

Caso Clínico

Lesión reactiva de tejidos blandos secundaria a fenestración apical.

Anchecta Castro Diana Marielos,* Peral García Alejandra,**
Vázquez de Lara Saavedra Lucero,** Vélez Escalante Mary Aleen.***

Resumen

La fenestración apical es una patología en la cual se presenta perforación en el hueso alveolar y el tejido blando que lo recubre, lo que conlleva a una exposición del ápice al ambiente oral sin reabsorción radicular. En ocasiones la fenestración apical puede ocasionar una lesión reactiva. Debido a que en la literatura existen escasos reportes en órganos dentarios temporales, el objetivo de este reporte es dar a conocer un caso clínico de un paciente femenino de 5 años de edad con fenestración apical acompañada de una lesión reactiva, así como los resultados obtenidos en el manejo odontológico. Dicha patología es asintomática y por ello puede afectar a órganos dentarios y tratamientos odontológicos, por lo que la divulgación de dichos casos, el manejo, así como los resultados obtenidos son necesarios para llevar a cabo un tratamiento ideal de acuerdo a las condiciones del paciente.

Palabras clave: fenestración. Hueso alveolar, lesión reactiva, tejidos blandos.

Abstract

The apical fenestration is a pathology in which there is perforation in the alveolar bone and the soft tissue that covers it, which leads to an exposure of the apex to the oral environment without root resorption. Sometimes the apical fenestration can cause a reactive lesion. Due to the fact that in the literature there are few reports in temporary dental organs, the objective of this report is to present a clinical case of a female patient of 5 years of age with apical fenestration accompanied by a reactive lesion, as well as the results obtained in the dental management. This pathology is asymptomatic and can affect dental organs and dental treatments, so the disclosure of these cases, management, and the results obtained are necessary to carry out an ideal treatment according to the patient's conditions.

Keywords: fenestration, alveolar bone, reactive lesion, soft tissue.

*Estudiante de la Especialidad de Ortodoncia de la Universidad Autónoma de Nayarit. Autor Responsable.

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

Correspondencia: Diana Marielos Anchecta Castro. e-mail: dianaanchecta@icloud.com

Recibido: Abril 2019 Aceptado: Julio 2019

Introducción

Uno de los defectos alveolares que se observa comúnmente es la fenestración apical. Se define como una condición patológica que se caracteriza por una reabsorción localizada y progresiva del hueso y mucosa alveolar, en la cual la superficie apical o el tercio medio de la raíz quedan expuestos al medio oral, sin reabsorción radicular e involucra el hueso marginal y puede presentarse alrededor de uno o más órganos dentarios.¹⁻⁵

Dentro de los factores etiológicos podemos mencionar: infección crónica por caries, pérdida de vitalidad del diente temporal, procesos periapicales crónicos, trauma dental, atrición, presión eruptiva ejercida por el permanente sobre el temporal y con ello retraso en la reabsorción de la raíz, dilaceración, prominencia de la raíz o movimientos ortodónticos.^{4,6,7,8} El primero en reportar aspectos clínicos y posible etiología de dicha patología fue Menéndez en 1967, quien reportó 14 casos de los cuales 11 se presentaron en el incisivo central superior y 3 en el incisivo lateral superior.⁹

Kelly y cols. en 1976 reportaron 3 casos en el incisivo central superior de 5 dientes examinados e introducen el término "Fenestración apical".¹⁰ Posteriormente en 2013 Kimura y col. acuñan el término: Patología Óseo-gingival, dentro de la cual incluyen a la fenestración apical. Cabe mencionar que ellos reportan 64 casos de pacientes con historia previa de trauma dental que

que mostraron patología gingivo-ósea de los cuales sólo el 9.6% presentó fenestración apical.¹¹ Esta patología se suele observar alrededor de los 5 años de edad y sobre todo en el sexo masculino.⁷

El O.D. puede presentar sensibilidad espontánea y dolor a la masticación o palpación,¹² generalmente es asintomático, sin embargo, existe irritación e inflamación de la mucosa circundante debido a que estas áreas facilitan el depósito de biofilm.¹³ Puede estar rodeado de tejido hiperplásico y en los casos de irritación crónica este tejido puede ser similar a un fibroma de irritación, impidiendo la cicatrización de la lesión.^{5, 9, 14.}

En ocasiones puede suscitar la aparición de una lesión reactiva, producto del trauma crónico al que se somete la mucosa oral, que conlleva a la formación de tejido de granulación, células endoteliales, células inflamatorias y fibroblastos que causan lesiones inflamatorias benignas que representan una hiperplasia fibrosa de tejido conectivo.^{9,15,16} Clínicamente se observa como una lesión cupuliforme, exofítica de base sésil, con una superficie lisa y su textura puede variar. Su color es semejante al de la mucosa que se encuentra alrededor y puede originar alguna úlcera.¹⁵

El tratamiento de elección en la mayoría de los casos de O.D. primarios infectados es la extracción, para

proteger al sucesor de posibles daños; sin embargo, sí afecta al órgano dentario permanente el tratamiento es más complejo.^{5,6,7,17,18} El diagnóstico oportuno nos ayuda a encontrar la causa y prevenir futuras complicaciones, esto junto con un procedimiento interdisciplinario nos conduce hacia un tratamiento exitoso.¹⁷

Descripción del caso

Paciente femenino de 5 años de edad que se presenta a la clínica de la Maestría en Ciencias Estomatológicas con terminal en Pediatría de la BUAP, con motivo de la consulta: "caries". Paciente ASA 1, sin antecedentes personales y heredofamiliares patológicos.

Al realizar el examen clínico extra-oral de cabeza y cuello se encuentra asimetría en labio superior en el lado derecho, cicatriz en mejilla del lado izquierdo y ganglios no palpables (Figura 1). Al examen clínico intra-oral se observa ausencia de corona clínica por caries en el OD 51 y 61, inserción baja de frenillo, disminución de hueso alveolar, perforación de mucosa gingival con ápices expuestos, lesión nodular, consistencia sólida, base ancha, móvil, no sangrante, no dolorosa, no supurativa, coloración normocrómica en la región yugal y encía marginal de centrales superiores (Figura 2).

Como auxiliar de diagnóstico se indicó una radiografía periapical de OD 51 y 61, en la cual se observa una zona radiolúcida en ápice del O.D. 51 y ensanchamiento del ligamento periodontal en el O.D. 61 (Figura 3). Diagnóstico: Restos radiculares y fenestración apical del 51 y 61 con lesión reactiva. Plan de tratamiento: Extracción de ambos órganos dentarios temporales para prevenir la afección de los órganos dentarios permanentes (Figura 4).

Evolución: Se llevó a cabo la valoración a los 5 días posterior a las extracciones, observando una disminución significativa de la lesión (Figura 5). A los 10 días la lesión cedió completamente (Figura 6). Posteriormente se programó una serie citas para llevar a cabo la rehabilitación integral.

Discusión

En general la fenestración se considera una variación periodontal dentro del rango de la normalidad, pero su falta de diagnóstico oportuno puede traer complicaciones para los órganos dentarios como: procesos infecciosos crónicos, dientes con retardo en la exfoliación y/o erupción y como consecuencia la probabilidad de maloclusión, así como daño a los sucesores. Por ello el primer paso para el manejo de la fenestración es identificarla oportunamente.^{4,5,6,7,8}

Figura 1. Fotografía extraoral.



Figura 2. Fotografía intraoral.



Figura 3. Radiografía periapical que muestra zona radiolúcida en región apical del O.D. 51, restos radiculares y presencia de gérmenes de O.D. 11,12, 21 y 22.



En el presente caso el factor etiológico fue infección periapical como lo reportado por Kelly y cols.¹⁰ los factores etiológicos ya mencionados y reportados en otros casos fueron consecuencia de pérdida de vitalidad, infección periapical crónica, aunado a esto la falta de reabsorción de la raíz y la presión eruptiva del diente permanente dando como resultado la fenestración apical y secundario a ésta la lesión reactiva de tejidos blandos.^{7,11}

La prevalencia oscila entre el 7.5 y el 20%. Es más frecuente en la zona anterior, casi exclusivamente en la superficie vestibular del hueso alveolar.^{12,18} La edad promedio en la que se presenta la fenestración apical en incisivos centrales superiores temporales es alrededor de los 5 años de edad.⁷

La fenestración apical en ocasiones presenta una lesión de tejidos blandos, que pocos autores han reportado como es el caso de Menéndez (1967).⁹ En el caso de los órganos dentarios primarios afectados los investigadores afirman que la extracción es el tratamiento de elección.^{5,7,17,18}

En el presente caso, la extracción fue el tratamiento adecuado y oportuno, ya que el examen de seguimiento mostró la cicatrización del área afectada, al igual que lo reportado por Thaisa y Aguiló.^{4,7} El uso de un mantenedor de espacio posterior a la extracción de los órganos afectados es parte del éxito en el tratamiento de pacientes si los órganos dentarios permanentes no han

Figura 4. Restos radiculares de O.D. 51 y O.D. 61



Figura 5. Control postoperatorio a los 5 días, donde se observa disminución de la lesión.



Figura 6. Control postoperatorio a los 10 días donde podemos observar la cicatrización de la mucosa oral.



erupcionado. Ésta es una alternativa viable en casos de pérdida de espacio en pacientes pediátricos que presentan fenestración antes del periodo de exfoliación normal. Coincidimos con Kimura, quien afirmó que el conocimiento de las características y tratamientos es relevante para la elección de un manejo adecuado del paciente.¹¹

Referencias

1. Nimigean VR, Nimigean V. Combined mucosal and alveolar fenestration: A clinical report and literature review. *Rom J Morphol Embryol.* 2013;54(2):437-41.
2. Newman MG, Takei HH, Carranza FA. *Carranza's Clinical Periodontology*, 9th ed. Missouri: Saunders Elsevier;2002
3. Edel A. Alveolar bone fenestrations and dehiscences in dry Bedouin jaws. *J ClinPeriodontol* 1981;8:491-9.
4. Triches TC, Paula LK, Filho MX, Bolan M. Apical fenestration and ectopic eruption - effects from trauma to primary tooth: A clinical case report. *Dent Traumatol* 2011;27(1):74-6.
5. Aguiló L, Bagán JV. Pyogenic granuloma subsequent to apical fenestration of a primary tooth *J Am Dent Assoc* 2002; 133:599-602.
6. Kilpatric NM, Hardman PJ, Welbury RR. Dilaceration of a primary tooth. *Int J Paediatr Dent* 1991;1:151-3.
7. Aguiló-Muñoz LF. Fenestración apical postraumática: factores etiopatogénicos comunes. *RCOE* 2002;7(5):523-31.
8. Rupperecht RD, Horning G, Nicoll B, Cohen M E. Prevalence of dehiscences and fenestrations in modern American skulls. *J Periodontol* 2001;72:722-9.
9. Menendez O. Bone Fenestration by roots of deciduous teeth. *Oral Surg, Oral Med Oral Pathol* 1967;24(5):654-8.
10. Kelly JR, Keeton JM, Barr ES. Apical fenestration. *ASDC J Dent Child* 1976; 43:96-98.
11. Kimura JS, Aldrigui JM, de Carvalho P, Wanderley MT. Osseo-gingival pathology as sequelae of dental trauma to the primary upper incisor: a case series. *Int J Paediatr Dent.* 2017;27(2):128-34.
12. Boucher Y, Sobel M, Sauveur G. Persistent pain related to root canal filling and apical fenestration: a case report. *J Endod.* 2000;26:242-4.
13. Chong BS, Pitt Ford, TR, Kariyawasam SP. Tissue response to potential root-end filling materials in infected root canals. *Int Endod J* 1997;30:102-14.
14. Chen G, Fang CT, Tong C. The management of mucosal fenestration: a report of two cases. *Int Endod J* 2009;42:156-64.
15. Pinto A, Haberland CM, Baker S. Pediatric Soft Tissue Oral Lesions. *Dent Clin North Am* 2014;58(2):437-53.
16. Kazmi F, Alamgir W, Mumtaz M. Diagnostic challenges in assessment of reactive soft tissue lesions of oral cavity. *Int J Cur Res Rev* 2015;7(10):79-86.
17. Jhaveri HM, Amberkar S, Galav L, Deshmukh VL, Aggarwal S. Management of Mucosal Fenestrations by Interdisciplinary Approach: A Report of Three Cases. *J Endod* 2010;36(1):164-8.
18. Edney MB. Interesting presentation of a retained upper deciduous incisor with apical fenestration. *Br Dent J.* 2000;188(7):369-70.