

# OSTEOMIELITIS DE GARRÉ DE LOS MAXILARES REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y REPORTE DE UN CASO

VARELA K, Sergio M. Odontólogo. Universidad Santa María. Caracas, Venezuela.  
VARELA K, Tammy E. Estudiante pregrado. Universidad Santa María. Caracas, Venezuela.

## CASO CLÍNICO

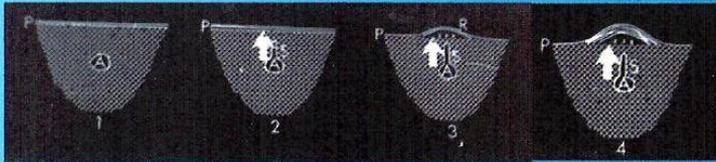
### OSTEOMIELITIS DE GARRÉ

Entidad también conocida como Periostitis Osificante, comúnmente denominada Osteomielitis de Garre, en honor a Carl Garre, quien la describiera en 1893 como una "forma rara" de osteomielitis esclerosante no supurativa. Desde ese entonces pocos son los casos reportados, siendo en 1955, cuando Pell reporta por primera vez un caso definitivo en mandíbula. La etiología precisa es difícil de determinar debido a la variabilidad de los factores asociados con esta lesión. Normalmente se asocian microorganismos como el *Staphylococcus aureus*, *S. pyogenes* y *S. albus*. Se manifiesta como una masa dura de hueso, sobre la estructura ósea afectada. Puede haber dolor presente si la lesión se encuentra infectada. La masa puede variar desde una pequeña elevación ósea de milímetros, hasta una que se extienda por todo el hueso afectado y llegue a medir varios centímetros de grosor. La superficie anterior de la tibia es la región mas afectada en el cuerpo, mientras que la mandíbula es la principal estructura facial, presentándose la mayor incidencia en la superficie vestibular de sus 2/3 posteriores. Según Lichty, la edad media de incidencia es de 12 años. (Variando de 4 a 53 años), siendo las mujeres levemente mas afectadas (1.4 : 1), y siendo el primer molar inferior permanente con presencia de un absceso periapical el principal agente desencadenante.

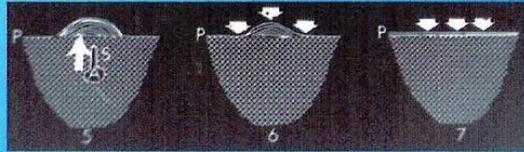
Paciente masculino de 60 años de edad, asintomático, que asistió al servicio de Cirugía de la Universidad Santa María. En el examen intraoral, se observó la pérdida total de la corona clínica del primer premolar inferior derecho. En el análisis radiográfico se apreció imagen radiolúcida circular de 11 cm., única, a nivel del eje axial del ápice del 4.4, con una cortical bien definida. La lesión fue asociada a un quiste periapical, y se concertó una cita para realizar la exodoncia, y tomar una muestra de la lesión para realizar un posterior estudio histopatológico.



PATOGENESIS



(1) ABSCESO DENTAL. (2) TRAYECTO SUPURATIVO. (3) FORMACIÓN DEL SENO (4) DEPOSICIÓN DE HUESO SUBPERIÓSTICO



(5) FORMACIÓN DEL PATRÓN EN "PIEL DE CEBOLLA". (6) REMOCIÓN DEL AGENTE IRRITANTE. (7) REMODELACIÓN ÓSEA

La radiografía oclusal suele presentar una apariencia típica, que ayuda a determinar el diagnóstico, sin embargo no es patognomónica. Se puede apreciar un engrosamiento de la corteza ósea con una obliteración parcial de los espacios medulares, lo que produce un incremento en la radiodensidad ósea. La corteza puede estar ligeramente aumentada e irregular. Igualmente pueden presentarse áreas radiolúcidas de rarefacción ósea. En cualquiera de los casos, la cortical ósea reactiva puede presentarse con el patrón característico de "piel de cebolla", debido a la sucesiva aposición de capas de hueso nuevo.

El tratamiento consiste principalmente en una etapa inicial de antibioticoterapia (Cefadroxilo, Amoxicilina), para la posterior extracción del diente causal. Normalmente la remodelación ósea ocurre entre 2 a 6 meses luego. Se ha demostrado que el tratamiento endodóntico del diente involucrado en la lesión puede ser una opción terapéutica válida.

Dos semanas luego, antes de realizar la intervención quirúrgica, el paciente refirió sentir un "bulto" asintomático en el diente a ser intervenido. Se realizó un nuevo examen intraoral, encontrando una masa dura, no móvil, en el aspecto vestibular de la hemimandíbula derecha a nivel del resto radicular del premolar, recubierta por encía normal. En el examen extraoral se apreció un leve aumento del cuerpo de la hemimandíbula derecha y una leve asimetría del tercio inferior derecho de la cara. En un nuevo análisis radiográfico se apreció una imagen radiopaca, circular de 3.1 cm., única, a nivel óseo, que abarcaba el primer premolar inferior derecho. En la radiografía oclusal se pudo apreciar un engrosamiento del periostio y una aposición de osteoide y nueva cortical de hueso, en forma de "piel de cebolla". Basados en las manifestaciones clínicas y radiográficas, y con la evolución de la lesión se estableció el diagnóstico de Osteomielitis de Garre.



Fue realizada la exodoncia del resto radicular, no se realizó ningún tipo de remodelación ósea, y se indicó al paciente antibioticoterapia: Amoxicilina con Acido Clavulánico, Cápsulas de 500 mg., cada 8 horas, 3 veces al día, durante el transcurso de dos semanas. Se le siguió periódicamente durante el transcurso de 2 meses y se apreció una regresión por completo de la masa ósea y un reborde óseo normal.