Oral; Child; Tooth Socket.

Introducción

Lesiones cariosas y traumatismos dentales son factores etiológicos que pueden resultar en procesos infecciosos graves. La diseminación de la infección pulpar de un diente primario a la región perirradicular puede llevar a un proceso patológico. Una de las consecuencias de la infección periapical es la resorción del hueso alveolar en torno a uno o más dientes, con exposición del ápice radicular en la cavidad oral y sin que ocurra la resorción radicular. Esta condición se denomina alveólisis¹⁻³ fenestración apical o dehiscencia.⁴⁻⁸ Se produce cuando la raíz del diente se hace susceptible a la presencia de placa y a la formación de cálculo, impidiendo el proceso de cicatrización espontánea de la lesión, causando inflamación e irritación de la mucosa circundante.^{7,8} En la fenestración apical ocurre una exposición de la porción apical de la raíz dental en la cavidad oral. En la dehiscencia ocurre exposición de la superficie radicular, inicialmente, de la porción cervical (dehiscencia parcial), pudiendo evolucionar en dirección apical (dehiscencia total). Siendo así, el tratamiento para la alveólisis depende de su clasificación clínica y compromiso de los tejidos de sustentación. Para la fenestración apical y dehiscencia total se indica la extracción del diente comprometido. La elección por la exodoncia es tanto porque elimina el foco del proceso inflamatorio, como protege al sucesor permanente de posibles daños.³⁻¹⁰ Para la dehiscencia parcial, generalmente, se realiza el acompañamiento clínico y radiográfico, pero dependiendo de la gravedad puede estar indicada la exodoncia.¹² En relación a la herida gingival y al tejido reactivo hiperplásico asociado a la lesión, generalmente disminuyen y

desaparecen espontáneamente después de la exodoncia del (los) diente (s) afectado (s).¹³ Los primeros casos fueron descritos por Menendez⁹ y Serrano.¹⁰ Otto Menendez,⁹ de Guatemala, fue el primer autor a publicar sobre alveólisis en dientes primarios, siendo que el mismo definió esa condición como “fenestración en raíz de diente primario”. En 1972 José Serrano,¹⁰ de Ecuador, describió cuatro casos clínicos de alveólisis, denominando esta patología con “fenestración patológica gingivo-ósea”. Triches *et al.*⁸ relató que la prevalencia de esta condición varía de 7,5 a 20%, siendo más frecuente en la región anterior de ambas arcadas, casi exclusivamente en la superficie vestibular.

La prevalencia epidemiológica observada por Kimura *et al.*³ en los archivos del Centro de Investigación y atención de traumatismo en dientes primarios de la disciplina de odontopediatría de la FOUSP, verificó que la alveólisis, equivale al 2,4% de la muestra, en incisivos superiores, siendo el 89% incisivos centrales. Hubo predilección por el género masculino y la mayor parte de los niños tenía edad inferior a 4 años. Campos *et al.*,¹¹ realizaron una encuesta con 483 niños atendidos debido a trauma dentoalveolar en la disciplina de odontopediatría de la UERJ, y fue encontrada una incidencia de 1% de alveólisis. Clínicamente, el área alrededor de la mucosa fenestrada puede ser acompañada por ulceraciones e incluso hiperplasias. Las lesiones pueden ser únicas o múltiples y la longitud de la raíz fenestrada puede ser de hasta 6 mm e incluso toda la raíz.^{4,5}

Los principales factores etiológicos de la alveólisis son alteraciones en el proceso de resorción del diente primario, debido a la falta de función del diente en

cuestión, destrucción coronaria o pérdida de vitalidad resultantes de procesos periapicales que destruyen el hueso alveolar y la mucosa gingival. Otro factor mencionado es la presión provocada por las fuerzas eruptivas del diente permanente sobre el diente primario, sin producir resorción de la raíz. La laceración radicular, aunque no es común en dientes primarios, también se ha descrito como una causa de alveólisis.⁴ Otras condiciones para la aparición de alveólisis son derivadas de dientes primarios destruidos por caries, trauma o desgastes, reabsorción radicular patológica o dilaceración, raíz prominente, anomalías de desarrollo, enfermedades periodontales, patogénesis peripapical crónicas, movimiento dental ortodóntico, mal posición de los dientes o fuerzas oclusales excesivas.⁷

Se relata el caso de una paciente que presentó alveólisis del incisivo central superior derecho primario (51), así como el trayamiento y evolución.

Reporte de Caso

Consideraciones éticas: Toda la descripción de este reporte de caso está basada en las directrices del CARE guideline. El Comité de Ética de la Facultad San Leopoldo Mandic, institución en la cual la paciente fue atendida, dispensa la submisión para aprobación por tratarse de investigación de un caso clínico.

La paciente, de sexo femenino, con 5 años de edad, acudió a la clínica de Odontopediatría acompañada por su madre, con queja principal de presencia de una "herida" en la boca de la paciente.

Durante la anamnesis, la madre relató haber llevado a la niña para iniciar tratamiento en el servicio público, pero ella

no colaboraba y por eso fue encaminada a una Universidad para que el tratamiento pudiera ser hecho bajo sedación. El tratamiento entonces, realizado en el servicio público fue prescribir una pomada a base de Lidocaína 50 mg/g hasta ser llamada para ser atendida en la Universidad. La madre fue orientada a pasar la pomada Lidopass® 3 veces al día en la región "lastimada".

Para el examen clínico extra e intrabucal, la paciente se presentaba bastante resistente y temerosa. No se pudo realizar un examen radiográfico inicial. Para comenzar el tratamiento se utilizaron 2 formas de abordaje comportamental, la primera fue decir-mostrar-hacer, respetando los límites de la paciente y hasta hacer que se sintiera segura y después usando el recurso de distracción, con la ayuda de un *Tablet* en el que se pasaba dibujos animados.

Al examen clínico se verificó presencia de lesiones cariosas extensas con total destrucción coronaria de los elementos anterosuperiores. La madre negó traumatismo dentoalveolar previo. En el diente incisivo central superior derecho (51) se observó perforación del hueso vestibular y de la mucosa cercana al ápice dental, con señales flogísticas alrededor en la fenestración y ulceración en el fondo del surco (Figura 1). Conforme relatado en la anamnesis, la paciente presentaba sintomatología dolorosa, por varios días, que no cesaba con el uso de analgésicos.

El tratamiento propuesto fue la exodoncia del incisivo central superior derecho, realizada en la misma sesión debido al cuadro sintomático de la paciente. La exodoncia fue realizada bajo anestesia local y sin inconvenientes.



Figura 1: Penetración del hueso vestibular y mucosa en la región del ápice del diente 51, con señales flogísticas alrededor de la fenestración y úlcera en el fondo del surco. Se nota una higiene bucal precaria y la destrucción coronaria total de los elementos dentarios antero-superiores por caries.

Después de treinta días de la exodoncia de emergencia la paciente retornó para consulta donde se verificó el proceso de cicatrización de la úlcera y de la exodoncia, dentro de la normalidad (Figura 2). El examen radiográfico periapical demostró ausencia de irregularidades (Figura 3).



Figura 2: Aspecto después de 30 días de la extracción, demostrando proceso de cicatrización dentro de la normalidad.



Figura 3: Examen radiográfico periapical. Se observa la cicatrización normal en la región del diente 51.

Hubo mejoría significativa de la calidad de vida de la niña. Sobre el historial alimenticio, de acuerdo con el relato de la madre, la paciente usó biberón con contenidos azucarados hasta los 3 años y medio, principalmente durante el período nocturno. En su salud general, la niña presentaba bajo peso y baja estatura para su edad, la madre buscó a un médico pediatra, pero fue encontrado ningún problema sistémico. Asimismo, la madre mencionó que su hija casi no se alimentaba, que rechazaba alimentos sólidos y en los últimos meses estaba comiendo sólo alimentos licuados.

Después de 90 días de la primera consulta la paciente retornó más colaboradora, aceptando el tratamiento, con buena cicatrización y signos clínicos de erupción del diente incisivo central superior derecho permanente 11 (Figura 4). El examen radiográfico final fue realizado y en éste se observó tejido óseo dentro de la normalidad. La madre de la paciente relató que después del procedimiento la niña comenzó a alimentarse mejor, ganó peso, se encontraba más activa y animada, pasó a alimentarse con alimentos de



Figura 4: Despues de 90 días, tejidos reparados y diente 11 en erupción sin alteraciones.

consistencia normal, no necesitando más triturar los alimentos para quedar de consistencia pastosa. El tratamiento restaurador fue realizado estableciendo un impacto positivo en la calidad de vida de la niña y de la familia.

Discusión

La caries dental es un problema de salud pública, donde se evidencia que inclusive con la intensificación de las prácticas preventivas, todavía muchos niños presentan infecciones y otras complicaciones de esta enfermedad. El caso aquí descrito es la ocurrencia de una alveólisis del diente 51 ocasionada por caries dental; concordando con la literatura, en la que menciona que caries dental^{4-6,9-10} y el traumatismo dental^{2-6, 9-11} son las principales causas de la alveólisis.

La alveólisis en los dientes primarios no es muy frecuente, pero sí muy significante. Los primeros casos fueron descritos por Menendez⁹ y Serrano¹⁰, y se denominaban inicialmente como “fenestración en raíz”. En un estudio epidemiológico del Centro de Traumas de la FOUSP, Kimura *et al.*,³

encontró una prevalencia de 2,4% de alveólisis en 2616 prontuarios de niños que sufrieron trauma dentoalveolar y Campos *et al.*¹¹ encontró un 1% de prevalencia en 483 niños. Como en el caso clínico presentado, el grupo de edad de mayor frecuencia es de los 5 años de edad, que va de acuerdo con Menendez⁹ y Aguillón-Munhoz.⁴

Se presenta el signo patognomónico de la exposición parcial o total de la raíz dental en la cavidad oral, sin evidencias de resorción radicular, señal que fue observada en el cuadro clínico de nuestra paciente, lo que definió el diagnóstico y la conducta del caso aquí descrito. A propósito, cuando la madre buscó otro servicio, el dentista sólo prescribió una pomada para la sintomatología dolorosa. La pomada en cuestión tenía principio activo de lidocaína, un anestésico local, que causaba pérdida temporal de la sensación del área donde fue aplicada, esta pomada fue usada durante un mes, de acuerdo con las orientaciones recibidas en la primera atención, sin embargo, la niña no presentaba ninguna sintomatología localizada, no habiendo necesidad de aplicación de la misma.

En los casos de alveólisis, es indicada la exodoncia cuidadosa, evitando la fractura de la raíz.^{3-5,7,8} De acuerdo con lo descrito en la literatura, después de la exodoncia del elemento con alveólisis, la paciente presentó cicatrización normal con erupción del diente permanente sin complicaciones. Sólo dos casos de irregularidades después de la exodoncia fueron citados en la literatura por Aguillón y Bagan⁴ donde se desarrolló un granuloma piogénico.

La remoción quirúrgica del elemento 51 ocurrió sin problemas, y la cicatrización

también fue satisfactoria, sin la necesidad de terapia medicamentosa para el postoperatorio.

El conocimiento de esta patología es extremadamente importante para poder tratar a los pacientes de la forma más eficaz. Uno de los problemas es permanecer refregando el local con el dedo,⁷ porque, aunque esa patología sea asintomática, como citado por Triches *et al.*⁸ puede estar asociada a un proceso infeccioso, generando dolor e incomodidad para el paciente, afectando significativamente la calidad de vida del mismo. Por lo tanto, corresponde a los odontopediatras, conocer los diversos tipos de enfermedades bucales y maxilofaciales para realizar un diagnóstico interdisciplinario y elaborar un plan de tratamiento personalizado para

cada paciente infantil, evaluando siempre el impacto que ese niño(a) está teniendo debido a la enfermedad. Esto se destacó en este caso, ya que la niña después del tratamiento de la alveólisis obtuvo una mejora en la alimentación, con ganancia de peso.

Conclusión

El diagnóstico correcto de la alveólisis es primordial para el tratamiento precoz y una mejora en la calidad de vida del niño. El tratamiento, en el caso presentado, siguió las recomendaciones de la literatura, en la cual se indica la extracción del diente involucrado, iniciando el tratamiento de salud bucal y devolviendo la calidad de vida de la niña.

Referencias bibliográficas

1. Perez NDC, Diniz, MB, Paula ABD, Lima LM, Santos-Pinto AM. 144-Alveólise: uma realidade sem evidências em odontopediatria. Revista de Odontologia da UNESP 2005; 34 (Especial).
2. Wanderley MT, Weffort ICC, Kimura, JS, Carvalho PD. Traumatismos nos dentes decidídos: entendendo sua complexidade. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas 2014; 68(3): 194-200.
3. Kimura JS. Alveólise em incisivos decidídos traumatizados: série de casos. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.
4. Aguilló-Munhoz L. Fenestration apical postraumática: factores etiopatogénicos comunes. RCOE 2002; 7(5):523-521.
5. Aguilló L, Bagan JV. Pyogenic granuloma subsequent to apical fenestration of a primary tooth. The Journal of the American Dental Association 2002; 133(5): 599-602.
6. Chen G, Fang CT, Tong, C. The management of mucosal fenestration: a report of two cases. International endodontic journal 2009; 42(2): 156-164.
7. Jhaveri HM, Amberkar S, Galav L, Deshmukh VL, Aggarwal S. Management of mucosal fenestrations by interdisciplinary approach: a report of three cases. Journal of endodontics 2010; 36(1): 164-168.
8. Triches, T. C., Paula, L. K., & Bolan, M. Apical fenestration and ectopic eruption—effects from trauma to primary tooth: a clinical case report. Dental Traumatology 2010; 27(1): 74-76.
9. Menéndez OR. Bone fenestration by roots of deciduous teeth. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology 1967; 24(5): 654-658.
10. Serrano J. Abbreviated case report: Gingivo-osseous pathologic fenestration. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology 1971; 32(5): 697-700.

11. Campos V, Lenzi MM, Marçal SLM, Andrade MRTC, Marsillac MDWS. Traumatismo nos dentes decíduos anteriores: Estudo retrospectivo do Projeto de Extensão em Traumatologia Dentária da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Interagir: pensando a extensão 2017; (22): 46-60
12. Abhinav, Chaubey KK, Agarwal S, Agarwal M. Multidisciplinary management of mucosal fenestration. Indian J Oral Sci 2014; 5(1):44-46.
13. Tseng CC, Chen YH, Huang CC, Bowers GM. Correction of a large periradicular lesion and mucosal defect using combined endodontic and periodontal therapy: a case report. Int J Periodontics Restorative Dent 1995; 15(4):377-383.

Recibido: 21/03/2019

Aceptado: 30/04/2019

Correspondencia: Karla Mayra Pinto e Carvalho Rezende, correo: Karla.rezende@usp.br