

Osteomielitis crónica mandibular. Informe de dos casos clínicos

Chronic mandibular osteomyelitis. A report of two clinical cases

Presentado: 8 de febrero de 2024

Aprobado: 10 de junio de 2024

Publicado: 12 de agosto de 2024

Graciela Inés Méndez,¹ Ivana Noelia Villanueva²

Servicio de Odontología, Hospital Interzonal de Agudos “Eva Perón”, San Martín, Buenos Aires, Argentina

Resumen

Objetivo: Presentar dos casos clínicos inusuales de osteomielitis crónica en mandíbula, su resolución quirúrgica y destacar los aspectos clínicos, radiológicos e histológicos más relevantes.

Casos clínicos: Se reportaron dos casos clínicos de pacientes con osteomielitis crónica en mandíbula que acudieron al Servicio de Odontología del Hospital Interzonal General de Agudos “Eva Perón”. El primero fue un raro caso de osteomielitis ubicada de forma aislada en el cóndilo mandibular izquierdo. El tratamiento consistió en la resección quirúrgica del cóndilo mandibular afectado, seguido de terapia antibió-

tica a largo plazo. El segundo caso clínico se trató de un paciente con pericoronaritis asociado a un tercer molar inferior impactado. El tratamiento se basó en el desbridamiento quirúrgico más la colocación de drenaje, seguido de terapia antibiótica. En ambos pacientes el diagnóstico de osteomielitis se confirmó mediante el estudio histológico de las muestras quirúrgicas, y tras seguimiento de 24 y 12 meses para el caso 1 y 2 respectivamente, no se han reportado recurrencias de la patología.

Palabras clave: Clindamicina, mandíbula, microbiología, osteomielitis.

Abstract

Aim: To present two unusual cases of chronic mandibular osteomyelitis, its surgical resolution and highlight the most relevant clinical, radiological and histological aspects.

Clinical cases: Two clinical cases of patients with chronic mandibular osteomyelitis who attended the Dentistry Service of the “Eva Perón” Interzonal General Acute Hospital were reported. The first was a rare case of osteomyelitis located isolated in the left mandibular condyle. Treatment consisted of surgical resection of the affected mandibular

condyle, followed by long-term antibiotic therapy. The second clinical case was a patient with pericoronitis associated with an impacted lower third molar. Treatment was based on surgical debridement and drain placement, followed by antibiotic therapy. In both patients the diagnosis of osteomyelitis was confirmed by histological study of the surgical samples, and after follow-up of 24 and 12 months for cases 1 and 2 respectively, no recurrences of the pathology have been reported.

Key words: Clindamycin, jaw, microbiology, osteomyelitis.

Introducción

La osteomielitis es la inflamación del tejido óseo cortical y medular. Es más frecuente en la mandíbula, por su cortical densa y pobre vascularización; y menos frecuente en el maxilar superior, por su aporte sanguíneo proveniente de múltiples vasos. El proceso inflamatorio comienza en la cavidad medular y se extiende por los sistemas de Havers hasta el periostio

del área afectada. Cuando el contenido purulento y el edema de la cavidad medular se extienden hasta el periostio, se compromete y obstruye el suministro de sangre local, generando una isquemia que vuelve necrótico al hueso y da lugar a la formación del sequestro óseo, signo clásico de la osteomielitis.^{1,2}

Antes del descubrimiento de los antibióticos, la



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

osteomielitis mandibular era una enfermedad frecuente. Gracias al progreso de los antibióticos y la higiene oral el número de casos ha disminuido considerablemente.

Sin embargo, a pesar de las terapias antibióticas modernas y la baja incidencia de la enfermedad, esta patología puede ser una importante fuente de morbilidad para el paciente, requiriendo en algunos casos cirugías, reconstrucciones y terapias antibióticas a largo plazo.

Es relevante resaltar que las patologías bucales constituyen un problema de salud pública y Argentina posee un alto índice de prevalencia de caries, de entre el 35,6 y el 40,6%.³ Si no son detectadas y tratadas a tiempo, las infecciones odontogénicas muchas veces originadas en una caries pueden evolucionar a una osteomielitis.^{1,4}

Diferentes términos y clasificaciones se propusieron para describir esta patología.^{5,6} El sistema de clasificación de Zúrich se basa en la presentación clínica, curso clínico y características radiográficas. De acuerdo a estos criterios, la osteomielitis se clasifica en tres grupos: 1) osteomielitis aguda; 2) osteomielitis crónica secundaria; 3) osteomielitis crónica primaria.⁷

Los casos clínicos informados en el presente trabajo se clasificaron como osteomielitis crónica secundaria.

Los estudios por imágenes juegan un rol clave en el diagnóstico precoz y el seguimiento de la osteomielitis. Las modalidades imagenológicas más utilizadas incluyen radiografías simples, ecografía, tomografía computarizada (TC), tomografía computarizada de haz cónico, tomografía computarizada por emisión de fotón único y resonancia magnética nuclear.^{8,9}

Los principales ejes de tratamiento de la osteomielitis mandibular se centran en la terapéutica antibiótica y la intervención quirúrgica, o una combinación de estos.^{10,11}

Es importante que antes de definir un plan de tratamiento se realice el diagnóstico diferencial con otras afecciones benignas, como la displasia fibrosa, fibroma osificante/no osificante y neoplasias malignas.¹²

El objetivo de este artículo es presentar dos casos clínicos de osteomielitis crónica en mandíbula, su resolución quirúrgica y destacar los aspectos clínicos, radiológicos e histológicos más relevantes.

Casos clínicos

Los casos clínicos presentados a continuación fueron tratados en el Servicio de Odontología del Hospital Interzonal General de Agudos “Eva Perón”.

Caso 1: Una paciente de 43 años de edad acudió refiriendo dolor intenso y persistente en la región preauricular izquierda, inflamación y limitación de la apertura bucal, de tres semanas de evolución. Negó antecedentes médicos y familiares relevantes. Como historial odontológico relató la extracción de la pieza dentaria 28 en coincidencia con el inicio de los síntomas.

Al examen facial se apreció tumefacción de las regiones maseterina y temporal izquierda. Al examen intraoral se descartaron focos odontogénicos activos. Con base en la presentación clínica y el antecedente odontológico se sospechó de una infección postexodoncia. Se evaluó la pieza dentaria 38 como posible causa, la cual se descartó clínica y radiográficamente (fig. 1).



Figura 1. Caso 1: Radiografía panorámica inicial inmediata al inicio de los síntomas.

Se solicitó una ecografía de partes blandas, la cual informó colección situada entre el plano muscular y óseo de la región maseterina izquierda. Posteriormente se realizó una punción intraoral, drenaje intraoral bajo anestesia local y se medicó empíricamente con amoxicilina 875 mg y ácido clavulánico 125 mg, vía oral cada 8 horas, seguido de controles ambulatorios diarios. Producto del drenaje se evacuó el contenido purulento.

Del estudio microbiológico se aislaron *Streptococcus anginosus* y *Streptococcus oralis*. El antibiograma informó respuesta intermedia a la ampicilina y penicilina G para estos microorganismos; y sensibilidad a ceftriaxona, clindamicina, eritromicina, levofloxacina y tetraciclina. Por lo tanto, se modificó la medicación antibiótica a clindamicina 300 mg vía oral cada 6 horas.

Ante la persistencia de drenaje purulento activo y ausencia clínica de eficacia de la terapia antibiótica dirigida, se solicitó una tomografía computarizada de macizo craneofacial (TCMCF) de control (fig. 2).

Basándose en la evolución clínica de la paciente y las nuevas imágenes tomográficas, se sospechó que

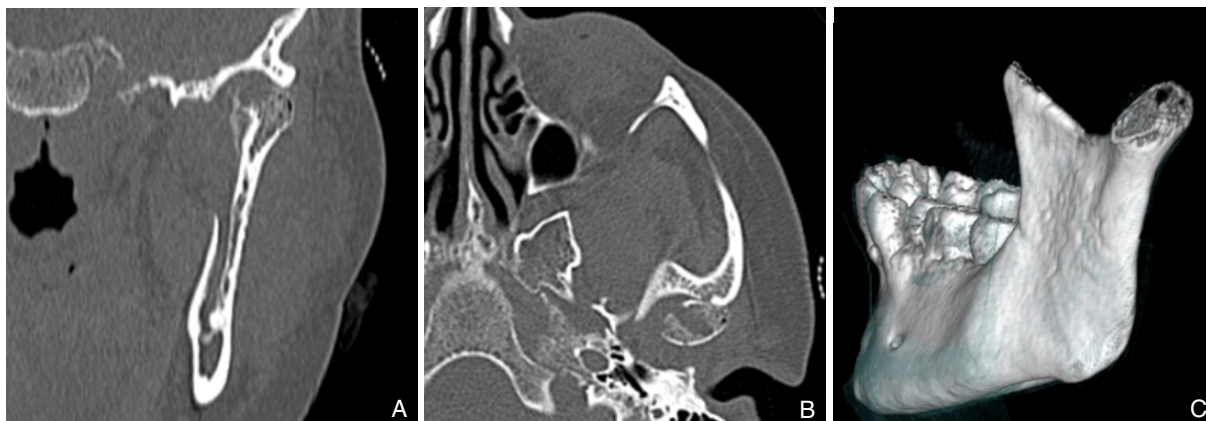


Figura 2. Caso 1: TCMCF. **A:** Vista coronal. **B:** Vista axial. **C:** Reconstrucción 3D. En los tres cortes tomográficos se evidencia una alteración de la densidad ósea en el cóndilo mandibular izquierdo con erosión de la cortical ósea y áreas líticas.

el proceso infeccioso había invadido el tejido óseo del cóndilo mandibular, generando una posible osteomielitis que, a juzgar por el tiempo de evolución e imágenes tomográficas, se encontraba en estado crónico.

Antes de definir el plan de tratamiento se realizó diagnóstico diferencial con otras afecciones como la displasia fibrosa, fibroma osificante/no osificante y neoplasias malignas.

En interconsulta con los servicios de Cirugía de Cabeza y Cuello, Otorrinolaringología, Reumatología e Infectología se descartaron otros posibles focos, neoplasias malignas, tumores, otitis y enfermedades autoinmunes e infectocontagiosas.

Se propuso su resolución quirúrgica, y bajo el consentimiento de la paciente, se realizó una condilectomía bajo anestesia general y abordaje preauricular (fig. 3). Al exponer el cóndilo mandibular se evidenció tejido óseo de aspecto necrótico, con áreas de color grisáceo y olor fétido; el límite de la osteotomía se efectuó hasta hueso sano (fig. 4). Intraoperatoriamente se efectuaron lavajes con solución yodada y solución fisiológica. Se remitieron muestras quirúrgicas para su estudio bacteriológico e histopatológico (fig. 5). El resultado histopatológico informó hallazgos vinculables a osteomielitis (fig. 6).

Como consecuencia de la condilectomía se produjo una laterodesviación mandibular hacia el lado izquierdo, la cual ya había sido prevista e informada a la paciente en el preoperatorio. Para compensar la laterodesviación se colocaron, a las 24 horas postquirúrgicas, botones de ortodoncia con gomas intraorales en las piezas dentarias 13 y 44 de forma vertical y en las piezas dentarias 23, 34 y 36 en forma de zigzag; y se indicó comenzar con fisioterapia.

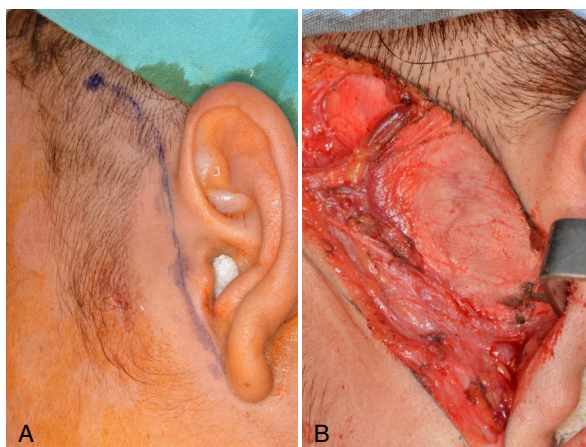


Figura 3. Caso 1: **A:** Marcaje de la incisión cutánea preauricular con extensión anterosuperior oblicua (palo de jockey). **B:** Disección hasta la cápsula de la articulación temporomandibular.

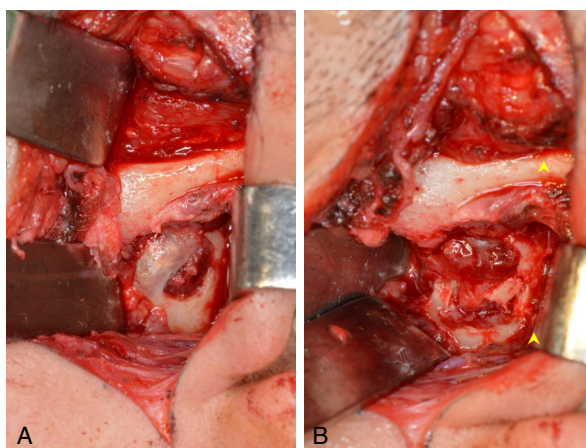


Figura 4. Caso 1: **A:** Vista intraoperatoria del tejido óseo necrótico del cóndilo mandibular izquierdo. **B:** Osteotomía. La flecha superior indica el arco cigomático, la flecha inferior el límite de la osteotomía.

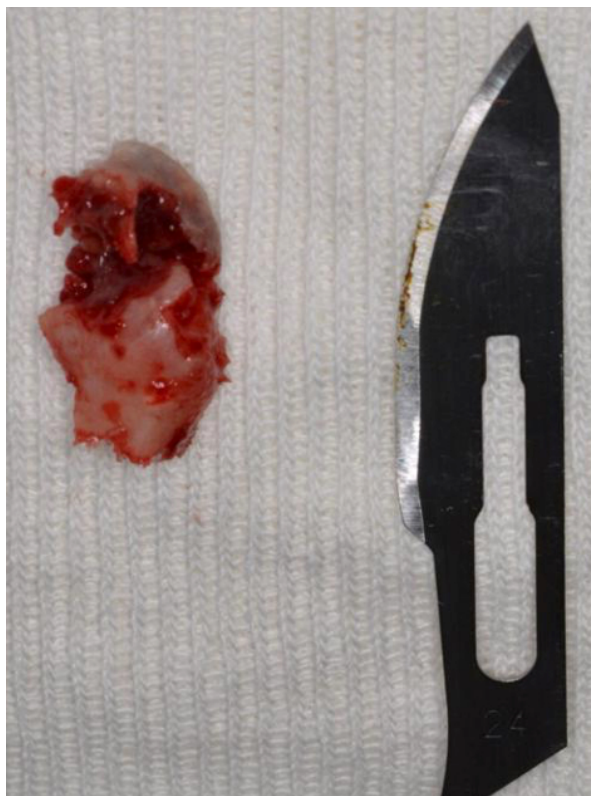


Figura 5. Caso 1: Pieza quirúrgica. Cóndilo mandibular resecado.

Junto con el servicio de Infectología se decidió indicar como tratamiento farmacológico postoperatorio clindamicina 300 mg cada 6 horas vía oral, el cual se mantuvo por 4 meses.

Tras 24 meses de seguimiento aún no se han presentado signos de recurrencia de osteomielitis y se evidenció radiográficamente una neoformación de tejido óseo en el área del cóndilo mandibular, aunque carente de funcionalidad (figs. 7 y 8).

Caso 2: Un paciente de 19 años fue referido por su odontólogo particular por presentar una infección asociada a pericoronaritis del tercer molar inferior derecho de 7 días de evolución. Negó antecedentes médicos y familiares relevantes.

Al examen clínico facial presentó asimetría por un aumento de volumen en la región maseterina derecha, hipoestesia de la región hemilabial inferior ipsilateral y apertura bucal limitada.

Al examen intraoral presentó semi retención de la pieza dentaria 48 (fig. 9), abombamiento del surco vestibular, encía retromolar inflamada y salida de contenido seropurulento a la palpación, asociada a un dolor intenso.

Se realizó la exodoncia de la pieza dentaria 48 y se medicó empíricamente con amoxicilina 875 mg,

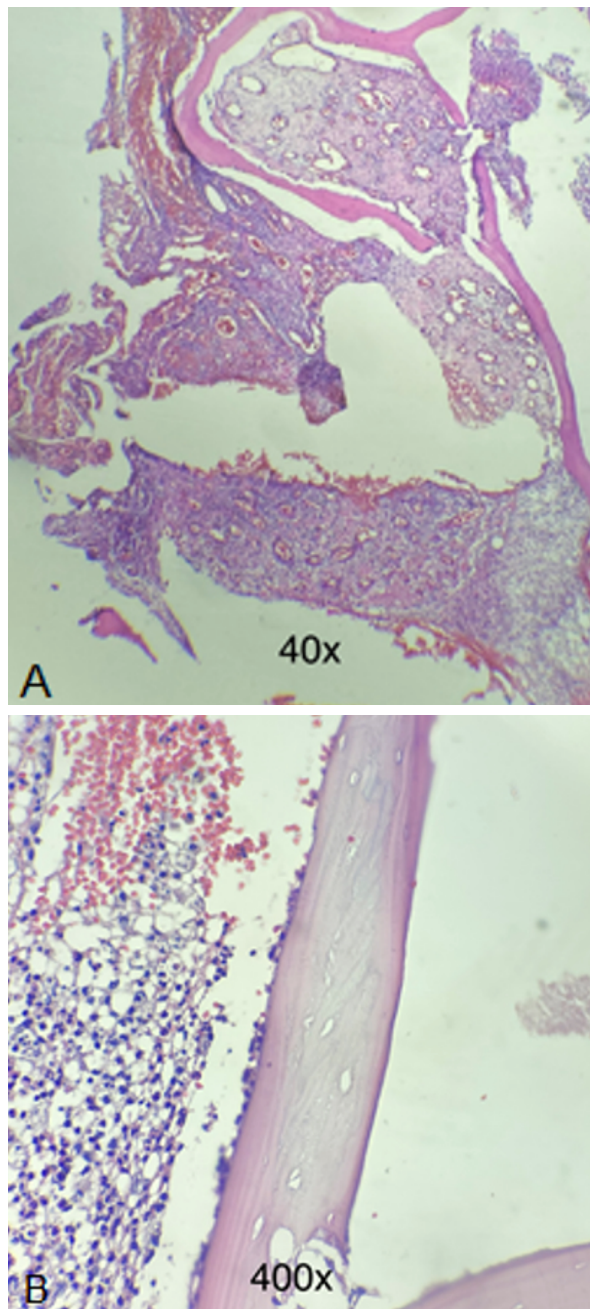


Figura 6. Caso 1: Cortes histológicos. **A:** Áreas de necrosis y colonias bacterianas. **B:** Infiltrado inflamatorio polimorfonuclear.

ácido clavulánico 125 mg vía oral cada 8 horas y seguimiento ambulatorio cada 24 horas durante 10 días, presentando persistencia de trismo.

Al día 15 se observó una fístula intraoral, por debajo y hacia lingual del trigono retromolar derecho, con salida de contenido purulento. Se solicitó una TCMCF donde no se evidenciaron cambios óseos significativos (fig. 10).

Al cabo de 5 semanas de persistencia de cuadro infeccioso se decidió realizar una nueva TCMCF



Figura 7. Caso 1: TCMCF de control, 6 meses postquirúrgico. **A:** Vista coronal. **B:** Vista sagital. **C:** Reconstrucción 3D.

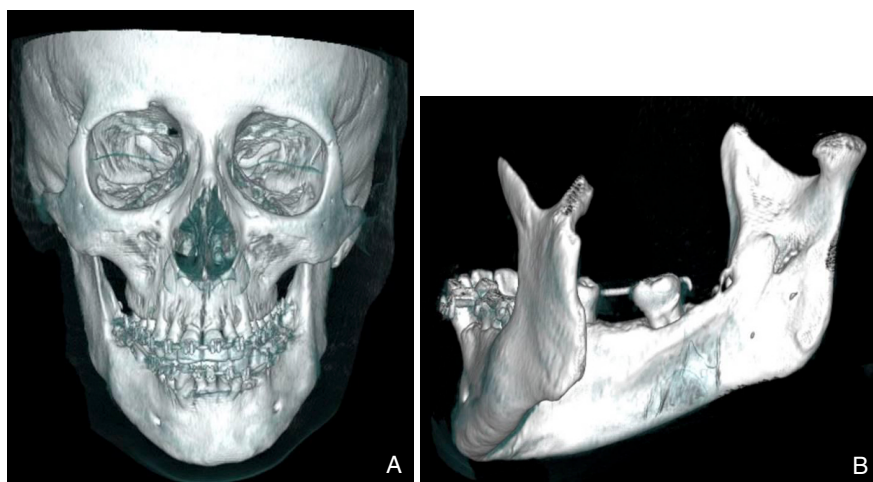


Figura 8. Caso 1: TCMCF reconstrucción 3D, control a los 24 meses postquirúrgico. **A:** Vista frontal, muestra la laterodesviación mandibular hacia el lado izquierdo. **B:** Vista posterolateral izquierda de mandíbula, muestra neoformación ósea a nivel del cóndilo mandibular resecado.



Figura 9. Caso 2: Radiografía panorámica inicial, inmediata al inicio de los síntomas. Pieza dentaria 48 en mesioversión.

(fig. 11) en la que se evidenció reacción periosteal y erosión ósea, abarcando las regiones del ángulo, rama y cóndilo mandibular derecho.

Con base en la presentación clínica e imágenes

tomográficas se sospechó una osteomielitis mandibular, causada por un foco odontogénico preexistente en la pieza dentaria 48.

Con el consentimiento del paciente se realizó, bajo anestesia general, toilette, desbridamiento quirúrgico y colocación de drenaje intraoral; y se remitieron muestras para un estudio microbiológico e histopatológico.

El informe de anatomía patológica reveló trabéculas óseas maduras con tejido fibroso e infiltrado linfocitario con aislados polimorfonucleares y vasocongestión (fig. 12).

El reporte bacteriológico informó aislados positivo para *Actinomyces odontolyticus* y *Streptococcus parasanguinis*, sensibles a la benzylpenicilina, entre



Figura 10. Caso 2: TCMCF a los 15 días post-extracción de la pieza dentaria 48. **A:** Vista axial. **B:** Vista coronal. **C:** Reconstrucción 3D, sin evidencia de cambios significativos en la densidad ósea.

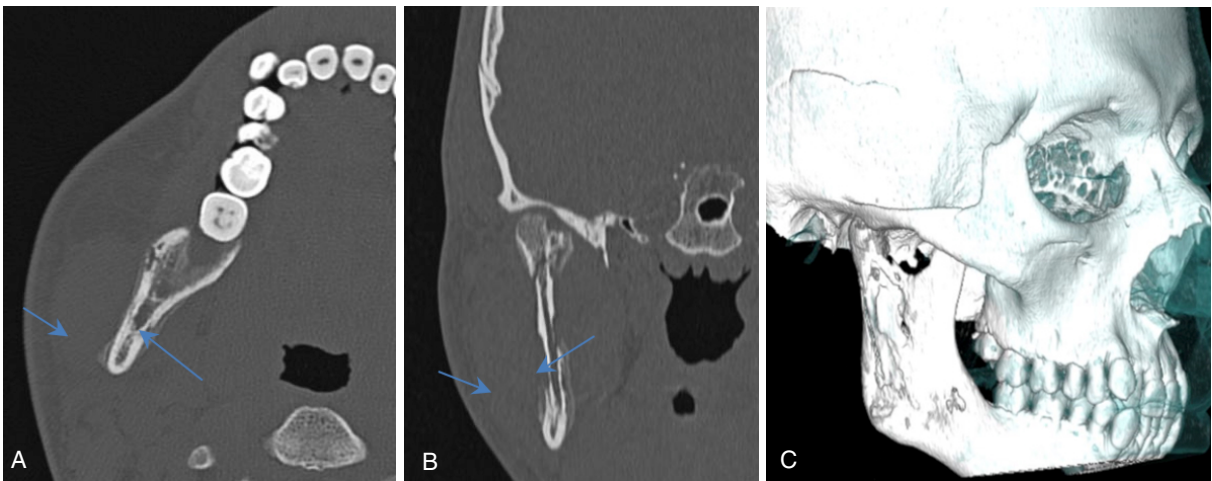


Figura 11. Caso 2: TCMCF, evolución del caso a la semana 5. **A:** Vista axial, muestra rarefacción ósea medular y cortical. Reacción perióstica (indicada con las flechas). **B:** Vista coronal. **C:** Reconstrucción 3D que muestra áreas líticas en región de ángulo, rama y cóndilo mandibular derecho.

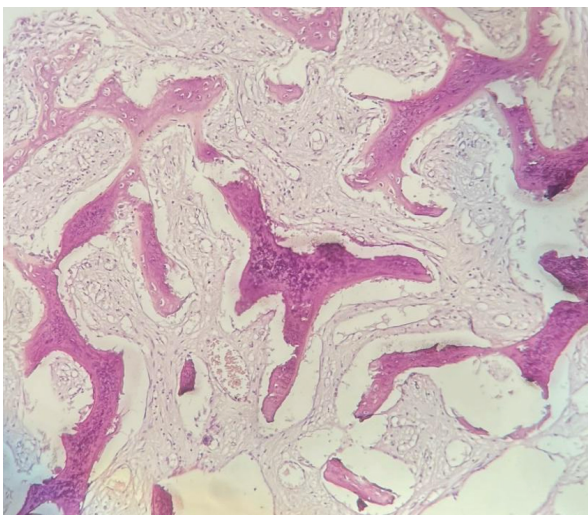


Figura 12. Caso 2: Corte histológico: muestra trabéculas óseas maduras con tejido fibroso e infiltrado inflamatorio linfocitario con aislados polimorfos nucleares y vasocongestión.

otros. Por esto el tratamiento farmacológico de elección se modificó a amoxicilina 1 g vía oral cada 12 horas que continuó por 6 meses.

Luego de 12 meses de seguimiento y evolución favorable no se presentaron signos de recurrencia de osteomielitis (fig. 13), recuperando, además, la sensibilidad de la región hemilabial inferior, de forma paulatina hasta su total remisión.

Discusión

La osteomielitis crónica secundaria es la evolución de la osteomielitis aguda; se caracteriza por un curso clínico supurativo con formación de pus/absceso y fístula, acompañado de dolor intenso e inflamación, linfadenopatías, exposición ósea, malestar general y trismo; en algunos casos los pacientes pueden describir parestesia o anestesia del labio inferior conocido como Signo de Vincent. El dolor intenso



Figura 13. Caso 2: TCMCF, control 12 meses postdesbridamiento y toilette quirúrgica. Se evidencia franca mejoría en el espesor, contorno y densidad ósea en la rama ascendente y el cóndilo mandibular. **A:** Vista axial. **B:** Vista coronal. **C:** Reconstrucción 3D.

es causado por la reacción perióstica. Definir exactamente el momento en el cual comienza la enfermedad es un tema discutible, se acepta que luego de 4 semanas, desde el inicio de los síntomas, la enfermedad toma un curso crónico.¹³

Los síntomas más relevantes de los pacientes presentados en este artículo fueron dolor intenso y persistencia de fístula con salida de contenido purulento. Solo el paciente del caso 2 refirió hipoestesia en la región hemilabial inferior derecha, la cual remitió paulatinamente hasta su remisión.

Generalmente, la radiografía panorámica es el estudio imagenológico inicial. Los primeros hallazgos pueden evidenciarse como áreas mal definidas de densidad ósea disminuida, engrosamiento perióstico y lesiones líticas. Por lo general, la osteomielitis debe extenderse al menos 1 cm y comprometer entre un 30 y 50% del contenido mineral óseo para producir cambios radiográficos notables. La característica imagenológica más patognomónica es el hueso necrótico que se forma aproximadamente a los 10 días, sin embargo, las radiografías simples no pueden detectar secuestros o hueso esclerótico durante varias semanas.^{9,14}

En las radiografías panorámicas iniciales de estos casos clínicos no fue posible evidenciar cambios en la densidad ósea que pudieran alertar precozmente acerca de la enfermedad.

La TC, además de precisar el sitio y extensión de la lesión, puede demostrar engrosamiento anormal del hueso cortical afectado, cambios escleróticos, invasión de la cavidad medular, abscedificación en los tejidos blandos y tractos fistulosos.⁹ En las TC de los casos clínicos presentados se evidenciaron alteraciones en la densidad ósea con áreas de rarefacción

que afectaron el hueso cortical y medular de la mandíbula.

La osteomielitis mandibular puede ser originada por un proceso infeccioso odontogénico, complicación posterior a una extracción dentaria, selección inadecuada o interrupción temprana de la terapia antibiótica o por fracturas infectadas.¹⁵

Se han reportado pocos casos de osteomielitis aisladas en el cóndilo mandibular, y como posibles causas se mencionan la otitis maligna, la propagación desde la rama mandibular, la inoculación de gérmenes luego de una anestesia local y la artritis séptica de la articulación temporomandibular.¹⁶

En el caso clínico 1, se sospechó como posible factor etiológico la siembra bacteriana que pudo haberse producido durante la anestesia local (a través de la aguja), o la contaminación bacteriana durante la extracción de la pieza dentaria 28, lo que pudo haber provocado una diseminación hematogena de gérmenes hasta inocularse en el cóndilo mandibular ipsilateral.

En el caso clínico 2 se atribuyó como etiología un foco odontogénico originado en la pieza dentaria 48 semierupcionada que inició a través de un proceso de pericoronaritis, el cual se infectó y progresó hacia el tejido óseo.

Los microorganismos comúnmente encontrados en la osteomielitis mandibular son los *Estafilococo aureus*, *Streptococcus spp.*, *Enterococcus spp.*, *Pseudomonas spp.*, *Enterobacterias*, *Peptostreptococo* y anaerobios.¹⁷

Identificar el patógeno causal es crucial para reducir el espectro de antibióticos y lograr una óptima penetración del fármaco en el tejido óseo. La terapéutica antibiótica puede variar desde 4 a 6 sema-

nas hasta 3 a 6 meses después de un desbridamiento quirúrgico, por vía intravenosa y vía oral respectivamente.¹⁰

Estudios han demostrado que una terapia con antibióticos orales, correctamente seleccionados, no es inferior a la terapia con antibióticos intravenosos.¹⁸ Se indicó tratamiento antibiótico vía oral por 4 y 6 meses para los casos clínicos 1 y 2 respectivamente.

La confirmación del diagnóstico se realiza mediante el estudio histopatológico; sin embargo, esta patología comparte características microscópicas con la osteonecrosis de los maxilares asociada a medicamentos (MRONJ, por sus siglas en inglés) y la osteorradionecrosis (ORN).

En estas tres entidades patológicas se encuentran hueso necrótico, bacterias, inflamación y formación de hueso reactivo; escasos osteoclastos en OM y MRONJ, mientras que la ORN se caracteriza por la ausencia de osteoclastos.¹⁹

El tratamiento quirúrgico puede incluir un desbridamiento conservador y/o secuestrectomía, decorticado y saucerización del área involucrada. La resección segmentaria y la reconstrucción se reservarán para los casos más complejos que presenten grandes áreas de hueso necrótico, supuración persistente, fístulas cutáneas, dolor intratable y/o fractura patológica. Generalmente se acepta un margen óseo de 1 cm más allá de los límites sanos identificables radiográficamente.²⁰

En los casos clínicos presentados, el tratamiento mediante resección quirúrgica para el caso 1, y el desbridamiento quirúrgico en el caso 2, fueron exitosos y no se han reportado recidivas ni complicaciones tras 24 y 12 meses de seguimiento, respectivamente.

Los aspectos clínicos más relevantes observados en ambos pacientes de este artículo fueron el dolor intenso, persistencia de fístula purulenta e hipoestesia. El diagnóstico de osteomielitis se confirmó mediante estudio histopatológico. La TC fue la técnica de imágenes de mayor utilidad tanto en la evaluación del progreso del proceso patológico como en el seguimiento posterior. Podemos concluir que el éxito terapéutico de esta patología se relaciona con la precocidad en el diagnóstico, la identificación del agente causal, el estudio microbiológico, las características imagenológicas, el estudio histopatológico y el trabajo interdisciplinario, sobre todo con los servicios de Infectología y Anatomía Patológica.

Declaración de conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses en relación con este artículo científico.

Fuentes de financiamiento

Este estudio fue financiado exclusivamente por las autoras.

Identificadores ORCID

GIM  0000-0002-5726-6550

INV  0009-0001-3771-5048

Referencias

1. Kushner GM, Alpert B. "Osteomyelitis, Osteoradionecrosis, and BRONJ", en: Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite PD (eds.). *Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery*, 3° ed., Connecticut, People's Medical Publishing House, 2011, pp. 861-8.
2. Eylich GK, Baltensperger MM, Bruder E, Graetz KW. Primary chronic osteomyelitis in childhood and adolescence: a retrospective analysis of 11 cases and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2003;61:561-73 <https://doi.org/10.1053/joms.2003.50110>
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de la salud bucodental: hacia la cobertura sanitaria universal para la salud bucodental de aquí a 2030. 2022[citado el 06 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/9789240061569>
4. Taihi I, Radoi L. Chronic non-suppurative mandibular osteomyelitis with proliferative periostitis: A review. *Quintessence Int* 2018;49:219-26. <https://doi.org/10.3290/j.qi.a39747>
5. Cierny G 3rd, Mader JT, Penninck JJ. A clinical staging system for adult osteomyelitis. *Clin Orthop Relat Res* 2003;414:7-24. <https://doi.org/10.1097/01.blo.0000088564.81746.62>
6. Suei Y, Taguchi A, Tanimoto K. Diagnosis and classification of mandibular osteomyelitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005;100:207-14. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2004.11.006>
7. Baltensperger MM, Eylich GK. "Osteomyelitis of the jaws: Definition and Classification", en: Baltensperger MM, Eylich GK (eds.). *Osteomyelitis of the jaws*. Heidelberg, Springer, 2009, pp. 5-33. https://doi.org/10.1007/978-3-540-28766-7_2
8. Mardini S, Gohel A. Imaging of odontogenic infections. *Radiol Clin North Am* 2018;56:31-44. <https://doi.org/10.1016/j.rcl.2017.08.003>
9. Pineda C, Espinosa R, Pena A. Radiographic imaging in osteomyelitis: the role of plain radiography, computed to-

- mography, ultrasonography, magnetic resonance imaging, and scintigraphy. *Semin Plast Surg* 2009;23:80-9. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1214160>
10. Fantoni M, Taccari F, Giovannenze F. Systemic antibiotic treatment of chronic osteomyelitis in adults. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2019;23:258-70. https://doi.org/10.26355/eurev_201904_17500
 11. Haeffs TH, Scott CA, Campbell TH, Chen Y, August M. Acute and chronic suppurative osteomyelitis of the jaws: A 10-year review and assessment of treatment outcome. *J Oral Maxillofac Surg* 2018;76:2551-8. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2018.05.040>
 12. Jia K, Zhang J, Li T, Zhang Y, An J. Comparison of the histopathological characteristics of diffuse sclerosing osteomyelitis of the mandible, chronic suppurative osteomyelitis, and craniofacial fibrous dysplasia. *J Oral Pathol Med* 2023;52:91-8. <https://doi.org/10.1111/jop.13384>
 13. Andre CV, Khonsari RH, Ernenwein D, Goudot P, Ruhin B. Osteomyelitis of the jaws: A retrospective series of 40 patients. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg* 2017;118:261-4. <https://doi.org/10.1016/j.jormas.2017.04.007>
 14. Shin JW, Kim JE, Huh KH, Yi WJ, Heo MS, Lee SS, et al. Clinical and panoramic radiographic features of osteomyelitis of the jaw: A comparison between antiresorptive medication-related and medication-unrelated conditions. *Imaging Sci Dent* 2019;49:287-94. <https://doi.org/10.5624/isd.2019.49.4.287>
 15. Baur DA, Altay MA, Flores-Hidalgo A, Ort Y, Quereshy FA. Chronic osteomyelitis of the mandible: diagnosis and management--an institution's experience over 7 years. *J Oral Maxillofac Surg* 2015;73:655-65. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2014.10.017>
 16. Kaufmann MG, Obwegeser JA, Eyrich GK, Grätz KW. Die solitäre abszedierende Osteomyelitis des Kieferkop-fchens. *Mund Kiefer Gesichtschir* 2005;9:251-6. <https://doi.org/10.1007/s10006-005-0622-8>
 17. Dym H, Zeidan J. Microbiology of acute and chronic osteomyelitis and antibiotic treatment. *Dent Clin North Am* 2017;61:271-82. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2016.12.001>
 18. Li HK, Rombach I, Zambellas R, Walker AS, McNally MA, Atkins BL, et al. Oral versus intravenous antibiotics for bone and joint infection. *N Engl J Med* 2019;380:425-36. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1710926>
 19. Shuster A, Reiser V, Trejo L, Ianculovici C, Kleinman S, Kaplan I. Comparison of the histopathological characteristics of osteomyelitis, medication-related osteonecrosis of the jaw, and osteoradionecrosis. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2019;48:17-22. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2018.07.002>. Epub 2018 Jul 24.
 20. Qaisi M, Montague L. Bone margin analysis for osteonecrosis and osteomyelitis of the jaws. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2017;29:301-13. <https://doi.org/10.1016/j.coms.2017.03.007>

Cómo citar este artículo

Méndez GI, Villanueva IN. Osteomielitis crónica mandibular. Informe de dos casos clínicos. *Rev Asoc Odontol Argent* 2024;112:e1120834. <https://doi.org/10.52979/raoa.1120834.1255>

Contacto:

IVANA NOELIA VILLANUEVA
ivana_742@hotmail.com