

Revisión de las publicaciones de la Revista Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics (agosto- septiembre 2003)

Autores:

*Juan Carlos Casar Espinosa
Alumno del Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla*

*Pedro Infante Cossío
Profesor Asociado de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla
Facultativo Especialista del Área del Servicio de Cirugía Oral y
Maxilofacial del Hospital Universitario Virgen del Rocío*

*Daniel Torres Lagares
Profesor del Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla
Profesor Ayudante de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla*

*José Luis Gutiérrez Pérez
Director del Equipo Docente de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla
Profesor Titular de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla
Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario
Virgen del Rocío*

*Dirección de contacto:
Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla
C/ Avicena s/n Sevilla 41009
Tlfn - Fax 954481129*

Revisión de las publicaciones de la Revista Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics (agosto-septiembre 2003)
Casar JC, Infante P, Torres D, Gutiérrez JL
Revista Secib On Line 2005; 4:48-58
ISSN 1697-7181



El objetivo de este artículo es resumir y comentar las publicaciones de la revista Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics de los meses de agosto y septiembre del año 2003.

Para tal efecto, y con el objeto de facilitar la lectura y la articulación de esta publicación, agruparemos los artículos por temas.

Desde el punto de vista de casos clínicos interesantes debido a la rareza de su patología destaca un artículo publicado en agosto que es el primer caso recogido de perineuroma intraneural que no afecta a nervios mayores (1) y cuyo primer autor es Damm, el cual presenta una mujer blanca de 26 años de edad que presenta a la palpación un nódulo submucoso de 0,75 cm de diámetro en la superficie dorsal de la lengua, el aspecto de la lengua era normal y no presentaba ninguna clase de síntomas. Se realizó una biopsia excisional y el diagnóstico clínico de sospecha era de neurofibroma, pero tras el estudio anatomopatológico se descartó dicho diagnóstico y se confirmó el de perineuroma intraneural. Es una lesión poco común que consiste en una proliferación de células perineurales y cuya etiología es desconocida, existiendo gran controversia sobre si se trata de un proceso reactivo o neoplásico. Las publicaciones anteriores sobre esta patología afectan a nervios mayores, en los que aparece un déficit motor o pérdida progresiva de actividad con signos y síntomas sensoriales. Se trata del primer caso conocido que se da en nervios menores antes de que se desarrolle disfunción nerviosa clínicamente detectable. Los autores recomiendan la excisión para prevenir la extensión proximal y la aparición de déficit sensoriales o motores, ya que se trata de un proceso progresivo.

Otro caso clínico digno de mención es el que publican desde Finlandia los autores Maria Siponen y Tuula Salo, que recogen el primer caso del



Síndrome de Laugier-Hunziker o pigmentación mucocutánea lenticular idiopática en Escandinavia (2). Esta patología es poco conocida por patólogos orales, cirujanos maxilofaciales y dentistas por lo que nos parece otro motivo de peso para la divulgación de la misma. El caso que presentan es de una mujer de raza blanca y de 57 años de edad que fue remitida para tratamiento periodontal, era fumadora de 20 cigarrillos al día y estaba actualmente en tratamiento para hipertensión arterial y para la depresión que padecía. En la exploración oral presentaba pigmentación en la mucosa bucal y labial y en la superficie exterior de los labios. Dicha lesión fue biopsiada y diagnosticada como melanosis. Cinco años más tarde acudió a la consulta para realizarse un tratamiento dental y continuaba con el tratamiento para la depresión y con el consumo de 20 cigarrillos/día, en la exploración presentaba una pigmentación difusa de color marrón en la mucosa labial, bucal y paladar, que se extendía a la región parafaríngea. En el borde lateral de la lengua mostraba una pequeña área de pigmentación y pequeñas máculas marrones en el labio. A nivel extraoral se observó una banda pigmentada simple en las uñas de las manos. En la anamnesis la paciente no refería síntomas y comentaba que esas “manchas” las tenía desde que era joven-adulta. Se remitió al Departamento de Medicina Interna, en el que no se halló nada anormal y se diagnosticó clínica e histológicamente la lesión como pigmentación mucocutánea lenticular idiopática o Síndrome de Laugier-Hunziker, ya que estaba libre de hallazgos sistémicos. Este síndrome es una hiperpigmentación macular de carácter benigno en mucosa bucal y labio que fue descrita en 1970 y que aparece en adultos jóvenes de raza blanca. Dicha pigmentación consiste en una placa lenticular o líneas maculares de color marrón oscuro, que pueden ser solitarias o confluyentes y sus márgenes pueden estar bien definidos o no. Además de las localizaciones antes mencionadas también pueden aparecer en paladar blando, lengua, encía o suelo de boca, a nivel de las uñas puede presentar bandas longitudinales pigmentadas de anchura e intensidad variable



y que afecta a la uña completa o a media uña. También se han descrito lesiones en manos, pies, tórax, cuello, dedos y área perigenital. No hay hallazgos sistémicos y anatomopatológicamente se observa alteración de los melanocitos por aumento de la síntesis de melanina.

En nuestro tercer artículo (3) los autores presentan desde Turquía un llamativo caso de una mujer de 19 años con una masa no dolorosa en la región sinfisaria de 4 años de evolución y que crecía progresivamente, no tenía antecedentes de trauma ni presentaba ninguna sintomatología salvo la gran inflamación que le provocaba una gran desfiguración facial. No tenía antecedentes médicos ni dentales de interés y en el examen clínico se apreciaba como la masa estaba asentada en hueso, era firme y se localizaba en borde antero-inferior mandibular, ligeramente depresible a la presión manual y manteniendo los dientes adyacentes su vitalidad intacta y ausentes de movilidad. Radiográficamente se apreciaba una imagen radiolúcida unilocular de 12 cm x 18 cm con tabicación interior y esclerosis cortical con zonas de discontinuidad cortical. Se realizó el diagnóstico diferencial con ameloblastoma uniuístico, queratoquiste, granuloma de células gigantes asociado a hiperparatiroidismo o no, fibroma osificante, quiste óseo aneurismático o traumático, malformación arteriovenosa, carcinomas mucoepidermoides, osteomielitis crónica e histiocitosis X o histiocitosis de células de Langerhans. La paciente fue intervenida bajo anestesia general y con abordaje extraoral realizándose una ventana ósea y aspirándose el contenido, que no presentaba membrana quística ni evidencia de tumor sólido. La cavidad fue cureteada y se procedió al estudio anatomopatológico, diagnosticándose como histiocitosis de células de Langerhans con degeneración quística. El tratamiento más frecuente para esta patología es la enucleación y legrado de la cavidad, aunque también se pueden tratar con radioterapia, corticoides sistémicos o intralesionales o quimioterapia



sistémica. Los autores recomiendan la radioterapia localizada en casos de mandíbula, pero comentan la necesidad de más estudios para realizar un protocolo óptimo de tratamiento.

Un nuevo bloque de publicaciones que vamos a comentar son los que se refieren a estudios clínicos, como es el caso del estudio preliminar que realizan desde la Universidad de Viena sobre el cierre de fístulas oroantrales con injerto de hueso monocortical (4). Muestran el cierre de fístulas oroantrales crónicas con injertos óseos intraorales y más tarde elevan el seno maxilar satisfactoriamente para una posterior cirugía de implantes. El procedimiento que siguen es regularizar el defecto óseo con una trefina lo más pequeña posible y obtienen un bloque óseo de mentón con el mismo tamaño de trefina. Lo fijan, en tres de los casos con la propia presión entre el defecto e injerto, y en dos de los casos necesitaron la fijación con miniplacas ya que el injerto no era estable. Entre los 6 y 12 meses posteriores se evaluó el defecto mediante TAC, realizando la elevación del suelo sinusal con ventana lateral en tres de los casos, en los que mantuvieron íntegra la membrana sinusal, por lo que los autores recomiendan esta técnica para el cierre de fístulas oroantrales, cierre de fístulas y posterior elevación y para el cierre inmediato de comunicaciones orosinusales tras la exodoncia de raíces en contacto con el seno, ya que esto es muy común tras la exodoncia de primeros y segundos molares y si no se trata se puede desarrollar sinusitis, por lo que se aconseja el cierre antes de las 24 horas. Para tal efecto se han utilizado diversas técnicas de tejidos blandos que fracasan en grandes defectos y técnicas con injertos autólogos de cresta iliaca, dado que cada vez es más frecuente la necesidad de cirugía previa a la colocación de implantes, como es el caso de elevaciones de seno. Este es el motivo que empuja a los autores a realizar este estudio preliminar sobre 5 pacientes.



Otro artículo (5), a pesar de no ser un estudio clínico, está en relación con la publicación anterior. Es una revisión de la rinosinusitis desde un punto de vista dental que se publicó en el mes de agosto. Muchos pacientes acuden al dentista con dolor y presión en la zona maxilar posterior y estos síntomas pueden asociarse a inflamación o infección de la membrana sinusal ya que está en íntima relación con la raíces de los molares y premolares, por este motivo debemos introducir la rinosinusitis en el diagnóstico diferencial de dolor dental maxilar posterior para evitar tratamientos dentales innecesarios. Esta patología supone la visita de 16 millones de pacientes a su médico y un gasto de 3,3 mil millones de dólares en los EE. UU. al año, por lo que tiene gran repercusión social. Hasta hace poco el término sinusitis implicaba inflamación e infección del seno maxilar y se trataba con descongestionantes y antibióticos, pero la American Academy of Otolaryngology estandarizó el término para la afectación paranasal y sinusal, ya que la mucosa de nariz y senos está comunicada y responden igualmente al tratamiento médico y quirúrgico, por lo que se pasó a llamar rinosinusitis y se disminuyó el consumo de antibióticos y el gasto médico. La rinosinusitis la clasifican en aguda, subaguda, aguda recurrente y crónica y comienza generalmente con dolor infraorbital y de la mitad de la cara, suele ser por infección viral y debe tratarse sintomáticamente y en ocasiones se complica con sobreinfección bacteriana que necesitará de tratamiento antimicrobiano.

Generalmente la infección vírica provoca la inflamación de la membrana del seno y el cierre del ostium de drenaje y así como alteración de la función ciliar. Estas alteraciones favorecen la infección bacteriana, otras causas pueden ser traumáticas, alérgicas o iatrogénicas como es el caso de exodoncias, tratamiento de conductos o tratamientos periodontales. Los principales síntomas mayores son el dolor facial, presión, congestión facial, obstrucción nasal, hiposmia y fiebre y como síntomas menores, dolor de



cabeza, dolor dental, halitosis, fatiga o dolor de oído. En el 5-10% la causa es dental (absceso periapical, infección periodontal, caries profundas o extracciones).

En el caso de causa vírica el tratamiento será sintomático con descongestionantes y si es de causa bacteriana el antibiótico de elección será la amoxicilina / ácido clavulánico, azitromicina o claritromicina y si no remite debemos buscar una causa alérgica o micótica.

El sexto artículo aborda la controversia que se da en el posible carácter premaligno del liquen plano oral y las lesiones liquenoides, éste grupo holandés realizan un estudio prospectivo en el que revisan 173 pacientes, de los cuales 62 pacientes estaban diagnosticados de liquen plano oral y 111 de lesiones liquenoides y realizaron un seguimiento que iba de los 6,6 meses a los 72 meses, apareciendo en este periodo 3 casos de carcinomas epidermoides escamosos en el grupo de lesiones liquenoides. Mediante un test binomial se comparó con la incidencia de cáncer oral en la población general, obteniendo como conclusión que su estudio apoya la hipótesis de que pacientes con lesiones liquenoides orales tienen mayor incidencia de padecer cáncer oral, dato que no se observa con el liquen plano oral. Los autores ya comentan las limitaciones de este estudio, ya que es un estudio prospectivo. El número de la muestra y el periodo de seguimiento deberían ser mayores, pero recomiendan las revisiones semestrales y una especial atención en las formas atróficas, ulceradas o erosivas para realizar un posible diagnóstico precoz.

Ya que está ampliamente estudiado y contraindicado la colocación de implantes en áreas infectadas, pero no está evaluado el efecto de lesiones periapicales de dientes que están en contacto con implantes ya osteointegrados, Shabahang de la Universidad de Loma Linda (7) realiza un



estudio en el que colocan 40 implantes próximos a premolares de perros y se realizan 4 grupos, el grupo control en el que no se manipuló el premolar sano, en un segundo grupo se indujo una lesión periapical y se realizó el tratamiento de conductos, en el grupo tercero además del tratamiento de conductos se realizó la desinfección quirúrgica de la superficie de los implantes y en el último grupo se provocó la lesión periapical pero no se hicieron tratamientos pulpares.

A los siete meses y medio se analizó el porcentaje de superficie osteointegrada de los 4 grupos, no encontrando diferencias significativas entre los 4 grupos, por lo que se concluyó con que los implantes ya osteointegrados no se ven afectados adversamente por lesiones periapicales de dientes próximos a ellos y que la desinfección quirúrgica de la superficie del implante no beneficia la osteointegración.

Vamos a finalizar esta revisión comentando un caso clínico (8) de una malformación venosa intraoral asociado a flebolitiasis en una mujer de 92 años de edad que fue remitida por disfunción temporomandibular con dolor, tensión articular, dolor en la apertura bucal, limitación en la movilidad condilar y chasquidos intraarticulares. Con estos datos se confirmó el diagnóstico inicial y fue tratada por el fisioterapeuta. En la exploración intraoral presentaba una coloración púrpura en la mucosa bucal de la región retromolar que palidecía a la presión y que sugería una malformación vascular. En la radiografía panorámica se observaron múltiples cuerpos radiopacos de morfología redondeada u ovalada y que fue interpretada como flebolitiasis y que se eliminaron con anestesia local y confirmándose el diagnóstico mediante biopsia. Las anomalías vasculares incluyen dos entidades clínicas e histopatológicas distintas. El hemangioma que es el tumor benigno de tejidos blandos más frecuente en la infancia y las malformaciones



vasculares que son congénitas y son el resultado de errores en el desarrollo morfogénico vascular. El 40% se da en cabeza y cuello y suele asociarse a flebolitiasis.



BIBLIOGRAFÍA

1. Damm DD, White DK, Merrell JD. Intraneural perineurioma--not restricted to major nerves. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003 Aug;96(2):192-6.
2. Siponen M, Salo T. Idiopathic lenticular mucocutaneous pigmentation (Laugier-Hunziker syndrome): a report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003 Sep;96(3):288-92.
3. Coban YK, Koca T, Boran C. Huge cystic mandibular mass. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003 Sep;96(3):253-7.
4. Haas R, Watzak G, Baron M, Tepper G, Mailath G, Watzek G. A preliminary study of monocortical bone grafts for oroantral fistula closure. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003 Sep;96(3):263-6.
5. Kretzschmar DP, Kretzschmar JL. Rhinosinusitis: review from a dental perspective. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003 Aug;96(2):128-35.
6. Van der Meij EH, Schepman KP, van der Waal I. The possible premalignant character of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a prospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003 Aug;96(2):164-71.
7. Shabahang S, Bohsali K, Boyne PJ, Caplanis N, Lozada J, Torabinejad M. Effect of teeth with periradicular lesions on adjacent dental implants. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003 Sep;96(3):321-6.



8. Scolozzi P, Laurent F, Lombardi T, Richter M. Intraoral venous malformation presenting with multiple phleboliths. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003 Aug;96(2):197-200.