

Fractura de mandíbula como complicación de exodoncia quirúrgica

Saray Durán Míguez

Residente de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Regional Universitario de Málaga.

Bartolomé Arias Chamorro

Adjunto de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Regional Universitario de Málaga.

José Luis Fernández Maya

Residente de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Regional Universitario de Málaga.

INTRODUCCIÓN

En ocasiones, el procedimiento quirúrgico para hacer una exodoncia puede ser complejo y la fractura de mandíbula es una complicación que tenemos que tener en cuenta, por ello, es importante establecer una buena indicación a partir de la clínica que presenta el paciente y realizar el procedimiento con la menor osteotomía posible.

La inclusión dental no es una afectación exclusiva de los cordales o de los caninos. Cualquier pieza dentaria es susceptible de inclusión. Sin embargo, los dientes que con mayor frecuencia sufren retraso en la erupción son los terceros molares, siendo sintomáticos en aproximadamente un 70% de los casos. Tanto que, esta técnica constituye el procedimiento quirúrgico más frecuente en una consulta de cirugía oral.

Ciertos factores deben de tenerse en cuenta antes de indicar una exodoncia de molares quirúrgicos. En primer lugar, los dolores faciales, hay que hacer un buen diagnóstico diferencial de las algias faciales teniendo muy presente el síndrome dolor-disfunción de la articulación temporomandibular y el síndrome miofascial. Las muelas incluidas no erupcionadas en boca, lo más frecuente, es que no causen ninguna sintomatología. Saber que los cordales, aunque estén horizontales, no

producen apiñamiento de los sectores anteriores, dicho apiñamiento se produce por las parafunciones de la musculatura perioral (deglución atípica, movimientos de los labios al hablar...)

Por la contra, otros factores sí nos indicarían la necesidad de exodoncia, como sería la presencia de dolor, inflamación o pericoronaritis en la pieza dental, comprobada con la exploración. La presencia de caries irreconstruibles en estas piezas y la existencia de quistes odontogénicos/no odontogénicos.

Independientemente de la indicación quirúrgica, siempre hay que valorar la situación médica del paciente y la medicación que está tomando (anticoagulantes, antiagregantes, bifosfonatos...). La proximidad al nervio dentario inferior, el grosor mandibular y la cantidad de hueso residual tras la extracción, para lo cual, muchas veces, además de la Ortopantomografía (de obligada realización en todos los procedimientos) es preciso solicitar un TAC, sobre todo en los casos más complejos. Y por último, tener en cuenta el procedimiento quirúrgico en sí.

MATERIAL, MÉTODOS Y RESULTADOS

Presentamos un caso de un varón de 30 años sin antecedentes de interés. Acude a consulta por molestias a nivel

del cuatro cuadrante observándose en la Ortopantomografía (Imagen 1) la pieza 47 incluida en contacto íntimo con canal del nervio dentario inferior y cortical de la basal mandibular. Se solicita TAC mandibular (Imagen 2) que reafirma nuestras observaciones en la primera prueba de imagen. Se explica al paciente los riesgos más importantes de la intervención, entre los cuales estaría la hipoestesia/anestesia temporal o permanente del nervio dentario inferior y el alto riesgo de fractura de mandíbula. El paciente insiste en sus molestias por lo que asume riesgos y se decide exodoncia bajo anestesia general. Tras coronectomía pieza 46 y exodoncia 47, se observa fractura mandibular patológica a nivel 47 (Imagen 3) por lo que es preciso colocar una miniplaca de osteosíntesis de titanio de cuatro tornillos con puente y un bloqueo bimaxilar con tornillos para estabilizar la fractura en el mismo acto quirúrgico. El paciente es dado de alta hospitalaria con sus revisiones estrechas en consulta. Al mes de la intervención, se retiran gomas de bloqueo, manteniendo dieta triturada. Buena evolución en el momento actual aunque ha presentado episodios de dolor mandibular derecho, precisando en una ocasión, acudir al servicio de Urgencias.

DISCUSIÓN

Podríamos indicar la exodoncia de una pieza dental cuando esta sea patológica por presencia de caries, infecciones de repetición, lesiones asociadas en mucosas, quistes con crecimiento progresivo, utilizando un procedimiento lo más cauto posible, preservando hueso y minimizando el riesgo de fractura. Habría que revisar la indicación en el caso de las algias faciales irradiadas en las

que la exodoncia de un molar podría no aportar beneficio y sí complicaciones. Además, debemos de extirpar solamente los dientes que no son recuperables desde un punto de vista odontológico o que interfieran en el tratamiento prostodóncico u ortodóncico.

Hay que explicar al paciente siempre los riesgos de la intervención, que ade-

más de los riesgos de cualquier cirugía (sangrado, sobreinfección, dehiscencia de la sutura), se pueden lesionar estructuras adyacentes como el nervio dentario inferior o el nervio lingual, el molar adyacente o incluso, la temida fractura de mandíbula, que aunque no es frecuente, una mala indicación podría provocar mayor susceptibilidad.



1. Ortopantomografía prequirúrgica.



2. Tomografía Computerizada prequirúrgica.



3. Ortopantomografía postquirúrgica.

CONCLUSIÓN

Es imprescindible individualizar cada caso a la hora de indicar una exodoncia quirúrgica, ya que esta no está exenta de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gay Escoda C, Berini Aytés L. Tratado de cirugía bucal. Madrid: Ergon, 2015.
2. J.L López Cedrún, J.L Gutierrez Pérez. Atlas de procedimientos y técnicas quirúrgicas de Cirugía Oral y Maxilofacial. Técnicas de exodoncia de dientes incluidos. 1ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2019.
3. Gutiérrez Pérez JL, Romero Ruiz M, Torres Lagares D. El tercer molar incluido, 2ª ed. Sevilla: Editorial Universitaria de Sevilla 2012.
4. Raspall G. Cirugía oral e Implantoología, 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2006.