

APORTACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INTERPRETACIÓN DE LA ORTOPANTOGRAFÍA Y DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ENDODÓNTICAS EN LA PATOLOGÍA MAXILOFACIAL. DISPLASIA FIBROSA ÓSEA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES: Dra. Susana Hernández Montero, Dra. Sofía Hernández Montero
Clínica Odontoestomatología y Cirugía Oral y Maxilofacial
Dres. Hernández Altemir – Hernández Montero

Introducción

...las partes duras de la muestra corresponden a un tejido óseo laminar muy compacto y denso, cuyo interior está constituido por trabéculas de diferentes tamaños y distribución arquitectural, con notable densidad de osteocitos de características nucleares típicas... (Estas palabras forman parte de lo que en una descripción de un estudio anatomopatológico se puede leer en relación con una enfermedad fibroscá de los maxilares).



Figura 1. Imagen panorámica de la displasia fibrosa del maxilar inferior con ambos componentes óseo y fibrovascular.



Figura 2. En un abundante estroma fibroblástico y vascular benigno, se sitúan trabéculas irregulares de hueso fibrilar inmaduro.

Descripción del caso

Paciente mujer de 40 años de edad, sin antecedentes médico quirúrgicos de interés, asintomática, estudiada desde el punto de vista endodóntico a partir del hallazgo en ortopantomografía de imagen radiográfica perirradicular de márgenes mal definidos en la que se combina un hueso de características lesionales junto con otro acaso de apariencia más normal. A partir del resultado de pruebas diagnósticas cuidadosas, fundamentalmente de vitalidad, térmicas y eléctricas, existe la indicación de realizar otras pruebas complementarias que ayudarían al establecimiento de un diagnóstico definitivo y toma de decisiones posteriores relacionada, esencialmente, con los aspectos terapéuticos.



Fig.3

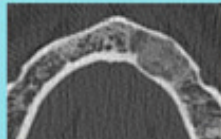
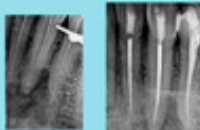
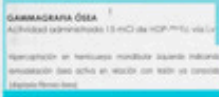


Fig.4

La exploración, por ejemplo, y en este caso concreto, de TC de Maxilar Inferior nos informa de lesión expansiva perirradicular de aspecto sólido o mucosoide, localizada entre 32-34, con abombamiento y adelgazamiento de la cortical sin llegar a romperla (Figs.3 y 4). El estudio de Medicina Nuclear (fig.5) muestra hipercaptación en la región que se valora.



Procede exploración quirúrgica conservadora posterior al tratamiento de conductos de los dientes implicados en la lesión, con estudio de la muestra biopsica para su valoración y posible determinación de otros protocolos terapéuticos médico quirúrgicos que pudiesen estar indicados a partir de los resultados histológicos y evolución clínica del paciente.

Conclusión

Lesión constituida por trabéculas óseas estrechas, deformes y encorvadas, sin estructura lamelar, en cuya superficie no se aprecian osteoblastos sobrepuestos, y que están inmersas en abundante tejido fibroso de moderada densidad celular y características típicas.

D.D.: El fibroma osificante a menudo se confunde con displasia fibrosa, y es importante diferenciarlos ya que tienen diferente tratamiento y pronóstico. El fibroma osificante es una neoplasia bien circunscrita que, si no se trata, puede presentar un crecimiento considerable y destrucción ósea.

El diagnóstico supone intentar definir y detallar la esencia de una situación de enfermedad, con ayuda del estudio cuidadoso y ordenado de sus signos y síntomas, siendo conscientes de la aportación e importancia de pruebas diagnósticas sencillas como son la ortopantomografía y pruebas de vitalidad. El papel del endodoncista en la Patología Oral y Maxilofacial es de gran relevancia y hemos de ser conscientes de que una buena interpretación de las diferentes pruebas, forma parte del arte, no sólo instrumental, que también, de la endodoncia.

AGRADECIMIENTOS

Dr. R. Gómez Pereda
Dr. A.L. Navarro Izquierdo
Dr. J.Ortega Fdez. de Retama, Dr. A. Puertas Cantería

