



caso
CLÍNICO



Loughney González, A.
Coordinadora del Máster de Cirugía Bucal e Implantología USP-CEU. Odontóloga. Máster en Cirugía Bucal e Implantología. Máster en Medicina Molecular y Daño Oxidativo. Profesora en la facultad de Medicina USP-CEU Madrid. Práctica privada en Madrid

Martín Luna, M.
Licenciada en Odontología. Máster en Cirugía Bucal e Implantología USP-CEU Madrid. Práctica privada en Málaga.

Fernández Domínguez, M.
Director del Máster Oficial de Cirugía Bucal e Implantología USP-CEU. Jefe de Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del grupo Hospital Madrid. Director del departamento de odontología en la USP-CEU Madrid.

Caparrós Espinosa, M.
Odontóloga. Máster en Cirugía e Implantoprotésis. Profesora del Máster en Cirugía Bucal e Implantología USP-CEU. Práctica privada en Madrid.

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:

Aitana Loughney González
C/ Prado del Rey 75
28223, Pozuelo, Madrid.
ailogo_8146@hotmail.com

Fecha de recepción: 18 de enero de 2013.
Fecha de aceptación para su publicación:
26 de febrero de 2013

SINUSITIS maxilar derecha, Fractura de suelo de órbita y de la apófisis pterigoides como complicación inusual en la exodoncia de un tercer molar superior derecho incluido. A PROPÓSITO DE UN CASO

Loughney González A.; Martín Luna M.; Fernández Domínguez M.; Caparrós Espinosa M.
Sinusitis maxilar derecha, fractura de suelo de órbita y de la apófisis Pterigoides como complicación inusual en la exodoncia de un tercer molar superior derecho incluido. A propósito de un caso. Cient. Dent. 2013; 10: 1: 15-18.

RESUMEN

La cirugía del tercer molar incluido no está exenta de complicaciones. Estas pueden ser: intraoperatorias, mediatas o tardías. En el caso que se presenta se expone una complicación inusual en la exodoncia del tercer molar superior, una sinusitis maxilar derecha, fractura de suelo de órbita y de la apófisis pterigoides de forma accidental por el desplazamiento del luxador al interior del seno maxilar durante la exodoncia quirúrgica del tercer molar superior derecho.

PALABRAS CLAVE

Complicaciones exodoncia cordal; Fracturas de órbita; Sinusitis maxilar; Desplazamiento del tercer molar; Fractura de Pterigoides por una exodoncia.

RIGHT maxillary
SINUSITIS, FRACTURE OF
ORBITAL FLOOR AND OF
THE PTERYGOID
PROCESS AS AN
UNUSUAL
COMPLICATION IN THE
EXTRACTION OF AN
IMPACTED UPPER RIGHT
THIRD MOLAR. A CASE
REPORT

ABSTRACT

The surgery of the impacted third molar is not exempted from complications. These can be: intraoperative, mediate or late. In the event it arises, it presents an unusual complication in the extraction of the upper third molar, right maxillary sinusitis, accidental fracture of the orbital floor and pterygoid process due to the displacement of the luxator to the interior of the maxillary sinus during the surgical extraction of the upper right third molar.

KEY WORDS

Chordal extraction complications; Orbital fractures; Maxillary sinus; Displacement of third molar; Pterygoid fracture caused by extraction..

INTRODUCCIÓN

La exodoncia del tercer molar incluido es la práctica quirúrgica más frecuente en cirugía oral. El cordal presenta una alta incidencia de inclusión y se ha asociado con patología muy diversa. Su exodoncia, profiláctica o terapéutica, es causa de complicaciones tanto intra como postoperatorias, la mayoría de ellas contempladas en el consentimiento informado. Se presenta un caso clínico de sinusitis maxilar derecha, fractura de suelo de órbita y de apófisis pterigoides como complicación en la luxación del tercer molar superior derecho.

CASO CLÍNICO

Paciente varón, de 25 años sin antecedentes médicos de interés, acude a consulta de cirugía maxilofacial del hospital Montepríncipe. Refiere que le han sido exodonciados los cuatro cordales en quirófano y como complicación por la luxación del tercer molar superior derecho presenta sinusitis aguda maxilar. Aporta Tomografía Axial Computerizada (TAC) maxilar superior en el que se aprecian una fractura del suelo de órbita, con luxación de grasa periorbitaria al seno maxilar, a nivel posterior de la órbita.

Presenta fístula en el suelo de la órbita derecha sin compromiso estético ni funcional (Figura 1). No se aprecia resto radicular en la cavidad antral. Se solicita un nuevo TAC maxilar superior. Se diagnostica sinusitis maxilar derecha como consecuencia de la cirugía de exodoncia del cordal. Presenta fractura de orbita y fractura de la apófisis pterigoides del lado derecho (Figura 2). Se pautan antihistamínicos y amoxicilina 875mg un comprimido cada ocho horas durante diez días y se desaconseja actividad física hasta resolución del proceso clínico. A los diez días del tratamiento antibiótico se solicita un nuevo TAC donde se objetiva que la sinusitis ha remitido considerablemente, no obstante se remite al otorrinolaringólogo para valorar el drenaje del seno afecto (Figura 3 y 4). El especialista recomienda seguimiento y control radiológico en dos meses.

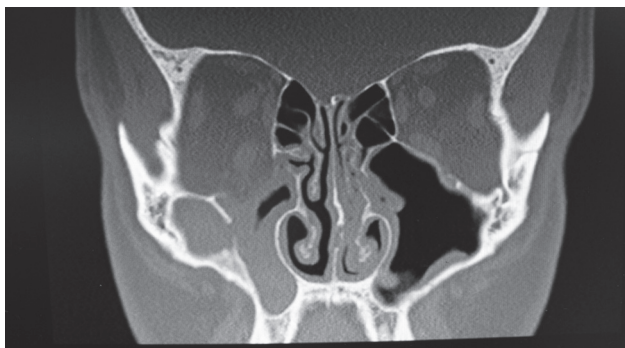


Fig. 1. TAC que aporta el paciente

Trascurridos dos meses se valora la reducción de la fractura de órbita. Los riesgos de esta intervención son la pérdida de visión, aparición de hipoestesia, disestesia o hiperalgesia en la zona al lesionar el nervio oftálmico, una posible limitación del movimiento vertical por el signo de atrapamiento del recto inferior o la fascia perimuscular a ese nivel. El oftalmólogo ante la ausencia de diplopía y enoftalmos descarta el tratamiento quirúrgico de la fractura de orbita.

A los tres meses se realiza un nuevo control radiológico donde se evidencia el seno sin ningún tipo de patología (Figura 5).

En el momento actual permanece asintomático.



Fig. 2. Fractura de órbita, de apófisis pterigoides y presencia de patología sinusal

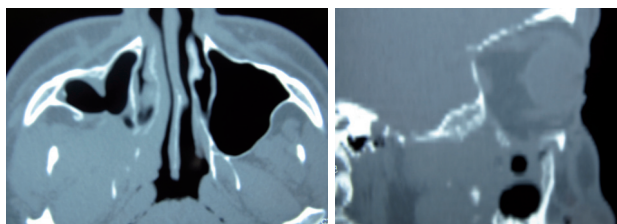


Fig. 3 y 4. TAC de control

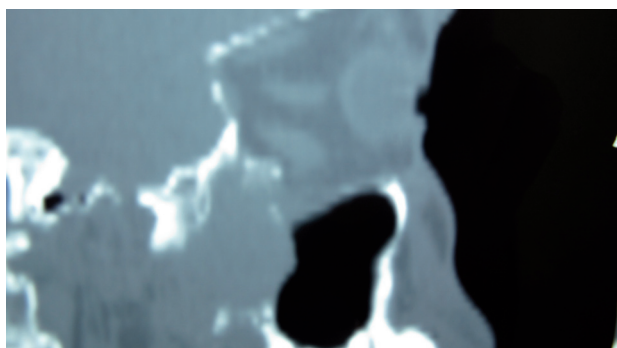


Fig. 5. Ausencia de patología sinusal

DISCUSIÓN

La exodoncia del tercer molar incluido es la práctica quirúrgica más frecuente en cirugía oral. Presentan una alta incidencia de inclusión debido a su erupción tardía y a la evolución filogenética de los huesos maxilares. Se han asociado con patología muy diversa debido, sobre todo, a condiciones anatómicas y embriológicas singulares¹.

Su exodoncia es causa de complicaciones intra y postoperatorias tales como dolor, hemorragia, inflamación, infección, trismo y lesión nerviosa entre otras²⁻³. Existen complicaciones menos frecuentes como el enfisema subcutáneo, retrofaríngeo y mediastínico, el neumotórax, así como el desplazamiento accidental hacia diferentes espacios anatómicos⁴⁻⁵. La incidencia de complicaciones debidas a la exodoncia del tercer molar es del 10%²⁻⁵. Se ha comunicado repetidamente en la literatura el desplazamiento de molares retenidos, cuyo tratamiento puede llegar a ser complejo, especialmente si el molar se introduce en el espacio pterigomaxilar o en la fosa infratemporal.

Una comunicación bucosinusal se define como la existencia de una solución de continuidad entre la cavidad oral y el seno maxilar, como consecuencia de la pérdida de los tejidos blandos y duros que los separan⁶. La causa más frecuente es la exodoncia quirúrgica del segundo premolar superior, así como las del primer y segundo molar superior⁶⁻⁷. Aunque esta complicación puede ocurrir también durante la exodoncia del tercer molar superior debido a una técnica quirúrgica agresiva o por no cumplir el paciente las recomendaciones postquirúrgicas en caso de íntimo contacto del cordal con el seno maxilar⁷. En un artículo publicado en 2006 los autores estudian la incidencia de comunicación bucosinusal tras la exodoncia de 389 cordales superiores, se expone que esta complicación está presente en el 5,1% de los casos. Los factores de riesgo fueron la profundidad de inclusión, la dificultad de la técnica quirúrgica y la cantidad de ostectomía realizada⁸. En este caso, la fractura orbitaria hace pensar que la causa es la penetración del botador o luxador en el seno hasta fracturar el suelo orbitario y la apófisis pterigoides. La sinusitis se instaura, probablemente, por el paso de gérmenes de la cavidad oral al seno.

La fractura de suelo de órbita no se ha contemplado en la literatura como complicación de la extracción del tercer molar superior. En el año 2005 se publicó un caso de absceso subperióstico de la órbita como complicación de la exodoncia del cordal superior en un paciente de 35 años⁹. El suelo está formado por los huesos maxilares, cigomáticos y palatino, constituyendo la pared más pequeña de la órbita (35-40mm). Por el foramen infraorbitario emergen la rama maxilar del ner-

vio trigémino, el nervio, la arteria y la vena infraorbitaria. Después de la fractura de esta zona, la literatura describe que el examen visual tan solo revela equimosis y edema periorbitario. La lesión del nervio infraorbitario podría causar, ipsilateralmente, hipoestesia, disestesia o hiperalgesia. La limitación del movimiento vertical puede ser signo de atrapamiento del recto inferior o la fascia perimuscular en el sitio de fractura¹⁰⁻¹¹.

Para la mayoría de las fracturas orbitarias, la prueba complementaria de elección es la tomografía computerizada. Entre sus ventajas se encuentra la determinación del tamaño y la morfología de la fractura, lo que ayuda no solo en el diagnóstico sino en la planificación quirúrgica¹².

Entre las recomendaciones, el paciente debe evitar sonarse la nariz durante varias semanas para prevenir el enfisema orbitario. Se suelen prescribir antihistamínicos y antibióticos profilácticos para prevenir una posible celulitis orbitaria ante una posible propagación bacteriana.

El tratamiento quirúrgico de las fracturas de órbita se indica en casos de diplopía o enoftalmos presentes días después de la cirugía, y en casos en los que el tamaño de la fractura produce una deformidad estética o funcional, entre otras indicaciones¹².

La importancia del estudio de las posibles complicaciones de la exodoncia quirúrgica del tercer molar, ha llevado a Hernández Altemir F. y colaboradores a desarrollar un dispositivo de seguridad para mejorar el control del cordal incluido durante su exodoncia. Se trata de un aparato de anclaje que se fija a la cara vestibular y/u oclusal del molar impactado¹³.

Según un estudio realizado en 2005 por Chaparro Avendaño y cols. no existen diferencias estadísticamente significativas en la aparición de complicaciones entre los diferentes grupos de edad. A menor edad, aumenta la inflamación, el dolor, la equimosis y el trismo pero a medida que aumenta la edad se incrementa el riesgo de alteraciones nerviosas¹⁴.

CONCLUSIÓN

La mejor prevención es una buena planificación. Toda cirugía debe ir precedida de un estudio clínico y radiológico detallado y minucioso que no solo evite en lo posible cualquier complicación, sino que prevenga de los riesgos concretos de la cirugía en cuestión.

Ante una complicación, el profesional tiene el deber de resolverla y si esta excede su competencia o sus conocimientos al respecto, deberá derivarla a un especialista para velar por la integridad del paciente.



BIBLIOGRAFÍA

1. Moncada Escorcia RA. Influencia de los terceros molares retenidos en pacientes con trastornos de la articulación temporomandibular en el hospital de Madrid. *Av Odontostomatol* 2009; 25(1):35-40.
2. González-García R, Rodríguez Campo FJ, Sastre Pérez J, Escorial Hernández V, Martos PL, Mancha de la Plata M. Granuloma de cuerpo extraño en región submandibular: La migración de partículas de silicato de aluminio desde la mucosa oral. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* 2008; 30(1): 45-49.
3. Hill CM, Walker RV. Conservative, non-surgical management of patients presenting with impacted lower third molars: A 5-year study. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2006; 44: 347-50.
4. Guillén-Paredes P, Novoa-Juiz V, Carrasco-González L. Neumomediastino asintomático tras extracción cordal. *Arch Bronconeumol* 2012; 48(6):217-8.
5. Del Águila del Castillo Q, Moncada Ameghino P, Vilcapoma Guerra H. Desplazamiento accidental de la tercera molar inferior impactada al espacio faríngeo lateral. *Odontol Sanmarquina* 2010; 13(1):36-38.
6. Abad-Sánchez D, Berini-Aytés L, Sánchez-Garcés M, Gay-Escoda C. Desplazamientos accidentales de dientes durante las maniobras de exodoncia. A propósito de 8 casos. *RCOE* 1998; 22:302-11.
7. Martín Luna M, Loughney González A, Fernández Domínguez M. Estudio metaanalítico de la exodoncia del tercer molar. *JADA (Edición Española)* 2012; 7(2):87-92.
8. Del Rey Santamaría M, Valmeseda Castellón E, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Incidencia de comunicación bucosinusal tras la extracción de 389 terceros molares superiores. *Med Oral Patol Cir Bucal* 2006;11:334-8.
9. Torres Cortina F, Hernández Peña A, Zeballos Delgado I. Absceso subperióstico de la órbita de foco dentario: Reporte de un caso. *Rev Med Hered* 2005; 16(1):74-9.
10. Zambrano JC, Leyva JC. Lesiones oculares y perioculares asociadas a los traumatismos de órbita. *Cir Plást Iberolatinoam* 2007; 33(4): 233-242.
11. Tomichi G, Baigorria P, Orlando N. Frecuencia y tipo de fracturas en traumatismos maxilofaciales: Evaluación con Tomografía Multislice con reconstrucciones multiplanares y tridimensionales. *Rev Arg Radiol* 2011; 75(4):305-317.
12. San Vicente B, Parri FJ, Sancho MA, Morales L. Fracturas del suelo de órbita. *Cir Pediatr* 2000; 13:73-76.
13. Hernandez Altemir F, Hernández Montero S, Moros Peña M, Hernández Montero E. Dispositivo de seguridad para controlar mejor el tercer molar impactado durante exodoncia: Una nueva técnica. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac* 2005; 27(2):109-111.
14. Chaparro Avendaño A, Pérez-García S, Valmeseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Morbilidad de la extracción de los terceros molares en pacientes entre los 12 y 18 años de edad. *Med Oral Patol Cir Bucal* 2005; 10: 422-31.