



*Extraño accidente de extracción dentaria**

Caso Clínico

*Roberto Pantoja P. *, Susana Encina M. ** y Juan Cortés A. ****

INTRODUCCION

El odontólogo de práctica general, y el que practica preferentemente la Cirugía Bucal, siempre están expuestos a los accidentes en el transcurso de la exodoncia.

Aunque éstos han sido bastante estudiados, clasificados⁽¹⁾ y se han dictado muchas normas para evitarlos⁽²⁾ en la práctica se siguen produciendo y esto lo hace un tema de interés permanente.

En la literatura se describen accidentes en los cuales los dientes que estaban siendo extraídos, son proyectados a regiones vecinas, el seno maxilar⁽³⁻⁴⁻⁵⁾ en el caso de las piezas antrales y en la mandíbula; la gran mayoría de los accidentes son referidos al tercer molar que ha sido proyectado al piso de boca,⁽³⁻⁶⁾ al espacio sub-mandibular por debajo de milohioideo⁽⁷⁾ y a la región amigdaliana;⁽¹⁾ además de dañar los nervios dentario inferior y lingual.⁽⁸⁻⁹⁾

Ha motivado esta presentación un accidente que nos tocó recibir y tratar, en que la corona de un tercer molar fue proyectada al espacio lateral de la faringe, región que no apareció nunca comprometida en la bibliografía consultada.

CASO CLINICO

Al policlínico de Cirugía Máxilo-Facial del Hospital Paula Jaraquemada consulta una paciente de 31 años de edad, enviada por interconsulta de un colega que señala que el día anterior en el transcurso de la extracción de la pieza 32 que se encontraba incluida e impactada, en el momento de hacer la odontosección, proyectó la corona a través de la incisión hacia la parte posterior y no pudo recuperarla. La paciente no relata dolor, excepto una molestia leve al abrir la boca. Está en tratamiento de antibióticos, Penicilina Oral, 2.000.000 U.I. c/6 horas.

Se trata de una paciente ambulatoria, lúcida, orientada, algo preocupada, pero colaboradora, que no tie-

ne antecedentes mórbidos ni quirúrgicos de importancia, como tampoco antecedentes familiares.

Al examen físico, deambulación normal, temperatura 36,7 pulso 76 x'. La inspección extraoral no manifiesta ninguna anormalidad, aunque se aprecia una leve disminución de la apertura bucal. No se pesquisan adenopatías sub-maxilares. Al examen intra-oral, se observa en buenas condiciones fisiológicas e higiénicas, desdentada parcial, piezas dentarias remanentes en buenas condiciones, mucosas normales.

En la región de la P. 32 se observa una gasa yodo formada en el alvéolo, y dos puntos de sutura en la región retromolar con el aspecto normal de una extracción reciente. A la palpación cuidadosa de las regiones circundantes, piso de boca, flanco lingual mandibular, región del masétero, del pilar anterior al velo del paladar, no logra percibirse ningún elemento de consistencia distinta a la normal de los tejidos, que mantienen su elasticidad. La palpación es indolora.

Se solicita un estudio radiográfico, que es realizado en los 3 planos del espacio, Fig. 1, 2, 3, que demuestra que la corona de la pieza 32 ha sido proyectada hacia arriba, atrás y adentro, a la región lateral a la faringe.

A los 7 días; habiendo evolucionado sin problemas y recuperado su apertura bucal normal se intenta extraer la corona, mediante una incisión vertical ascendente por el flanco interno del borde anterior de la rama. Se hace disección roma buscando la corona, la que no es ubicada pese a haberse decolado profundamente. Se ubica una pinza hemostática y se toman radiografías intra-operatorias para ubicarse en la búsqueda. Fig. 4, 5. Estas demuestran que la ubicación de la pieza estaba más hacia arriba y adentro, pero se decide no continuar a través de esta incisión, debido a que por la profundidad de la ubicación, hubo algunos problemas de falta de anestesia, la zona operatoria, muy reflexógena y la cercanía de importantes elementos vasculares.

* Efectuado en la Unidad de Cirugía Máxilo Facial Hospital Paula Jaraquemada.

** Ayudante 2° del Departamento de Cirugía y Traumatología Máxilo Facial. Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Cirujano Máxilo Facial Hospital Paula Jaraquemada.

*** Ayudante 1° del Departamento de Cirugía y Traumatología Máxilo Facial. Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Jefe equipo de Cirugía Máxilo Facial Hospital Paula Jaraquemada.

**** Ayudante 2° del Departamento de Cirugía y Traumatología Máxilo Facial. Facultad de Odontología, Universidad de Chile y Becado del Servicio de Cirugía Máxilo Facial Hospital Paula Jaraquemada.

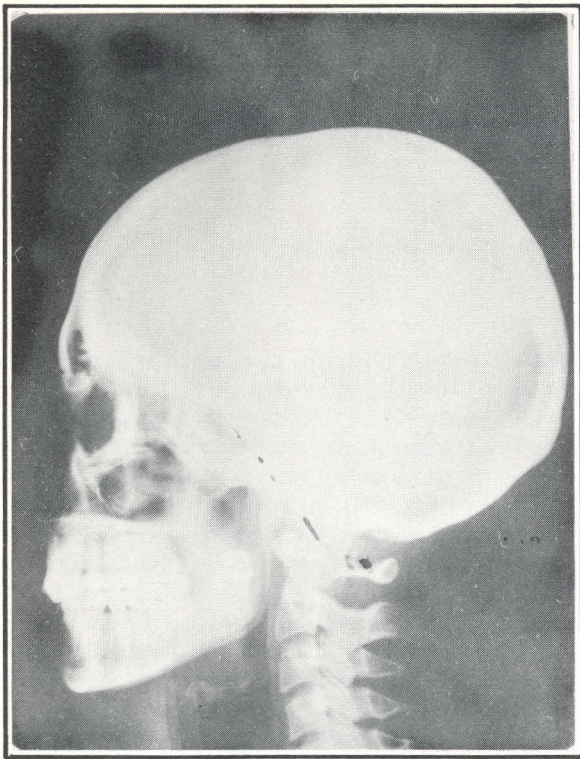


Figura 1.
Vista lateral en que se observa la corona a la altura del plano oclusal, cercana al borde parotídeo.

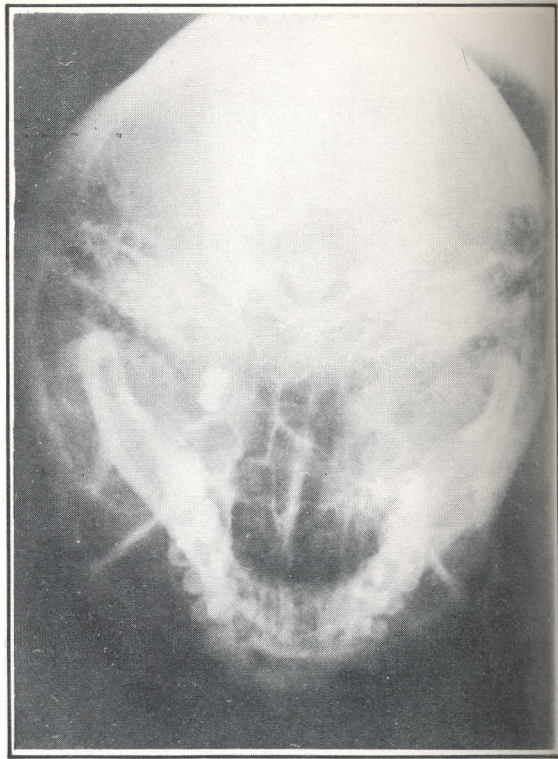


Figura 3.
Proyección axial, que permite apreciar la profundidad de la ubicación de la corona en relación a la rama.

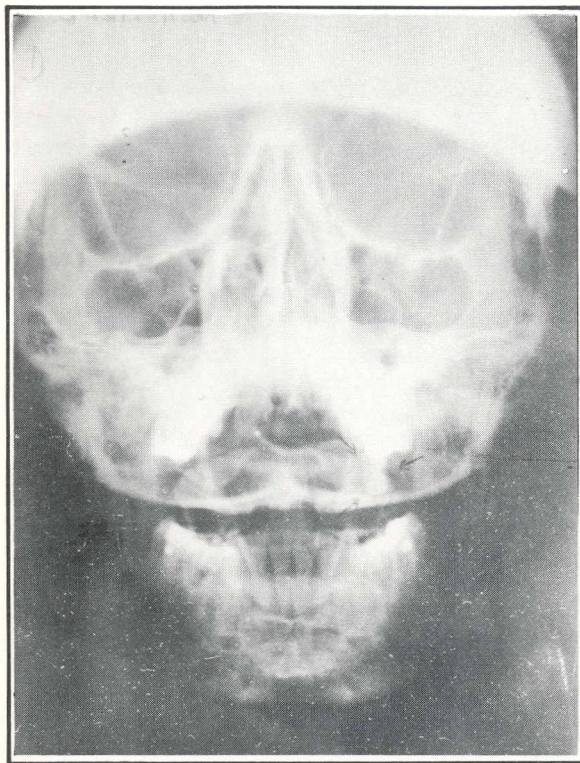


Figura 2.
Vista anteroposterior, mostrando la corona, con sus cúspides hacia afuera, profundamente ubicada en el espacio laterofaríngeo.

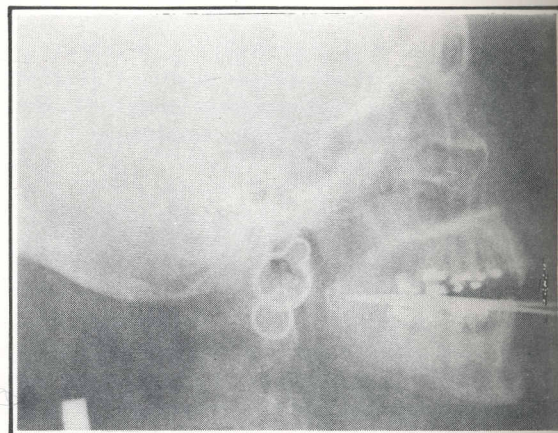


Figura 4.
Radiografía intraoperatoria, con una pinza hemostática colocada como punto de referencia para la ubicación antero-posterior.

Se decide realizar la intervención bajo anestesia general, por razones de seguridad ante la eventualidad de que se produjese algún sangramiento profundo y la excelente relajación muscular que se obtiene por este método.

La paciente evoluciona sin ningún problema a este frustrado intento y opta por no someterse a la intervención solicitando ser dada de alta, ya que no tiene molestia alguna.

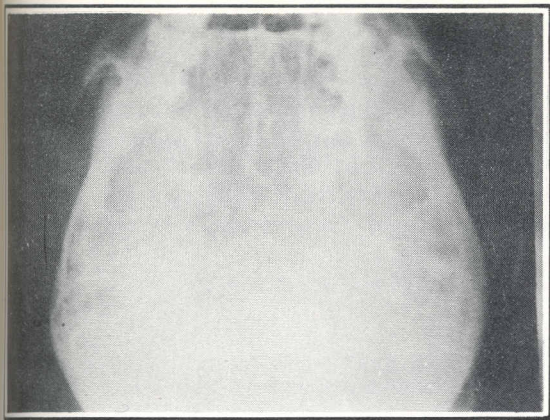


Figura 5.
Proyección axial intraoperatoria, mostrando la corona por detrás y por dentro del instrumento guía, en pleno espacio latero faríngeo.

Siete meses después aparece la enferma solicitando atención señalando que al deglutir "algo le pincha en la garganta". Al examen se puede palpar nítidamente por detrás del pilar anterior del velo del paladar un cuerpo duro inmediatamente bajo la mucosa. Con anestesia local y una incisión superficial, se recupera la corona de la pieza 32.

DISCUSION

Creemos, primeramente, necesario fundamentar anatómicamente la posibilidad de ocurrencia del accidente descrito. La Fig. 6 es un esquema anatómico que representa un corte transversal que pasa sobre el plano oclusal mandibular, en que se representa la trayectoria seguida por la corona hacia el espacio latero-faríngeo, pasando entre la cara interna del pterigoideo interno y la cara posterior del músculo constrictor superior de la faringe.

Debemos señalar que se produjo claramente una movilización de la corona desde una zona tan posterior como la que se observa en las radiografías hasta quedar prácticamente bajo la mucosa. Esta movilización ha sido producida probablemente por acción muscular.

Afortunadamente, durante toda la evolución del cuadro descrito, la infección estuvo ausente lo que facilitó las cosas, ya que una complicación de este

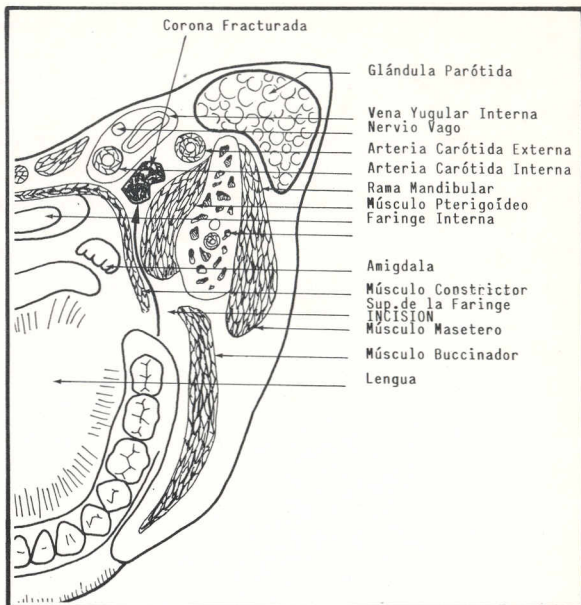


Figura 6
Corte horizontal que pasa sobre el plano oclusal en que se observa con el trazo de la flecha, la trayectoria de la corona a través de la incisión hasta el espacio latero-faríngeo.

tipo habría sido bastante molesta y hasta peligrosa considerando las relaciones anatómicas.

CONCLUSIONES

Accidentes de extracción dentaria pueden producirse a pesar que la técnica quirúrgica haya sido bien planificada, como en este caso, incisión, osteotomía odontosección, si el operador, por descuido o exceso de confianza, emplea fuerzas incontroladas en alguna de las etapas del proceso.

Una vez producido el accidente, es importante el manejo de la situación, la derivación del paciente a un servicio especializado, en caso de no poder resolver el problema y la prevención de las complicaciones infecciosas.

La exodoncia es un acto quirúrgico que no debe ser sub-estimado por el odontólogo, los accidentes que ocurren durante su ejercicio, si bien es cierto son escasos, pueden ser graves.

RESUMEN

Se presenta un caso clínico de complicación de extracción dentaria, en la cual, en el transcurso de la intervención quirúrgica se proyectó la corona de un tercer molar inferior al espacio latero-faríngeo.

Esta complicación no ha sido descrita en la literatura consultada, lo que nos motiva a su presentación.

Se muestra a través de un cuadro anatómico la relación entre la zona del tercer molar y el espacio lateral de la faringe, se documenta con radiografías en los tres planos del espacio la ubicación de la corona proyectada, se describe la evolución clínica del cuadro y la forma como se solucionó el problema.

Se concluye que la exodoncia, pese a ser considerada la más simple de las maniobras quirúrgicas puede tener complicaciones graves si se sub-estima su grado de dificultad.

SUMMARY

A case of a difficult dental extraction in which the crown of a third molar was displaced to the lateropharyngeal space is presented. This unusual complication has not been previously reported in our media.

The anatomical picture of the relationship between the third molar and the lateral aspect of pharinx is shown by means of a three plane radiological study, which clearly depicted the displaced tooth. The paper also describes the follow-up of the patient and the treatment performed in this difficult case. It is concluded that exodontia, although it is considered as a simple surgical procedures, it may cause severe complications if their difficulties are underestimated.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. COBOS, LUIS Y LADRON DE GUEVARA RAUL. "Accidente de extracción, caso clínico". Revista Dental de Chile, 55(2) 88-91. Mar.-Abril 1965.
2. SELDIN, H.M. "Accidents in exodontia and how to avoid them" Dent. Items of. Int, 55:756, 1932.
3. RIES CENTENO, GUILLERMO. "Cirugía Bucal con Patología, clínica y Terapéutica". Ed. El Ateneo, B. Aires 7ª Ed. Pág. 441, 1973.
4. ARCHER, W. HARRY. "Oral Surgery". Ed. W.B. Saunders, London 1966, Pág. 665.
5. GRAZIANI MARIO. "Cirugía Buco-Maxilo-Facial". Ed. Guanabara Koogan 1976, Brasil. Pág. 218-219.
6. DURANTE AVELLANAL C. "Cirugía Odontomaxilar". Ediar. "Grave Accidente producido en el transcurso de la extracción de un tercer molar inferior incluido". Rev. Med. y Ciencias afines 2:211, 1940.
7. THOMA, KURT. "Oral Surgery". C.V. Mosby Company St. Louis, 1969 - U.S.A. Pág. 309-310.
8. ROOD J.P. "Lingual Split Technique" "Damage to inferior alveolar and lingual nerves during removal of impacted mandibular third molars". British Dental Journal 1983 Jun. 25:154(12):402-3.
9. SMOOKER R. et al. "Iatrogenic lesion of the lingual nerve as a complication of surgical wisdom tooth extraction". S.S.O. Schweiz Monatsschz Zahnheilkd. 1982 Oct.; 92(10): 916-21. Alemania.