

ABSCESO DE BRODIE

NUEVA ENTIDAD PATOLOGICA DE LOS MAXILARES

Of. Sub Ayte. (P.T.) Dr. Ernesto Cerruti *

Resumen Analítico

Esta patología representada por un foco de supuración crónico circunscripto, que se presenta en tibia, fémur, húmero y ocasionalmente en otros huesos, como vemos en este caso, también se presenta en el maxilar inferior (Boyd) (2).

La significación del tema surge:

- a) De no haber ningún caso registrado en la literatura de la especialidad en la topografía ya citada.
- b) Del conocimiento de esta patología surge la terapéutica adecuada a seguir.

Introducción

Ya han transcurrido más de cien años que Brodie descubrió por primera vez esta entidad clínica de los huesos largos, cuyo principal procedimiento de diagnóstico, según Gischickter y Copeland (3), consiste en la exploración quirúrgica del hueso afectado, ya que el hallazgo de pus en la operación, sumado a la clínica del enfermo descarta el sarcoma en etapa precoz, mientras que el hallazgo de hueso necrótico en tejidos extremadamente vascularizados favorece la presunción de sarcoma osteogénico.

Dentro de las lesiones inflamatorias comunes de los huesos deben tenerse constantemente presentes, dada su frecuente ocurrencia las osteomielitis, la tuberculosis y la sífilis, estas dos úl-

* Encargado de Cirugía del Servicio Odontológico de Sanidad Policial.
Profesor Adjunto Titular de la Cátedra de Cirugía Bucomaxilar de la Facultad de Odontología.

timas descartables por los exámenes serológicos y paraclínicos correspondientes.

Siendo este cuadro clínico una osteomielitis hematógena crónica, no en todos los casos de osteomielitis hematógena ocurren la propagación destructiva a través del hueso y los tejidos blandos, ya que la infección puede quedar circunscripta en un área y se produce un absceso que puede tornarse en un foco infeccioso crónico (absceso de Brodie). La infección respeta tejidos blandos y adyacentes. No se forman secuestros ni fistulas. (Robbins) (4).

Los microorganismos pueden llegar al hueso por vía hematógena (osteomielitis hematógena) o puede ocurrir propagación por invasión directa de una infección adyacente en tejidos blandos, o por contaminación del hueso cuando alguna lesión de tejidos blandos dejó al descubierto los huesos adyacentes, por ejemplo, fracturas expuestas, desgarros por traumatismos extensos y heridas de bala. La osteomielitis hematógena es la más frecuente y la que se acompaña de infección y destrucción tisular más extensas. (Fig. 1-1).

CLASIFICACION

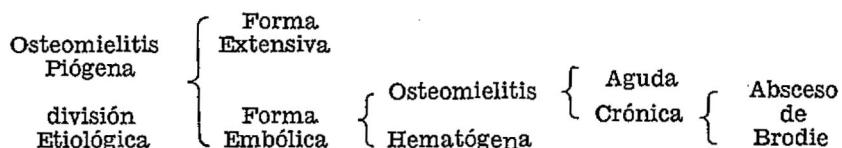


Fig. 1-1 — Clasificación etiológica.

ETIOPATOGENIA

Solo en un 25 a 33 % de los casos se identifica el foco primario del que provienen los microorganismos que se diseminan por vía hematógena (Anderson) (1), pudiéndose aislar estafilococo de baja virulencia.

Investigadores ocupados en el estudio de esta entidad en huesos largos concuerdan en que a partir de una osteomielitis aguda se puede desarrollar como complicación o secuela un absceso de Brodie estando presentes los gérmenes ya citados.

El origen de la enfermedad puede deberse a un foco infeccioso inactivo llevado a la médula ósea por la corriente sanguínea donde permanece asintomático hasta que las resistencias del paciente son disminuidas por una enfermedad de sistema o localmente por un traumatismo.

ANATOMOPATOLOGIA

Desde el punto de vista anatomico-patológico, la afección toma la forma de un islote de material granular blando en la cavidad medular conteniendo líquido.

MATERIAL Y METODOS

Nos referimos a un cuadro clínico asistido por nosotros en el Departamento de Odontología del Servicio de Sanidad Policial.

HISTORIA CLINICA

A. C. de 11 años, sexo femenino, es enviada de Clínica de Niños por proceso en el hemimaxilar inferior derecho, detectado por examen radiológico de caries dental.



Fig. 1-2 — Aspecto facial del paciente.

EXAMEN CLINICO

Paciente de buen aspecto general, sin particularidades en cuanto a antecedentes personales.

Regionalmente no se perciben clínicamente ningún tipo de adenopatías ni deformación de ninguna de ambas tablas vestibular y lingual.

Se aprecia la molar de los 6 años con caries de esmalte y dentina, pero con vitalidad pulpar, todo lo cual nos habla de un proceso central del maxilar como lo confirma la radiografía apical (Fig. 1-3).



Fig. 1-3 — Radiografía apical.

Del interrogatorio no surge ningún antecedente de traumatismo anterior en la zona y se solicita radiografía extraoral de ese hemimaxilar, ya que la zona radiolúcida desborda la radiografía apical y al mismo tiempo aquilatar la magnitud del proceso (Fig. 1-4).

Se aprecia zona radiolúcida más o menos circunscripta que abarca zona premolar y molar del maxilar inferior en su parte central respetando la basal que se encuentra nítida.

Por ser zona próxima al ángulo y siendo sitio de elección de distintos procesos por su gran vascularización y lugar de crecimiento, se realiza punción exploradora para confirmar un posible proceso quístico por su alta frecuencia en los maxilares y al mismo tiempo descartar un angioma central del maxilar que de presentarse pondría en serio riesgo la vida del paciente en la exploración quirúrgica.



Fig. 1-4 — Radiografía extraoral para topografaar la lesión.

La punción no aporta nada ya que no es posible llegar al proceso a pesar de usar un trocar, lo que indica que es central del maxilar y se decide la exploración quirúrgica de la zona.

En ese momento se plantean distintos diagnósticos presuntivos de la lesión.

TRATAMIENTO. Preparación del paciente

Se premedica con 5 mgr. de Valium la noche anterior y una cantidad igual media hora antes de la intervención.

Esta se hará bajo forma de cirugía ambulatoria. Nuestro plan de tratamiento consiste en la realización de toma biópsica de dicha lesión.

TECNICA QUIRURGICA

Anestesia troncular a regional al nervio dentario inferior, lingual y bucal.

Abordaje bucal

Incisión tipo Neuwan (Fig. 1-5), decolamiento mucoperiós-tico, ostectomía de tabla vestibular a fresa quirúrgica, se amplía la misma y se entra en una cavidad preformada en la cual hay tejido forme tipo granulomatoso y hemoglobina abundante.



Fig. 1-5 — Forma de abordaje.

Se curetea para anatomía patológica y debido al buen estado psíquico del paciente, se hace en forma prolífica, tratando de enunciarlo en su totalidad.

Se sutura y se prescriben antibióticos, antiinflamatorios y analgésicos, enviándose el material a Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de Montevideo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El informe de Anatomía Patológica nos indica el diagnóstico de osteomielitis hematogena crónica (absceso de Brodie), (Fig. 1-6).

Debido a lo excepcional del caso, el Prof. Dr. J. Costas, conjuntamente con el Prof. Dr. Mendoza (Anatomo-Patólogo óseo), confirman el diagnóstico presentándose los microdiapositivos correspondientes (Fig. 1-7).

Esta patología excepcional en los maxilares, nos llevó a consultar con el Instituto de Traumatología para saber con que frecuencia se presentaba en los huesos largos y si la evacuación

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
LABORATORIO DE ANATOMIA PATHOLOGICA

Remitido por el Dr. Corradi Clinica: Quir. 2
Nombre del paciente: Anabel Cubas Edad 11 años.
Pieza operatoria: Lisis intramaxilar, tejido blando.
Diagnóstico clínico: Posible formación central del maxilar.
Fecha de entrada: 14-4-74 Fecha de entrega: 29/4/74.
Historia clínica N° Acc. 32-74

DIAGNOSTICO HISTO-PATOLOGICO:

..... Observamos un tejido conjuntivo muy celular de oscuras y finas fibras colágenas.
..... las células que predominan son los polimorfonucleares que llegan a formar pus; luego los histiocitos y eosinófilos.
..... El cuadro histológico es similar al absceso de Brodick, que se presenta en huesos largos (tibia) y corresponde a una osteomielitis hematogena.

Renée Balestena.

Supervisado: Dr. José B. Costas.

Fig. 1-6 — Informe anatómico-patológico.

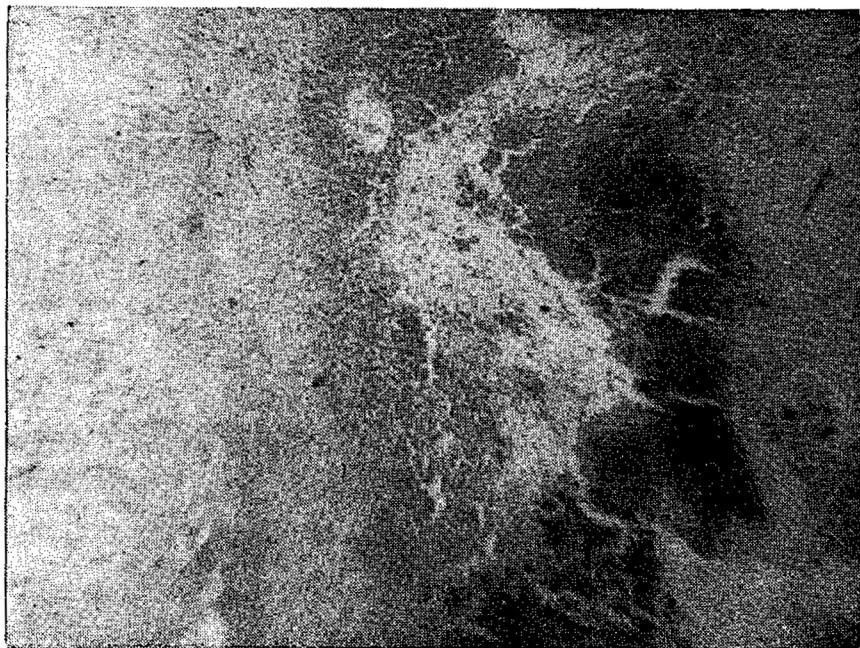


Fig. 1-7 — Absceso con contenido hemorrágico y purulento. Por fuera la membrana piógena.

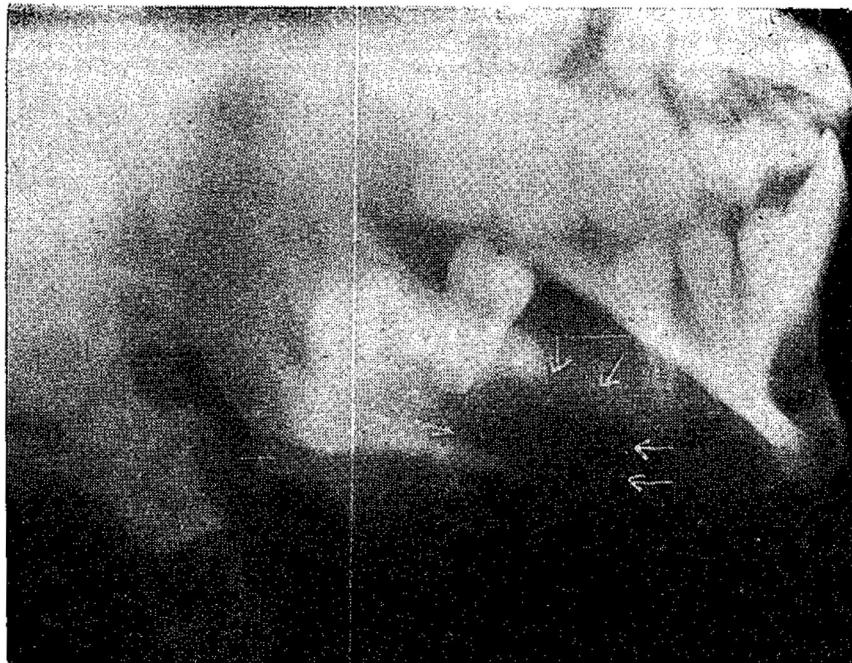


Fig. 1-8 — Radiografía de control a los 60 días.

quirúrgica y la antibioterapia, terapéutica empleada por nosotros era correcta.

Nos confirmaron de la relativa frecuencia de este proceso en los huesos largos, y que la terapia que realizan es la misma que la utilizada en este paciente.

Se controló dicho paciente por un doble mecanismo: radiográfico a los 60 días (Fig. 1-8) se comienza a ver los primeros depósitos de sales cálcicas; y clínicamente la normalidad de la región más la no movilidad de las piezas dentarias vecinas nos indica la buena marcha de la curación del enfermo (Fig. 1-9).

Se repite el control a los 4 meses (Fig. 2-1) apreciándose ya un esbozo de trabeculado óseo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debemos realizarlo con el quiste óseo simple, con todas las tumoraciones benignas centrales de los maxilares osteógeonas y odontógenas no calcificadas, etc. (Fig. 2-2).

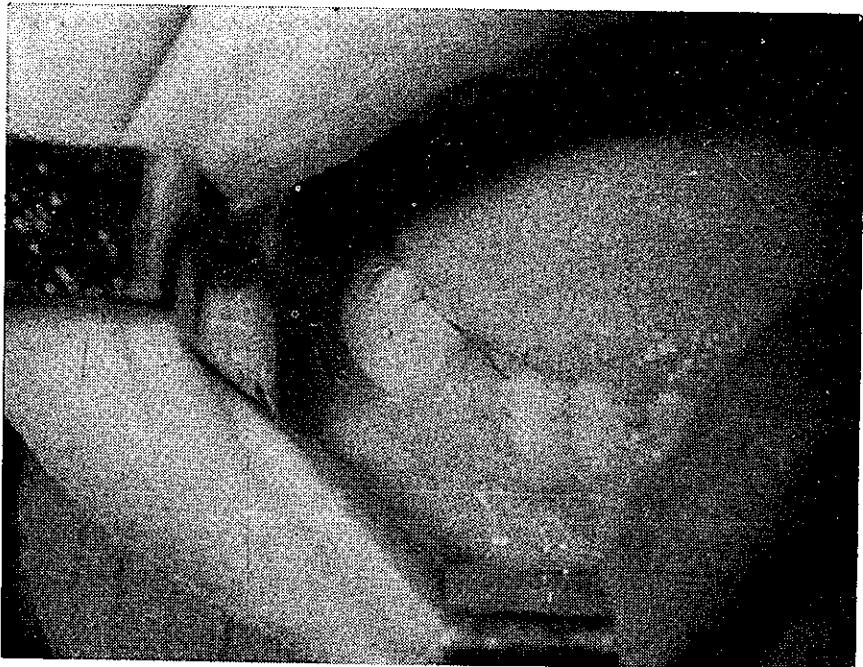


Fig. 1-9 — Aspecto clínico post-operatorio.

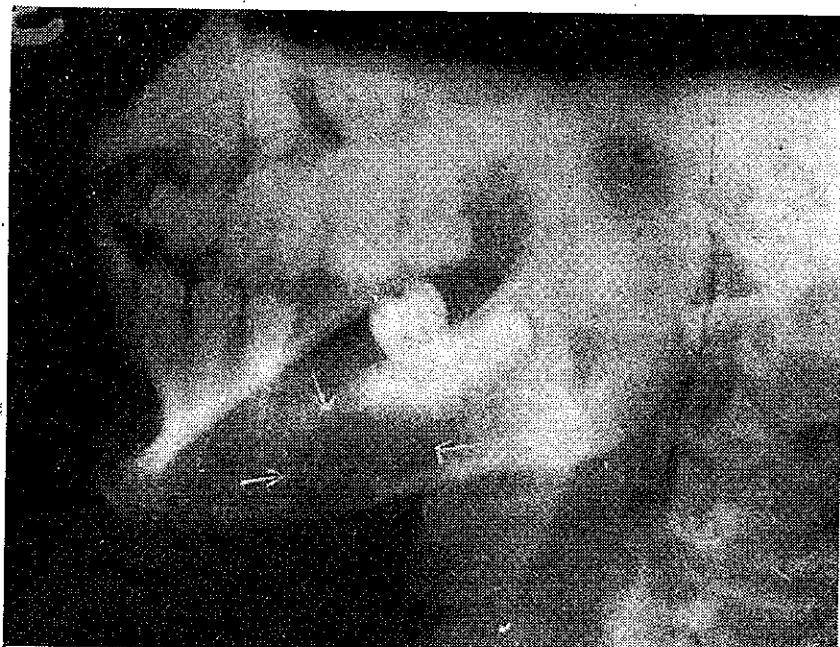


Fig. 2-1 — Control a los 120 días.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Absceso de Brodie	<p>Formación a células gigantes</p> <p>Quiste óseo simple</p> <p>Osteoma osteoide</p>
-------------------------	---

Fig. 2-2 — Patología diferencial.

Con el primero, porque el área comprometida es menor y la capa ósea cortical vecina prácticamente siempre es mucho más gruesa que el delgado molde de hueso encontrado alrededor del quiste óseo.

Y en lo relativo a un posible osteoma osteoide, ésta promueve una amplia región de esclerosis que es mayor que aquella encontrada en el absceso de Brodie.

RESUMEN

Se destaca lo excepcional de la presentación del absceso de Brodie como patología de los maxilares.

La presentación de un caso clínico tratado en el Servicio de Sanidad Policial con la documentación científica correspondiente, no existiendo en la literatura especializada ningún caso citado y que la terapéutica a emplear consiste en la evacuación quirúrgica del mismo, sumado a la Antibioterapia Intensiva.

SUMMARY

It destaches the exceptionallity of the presentation of the Brodie's abscess as pathology of the maxillary bones.

The presentation of the clinic case trated at Policial Sanity Servise with the corresponding scientific documentation, not existing in the special literature any case noticed and that the therapeutic to employ consists in the chirurgic evacuation of it, adding to the Intensive Antibioterapic.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ANDERSON: "Tratado de patología".
- 2) BOYD: "Tratado de Patología 1968".
- 3) GESCHICKTER y COPELAND: "Tumores de hueso".
- 4) ROBBINS: "Tratado de Patología 1968".