



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

FENESTRACIONES Y DESHISCENCIAS ALVEOLARES

Od. NORA GONZALEZ DE TOSCO

El proceso o apófisis alveolar, cuya morfogénesis, está ligada a la presencia y desarrollo de los dientes, está formado por una tabla externa y otra interna, unidas por hueso esponjoso y tabiques interproximales que delimitan el alvéolo de aquéllos.

Resulta de interés para nuestro trabajo, señalar que normalmente, estando alineados correctamente los dientes, el borde alveolar es festoneado en la zona del incisivos y caninos, (Figura Nº 1),

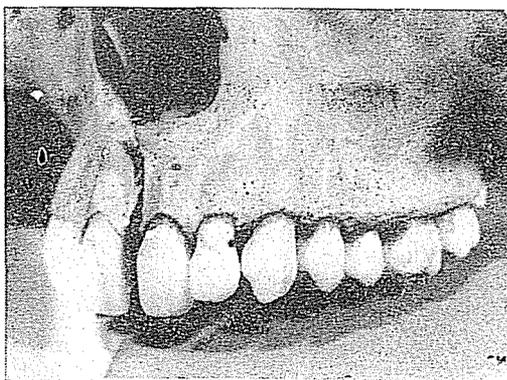


Fig. Nº 1

en cambio es horizontal en la zona de premolares y molares (Figura Nº 2).

Resumen del Trabajo correspondiente al PRIMER AÑO de ADSCRIPCIÓN a la CATEDRA DE ESTOMATOLOGIA y PERIODONCIA, y presentado a la CATEDRA DE ANATOMIA DESCRIPTIVA.

Jefe de Clínica de la CATEDRA DE CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA y PERIODONCIA.
Urquiza 1759 - Alta Córdoba - CORDOBA - REPUBLICA ARGENTINA.



Fig. Nº 2

En el hueso seco, el borde alveolar llega hasta la proximidad del cuello anatómico; queda entonces parte de la raíz no recubierta por el alvéolo. Las relaciones de éste, con las tablas externas e internas, varían a nivel de cada diente; por Ej. incisivo lateral inferior está más próximo a la tabla externa que es cóncava en esa zona, (Fig. Nº 3).

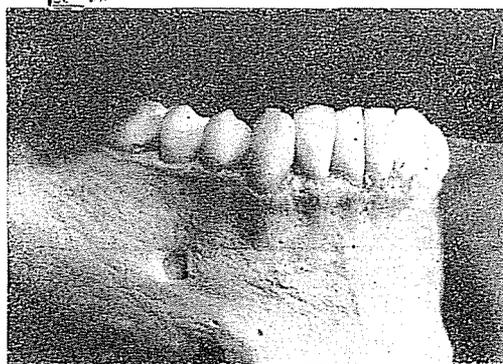


Fig. Nº 3

Cuando el revestimiento óseo del alvéolo, se confunde con el hueso compacto, como ocurre a nivel del canino, se observan eminencias alveolares (Fig.

Nº 1), determinadas por la forma de la raíz.

Cuando la pared vestibular del alvéolo falta total o parcialmente, estamos frente a un defecto óseo llamado **Dehiscencia**²⁻³⁻⁴ (Fig. Nº 4). Cuando



Fig. Nº 4

esa pérdida de tejido deja el margen óseo intacto, lo llamamos **Fenestraciones** (Fig. Nº 4 y 5).

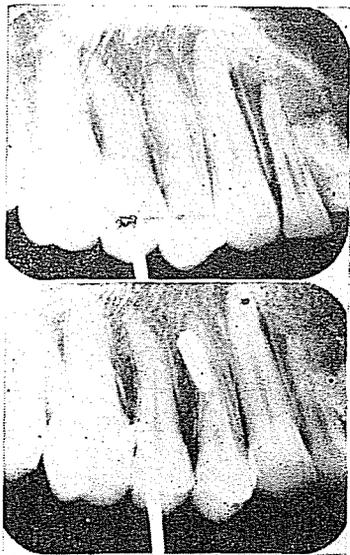


Fig. Nº 5

Los estudios iniciales sobre el particular, corresponden a Kakehashi (5) quien describe las fenestraciones y dehiscencias en maxilares de gorilas. Sthal, citado por Glikman² y por R. G. Caffesse, B. O. Barletta y F. A. Carranza³, estudia las fenestraciones y dehiscencias en maxilares humanos; posteriormente los autores citados³ estudian la presencia de estos defectos óseos en cráneos de europeos, indios calchaquíes y patagones.

El presente trabajo tiene como objetivo, estudiar la frecuencia con que aparecen las fenestraciones y dehiscencias en maxilares y mandíbulas humanas adultas.

MATERIALES Y METODOS

Se examinaron macroscópicamente ciento cincuenta maxilares (setenta y tres derechos y setenta y siete izquierdos) y ciento diecinueve mandíbulas (cincuenta y cinco lado derecho y setenta y cuatro lado izquierdo), total o parcialmente dentados. No se pudo precisar a que raza pertenecían.

El material utilizado, pertenece al museo del Instituto Anatómico de Córdoba, al Museo Calchaquí "ADAN QUIROGA" de Catamarca, y a la Cátedra de Anatomía de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba.

Se usó el otomicroscopio perteneciente a la Cátedra de Otorrinolaringología, para el estudio de algunos maxilares con defectos óseos, cuya observación visual nos hizo dudar de su naturalidad.

Los elementos dentarios correspondientes a la zona del proceso alveolar, donde se localizaron **Fenestraciones** y **Dehiscencias**, fueron estudiados detalla-

damente con respecto a su morfología, posición y estructura, haciendo uso de un explorador en este caso.

El examen radiográfico de algunos maxilares y mandíbulas, se hizo en la Cátedra de Estomatología y Periodoncia, usando la técnica de Dieck, y con un voltaje de 220 miliampers. La primera toma se hizo con la adaptación de una laminita de plomo, de forma y tamaño similar al defecto óseo, con el objeto de señalar la zona de interés, y comparar luego con la radiografía del mismo caso sin el uso de sustancias radio-opacas. Fueron observadas posteriormente, con la ayuda de una lupa, en la Cátedra de Radiología. No fueron radiografiados todos los casos por no poder retirar material del Museo.

Fueron practicadas dos intervenciones quirúrgicas a colgajo, con el objeto de visualizar la pared vestibular. Paciente N° 1: sexo femenino, edad 20 años; diagnóstico clínico y radiográfico: Enfermedad Periodontal Generalizada. Algunos datos del elemento dentario a considerar: incisivo lateral superior izquierdo; bolsa absoluta, seis milímetros de profundidad, movilidad moderada; clínicamente hay lesiones de trauma y apreciable cantidad de irritantes. Paciente N° 2: sexo masculino, edad 28 años. Algunos datos del elemento a considerar: canino superior izquierdo en infraoclusión, no hay bolsa, marcada recesión gingival.

Se estudiaron también cuatro maxilares y dos mandíbulas, pertenecientes a niños con dentadura primaria completa.

RESULTADOS

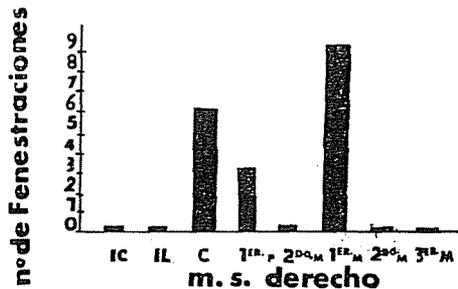
Los resultados obtenidos de la obser-

vación, son los que vemos en las tablas N° 1 - 3 - 4 - 5 y 6, que a continuación se detallan: las **Fenestraciones** fueron encontradas más frecuentemente en el maxilar que en la mandíbula, y aparecen únicamente por vestibular. Inciden en mayor número a la altura de primera molar; le siguen en orden, canino y primer premolar. Se observan con mayor frecuencia en el lado derecho; pese a estos resultados, las diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla N° 1

Area	Fenestraciones alveolares			
	Maxilar		Mandíbula	
	derecho	izquierdo	l.derecho	l.izquierdo
IC	-	-	-	1
IL	-	-	1	1
C	6	2	1	1
1 ^{er} .p	3	3	1	1
2 ^{do} .P	-	-	-	-
1 ^{er} .m	9	4	2	1
2 ^{do} .m	-	-	-	-
3 ^{er} .m	-	-	-	-
Total estudiado	73	77	55	64

Tabla N° 3



Referencias: En la línea de abscisas van los dientes, y en las ordenadas el número de **Fenestraciones**. El objeto de estas tablas, es demostrar con mayor claridad los hallazgos en cuanto a de-

fectos óseos.

Tabla N° 4

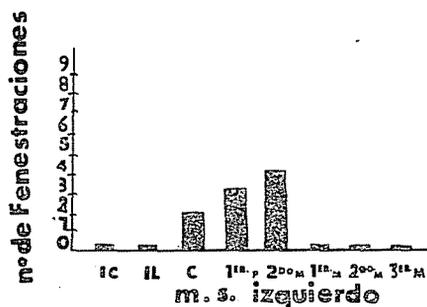
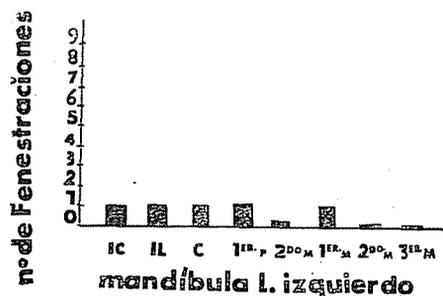


Tabla N° 5



a-b-c y d: Léase en la línea de abcisas 2do. Premolar a continuación de 1er. Premolar.

Tabla N° 6

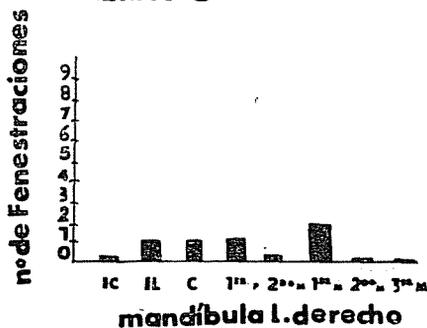


Fig. N° 6

En las fotografías de los casos estudiados, ordenados de acuerdo a su frecuencia: (Fig. N° 6) podemos observar como esa pérdida ósea parcial, deja parte de la raíz al descubierto. Observamos **Fenestraciones** en primer molar, primer pre-molar y canino derecho.

Los dientes que presentaban **Fenestraciones**, no tenían caries; sí se pudo ver facetas de desgaste en su cara oclusal y borde incisal.



Fig. N° 7

En la Fig. N° 7 se puede ver un defecto óseo en primer molar superior izquierdo; (Fig. N° 8) nos presenta la radiografía del caso, que observada con

lupa no pudimos detectar la falta de
tabla vestibular.

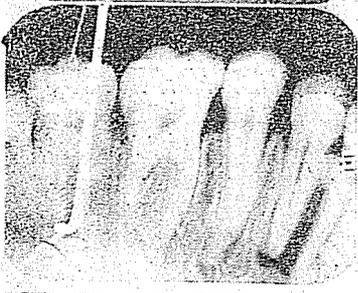
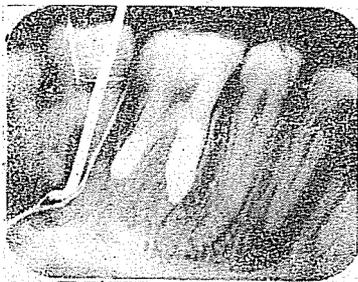


Fig. N° 8

Se presentan a continuación **Fenestraciones** con diferente localización en el maxilar superior izquierdo (Fig. N° 9 y 10).



Fig. N° 9

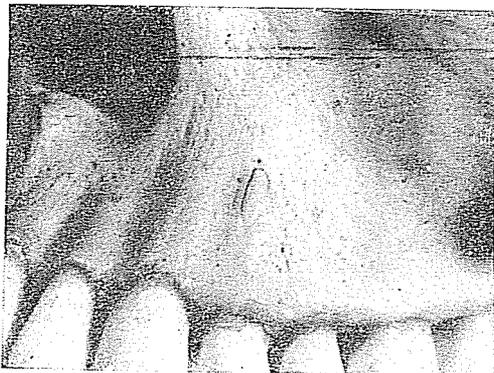


Fig. N° 10

Con respecto a la mandíbula lo que pudimos observar es lo siguiente: **Fenes-**



Fig. N° 11

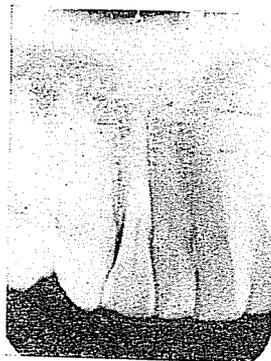


Fig. N° 12

fracciones en los incisivos laterales (Fig. N° 11). La radiografía del caso con elemento de contraste corresponde a la fotografía anterior. (Fig. N° 12).

Los resultados obtenidos en cuanto a dehiscencias, son las que observamos en las tablas N° 2, 7, 8, 9 y 10, que describimos a continuación.

Podemos observar que las dehiscencias se manifiestan con mayor frecuencia en el canino.

A continuación se mostrarán los gráficos correspondientes.

Tabla N° 2

Dehiscencias alveolares

area	Maxilar		Mandíbula	
	derecho	izquierdo	l.derecho	l.izquierdo
ic	-	-	-	-
il	-	1	-	1
c	2	1	-	3
1er. p	-	1	1	1
2da. p	-	-	1	-
1er. m	-	1	1	-
2da. m	-	-	-	-
3er. m	-	-	-	-
Total estudiado	73	77	55	64

Tabla N° 7

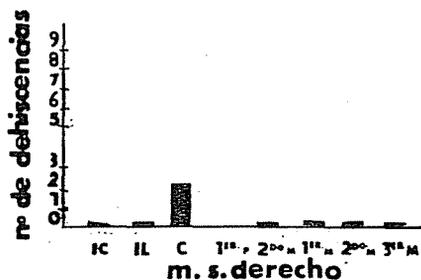


Tabla N° 8

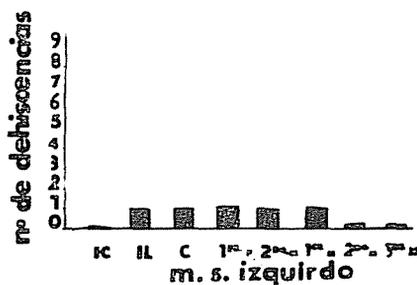


Tabla N° 9

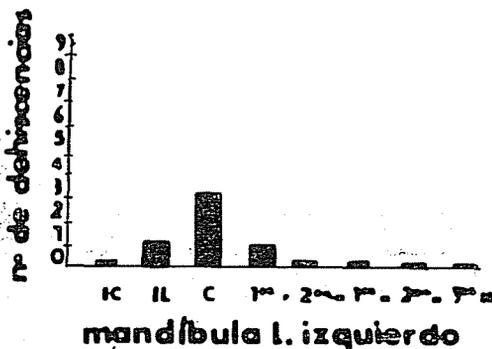
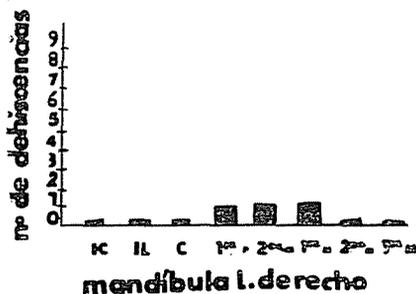




Fig. N° 13

En la Fig. N° 13 se puede observar **Dehiscencia** marcada en el primer premolar inferior derecho, elemento dentario que está fuera de oclusión; no presenta facetas de desgaste. Es necesario recalcar el defecto óseo y su relación con la posición, y falta de oclusión (Fig. N° 14) del canino superior derecho.

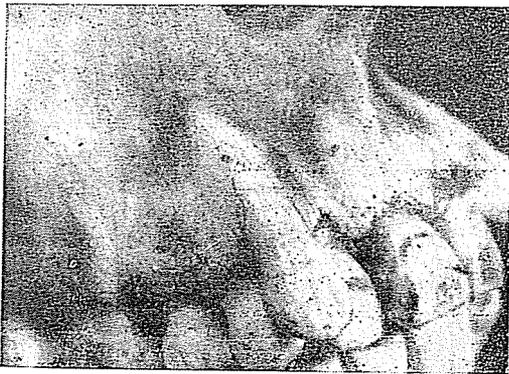


Fig. N° 14

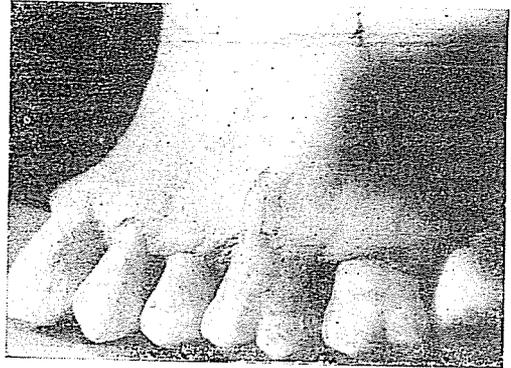


Fig. N° 15

La fotografía de la Fig. N° 15 nos muestra una dehiscencia a la altura de la raíz mesial del primer molar superior izquierdo la Fig. N° 16 corresponde a la radiografía del caso anterior; no nos permite ver la falta de tabla vestibular, usando la técnica de Dieck. Probablemente con el uso de cono largo se lograría visualizar el defecto.



Fig. N° 16

DISCUSION

Sobre si estos defectos óseos (**fenestraciones y dehiscencias**) son verdaderamente naturales, hacen un comentario Sthal y colaboradores, citado por R. G. Cafesse, B. O. Barletta y F. A. Carranza (h)². La duda surge de, si durante la preparación del material, se hubieran producido pérdidas óseas, que darían como consecuencia **fenestraciones** artificiales.

Los autores antes mencionados, citan la opinión de arqueólogos y antropólogos que afirman la naturalidad de estos defectos óseos, dado el cuidado con que son hechas las preparaciones.

Se cita el trauma²⁻³ como causa de **fenestraciones y dehiscencias**. La mayoría de los maxilares y mandíbulas estudiados por nosotros, no correspondían a la misma boca; pero se estudió la superficie oclusal y borde incisal de los dientes, encontrándose marcadas facetas de desgaste, sobre todo del lado derecho donde se presenta con mayor frecuencia los defectos óseos mencionados. Pareciera coincidir con el lado de mayor masticación, o sea el lado derecho.

Con respecto a las **dehiscencias** y las frecuencias de su aparición, es de mucho valor por la relación que existe con la recesión gingival, aunque no siempre vayan juntas³ (Fig. N° 44).

Es de importancia la posición de los dientes en la arcada, dada la frecuencia con que son localizados **dehiscencias** en dientes en mal posición (vestibulizados).

RESUMEN

Se estudió la frecuencias con que se

presentan las **fenestraciones y dehiscencias**, en maxilares y en mandíbulas humanas adultas.

Las **fenestraciones** fueron encontradas más frecuentemente en el maxilar que en la mandíbula y aparecen únicamente por vestibular. Inciden en mayor número a la altura del primer molar, le siguen en orden, canino y primer premolar. Se observan con mayor frecuencia en el lado derecho; pese a estos resultados las diferencias no son estadísticamente significativas.

Es de valor la posición de los dientes en la arcada, dada la frecuencia con que aparecen **dehiscencias** a la altura de dientes en mal posición (vestibulizados). Por otro lado las facetas de desgaste, encontradas en las caras oclusales y bordes incisales de los elementos dentarios, nos inclinarían a dar un valor al trauma de oclusión, en la etiología de estos defectos.

SUMMARY

The frequency with which the fenestrations and dehiscences occur in adult jaws and mandibles has been studied.

The fenestrations have been found with more frequency in the jaw than in the mandible and appear only buccaly. The greatest part of them are at the hight of the first molar, and these are followed by the canine and first premolar. They are most frequently observed on the right side; thought the differences of these results are not statistically important.

The position of the teeth in the arch

is of great value due to the frequency with which the dehiscences at the height of the teeth in malposition occur (vestibulated). On the other hand the grinding-in facet found on the occlusal surfaces and incisal edges of the dental elements, lean? us to give more importance to the occlusion trauma in the aetiology of these defects.

B I B L I O G R A F I A

1. PAGANO José Luis: Anatomía dentaria. Pág. 21, Ed. Mundi, Bs. Aires, 1ª Ed. 1965.

2. GLIKMAN Irving: Periodontología clínica, Pág. 66, Ed. Mundi, Bs. As. 3ª Ed. 1964.

3. R. G. CAFESSE, B. O. BARLETTA y F. A. CARRANZA (h.): Defectos óseos en la tabla vestibular superior de maxilares humanos. Rev. de la A.O.A Bs. As., 52:238, 1964.

4. APRILE, H. Figun, M. E. R. R. GARINO: Anatomía Odontológica. Pág. 540. Ed. «El Ateneo», B. As., 4ª Ed. Abril 1967.

5. KAKEHASHI, S.; P. N. BAER y C. L. WHITE: Comparative Pathology of Periodontal Disease. I. Gorila. Oral Surg., Oral Med. and Oral Path. 16: 397, 1963.