

Desplazamiento de un tercer molar superior al espacio facial bucal

Diana Araceli Dávila Hernández

RESUMEN

La exodoncia del tercer molar superior es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes que pueden cursar con complicaciones tras y posoperatorias, mismas que suelen ser frecuentes, como: hemorragia, dolor, fracturas óseas, comunicación sinusal, lesiones vasculares y nerviosas; o excepcionales, como el desplazamiento del órgano dental al espacio facial bucal, resultado de la aplicación de fuerzas excesivas y técnicas quirúrgicas incorrectas. Se comunica el caso clínico de una paciente de 35 años de edad con el diagnóstico de desplazamiento del tercer molar superior derecho al espacio facial bucal, así como la descripción de las características clínicas, auxiliares de diagnóstico y la técnica quirúrgica de enucleación. Actualmente la paciente se encuentra en recuperación.

Palabras clave: tercer molar superior, espacio bucal, espacio infratemporal, fosa pterigomaxilar.

ABSTRACT

The extraction of the third upper molar remains one of the most common surgical procedures, whereas trans-and postoperative complications may appear, such as bleeding, pain, bone fractures, communication sinus, nerve and vascular injury; exceptionally, displacement of the dental organ towards the oral facial space may occur, resulting from the application of incorrect surgical techniques and excessive forces. This paper reports the clinical case of a female patient of 35 years old, with a diagnosis of displacement of a third upper molar right towards the oral facial space. Clinical features, diagnostic approach and surgical enucleation technique are described as well the patient is currently in a phase of recovery.

Key words: third upper molar, buccal space, space infratemporal, pterygomaxillary fossa.

Los terceros molares superiores e inferiores representan uno de los órganos dentarios con mayor incidencia de complicación en su tratamiento, debido a la aparición de una cronología de erupción tardía y a un sitio anatómico comprometido, como es la tuberosidad del maxilar y el ángulo de la mandíbula, donde la falta de espacio puede condicionar que dichos órganos dentarios adopten malas

posiciones o permanezcan incluidos; estas condiciones en el tercer molar superior favorecen las complicaciones tras y posoperatorias reportadas en la bibliografía, incluso, en 38%.^{1,2}

Entre las complicaciones se distinguen situaciones comunes, como hemorragia, dolor, daño nervioso y vascular,² fracturas óseas y comunicación sinusal³ y circunstancias menos comunes y con mayor grado de dificultad para su tratamiento, como el desplazamiento del órgano dentario en cuestión hacia espacios aponeuróticos, como la fosa pterigomaxilar, el espacio infratemporal o el bucal.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 35 años de edad, originaria del Distrito Federal, sin antecedentes de enfermedad sistémica o alergia a medicamentos, que acudió a consulta privada de cirugía maxilofacial, dos días después de ser referida por un cirujano dentista, con el diagnóstico de desplazamiento del tercer molar superior derecho al espacio facial bucal.

Cirujana bucal y maxilofacial adscrita a la Estancia de Bienestar y Desarrollo Infantil núm.10, ISSSTE.

Correspondencia: Dra. Diana Araceli Dávila Hernández. Estancia de Bienestar y Desarrollo Infantil núm. 10, ISSSTE. Tíne 229-404, colonia Polanco, CP 11560, México, DF. Correo electrónico: dadavila@issste.gob.mx; dianadavila2002@yahoo.com.mx

Recibido: julio 2013.

Aceptado: octubre 2013.

Este artículo debe citarse como: Dávila-Hernández DA. Desplazamiento de un tercer molar superior al espacio facial bucal. Rev Esp Méd Quir 2013;18:354-357.

La paciente refirió dolor continuo en la hemicara derecha y en el alvéolo, posextracción, mismo que se agudizaba durante la ingestión de alimento.

A la exploración física, la paciente se mostró activa, reactiva, con pupilas isocóricas, normorefléxicas, narinas permeables, con edema de la hemicara derecha.

A la exploración intraoral se observó limitación de la apertura, con labios íntegros deshidratados, color rosa pálido, y levoquelia superior derecha; encía marginal, alveolar y adherida, con puntilleo y adecuada inserción; y aumento de volumen de 2 cm, aproximadamente, de consistencia firme, en la línea alba oclusal del vestíbulo derecho, en relación con el segundo molar inferior (Figura 1).



Figura 1. Exploración intraoral. Aumento de volumen de 2 cm en la línea alba oclusal del vestíbulo derecho.

En relación con los tejidos duros, se observó maloclusión dentaria sin procesos cariosos, con clase III de Angle izquierda, ausencia de órganos dentarios 15 y 26; sin coágulo sanguíneo apreciable en el alvéolo correspondiente al tercer molar superior derecho.

Se utilizaron auxiliares de diagnóstico, como radiografía panorámica, en la que se observó el tercer molar superior derecho en posición invertida (órgano dentario, con su corona en contraposición a la del segundo molar superior derecho). En la radiografía con proyección de Waters se observó una imagen correspondiente a ese órgano dentario, en posición invertida, con inclinación lateral en el espacio facial bucal correspondiente (Figura 2).

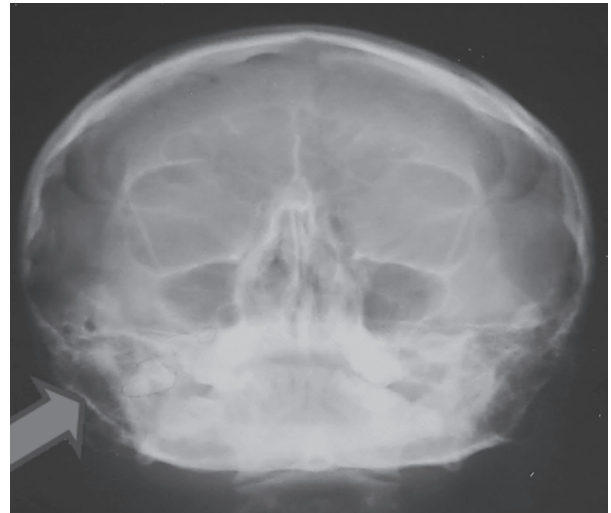


Figura 2. Radiografía con proyección de Waters. Tercer molar superior derecho en posición invertida, con inclinación lateral en el espacio facial bucal.

Transcurridos cuatro días de corroborar el diagnóstico, con previa prescripción de medicamentos y mejoría en la apertura bucal, se realizó asepsia y antisepsia, y bajo anestesia infiltrativa local de lidocaína con epinefrina al 2% se infiltraron dos cartuchos distribuidos en las regiones correspondiente a los nervios alveolar posterior, palatino posterior y bucal largo. Se realizó una incisión horizontal de 1.5 cm de longitud, aproximadamente, sobre la mucosa del vestíbulo derecho, con mango de bisturí núm. 3 y hoja núm. 15. A 1.5 cm por debajo del conducto de Stenon y paralelo a la línea alba oclusal, se disecó el músculo bucinador con una pinza mosco y tijeras Metzenbaum; expuesta la corona del órgano dentario se realizó la enucleación del mismo (Figura 3).

Se reposicionó el músculo bucinador y se suturó con sutura de ácido poliglicólico 4-0, y la mucosa con seda 3-0.

Se realizó el curetaje en el alvéolo posextracción y se desalojó del mismo con un fragmento de algodón de 4x2 cm de longitud, por lo que una vez retirado, se realizó un colgajo de avance recto con el objetivo de aminorar la alveolitis preexistente (Figura 4).

Se prescribió clindamicina de 300 mg VO, a dosis de una cápsula cada ocho horas, durante siete días; ibuprofeno de 400 mg VO, a dosis de una tableta cada ocho horas y metamizol de 500 mg VO, a dosis de una tableta cada seis horas.

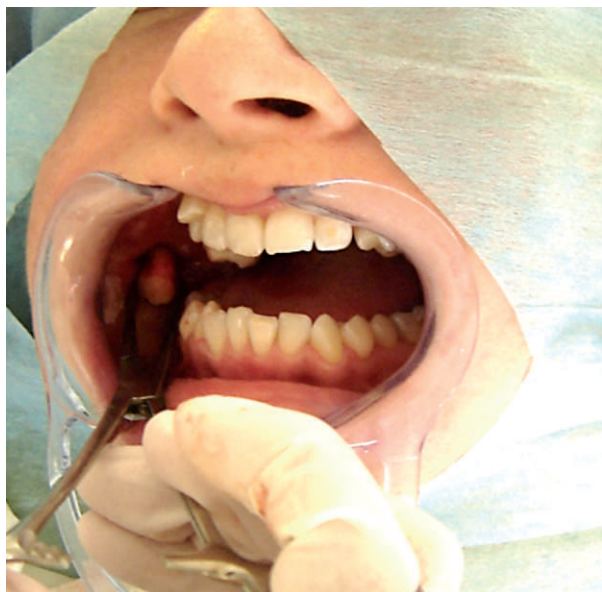


Figura 3. Transoperatorio. Enucleación del tercer molar superior derecho.



Figura 4. Transoperatorio. Fragmento de algodón de 4x2 cm de longitud, obtenido del alvéolo del tercer molar superior derecho.

En el posoperatorio de ocho días de evolución, las heridas se observaron con sus bordes afrontados, el colgajo en posición y función, sin evidencias de proceso infeccioso, en buen estado y en proceso de cicatrización (Figura 5).

DISCUSIÓN

El espacio facial bucal está limitado por la cara interna del músculo bucinador y su fascia superficial;^{1,5} lateralmente se encuentran los músculos cigomático mayor y



Figura 5. Posoperatorio. Herida sin datos de proceso infeccioso, en buen estado y en proceso de cicatrización.

menor,⁶ risorio y el elevador del labio superior con sus respectivas fascias superficiales;⁷ en el límite anterior está el músculo orbicular de los labios y en el límite posterior, el músculo masetero.^{3,8} La región superior del espacio bucal se limita por la fosa temporal y en el límite inferior, el espacio submandibular.⁹

El desplazamiento de un tercer molar superior al espacio facial bucal es resultado de la aplicación de fuerzas excesivas en el elevador, que no sigue el principio quirúrgico de ser colocado en una posición perpendicular con respecto al eje mayor del órgano dentario.^{7,10}

La enucleación de un tercer molar superior que se desplazó al espacio bucal facial¹¹ tiene un riesgo inminente durante la técnica quirúrgica de enucleación,¹² por las implicaciones anatómicas existentes.¹³

El músculo bucinador, límite interno del espacio facial bucal, es inervado por el nervio bucal,¹¹ que se relaciona con el músculo y se ramifica en la mucosa del vestíbulo; su lesión puede ocasionar parestesia.¹⁴

El nervio facial es un nervio de categoría mixta y una de sus ramas motoras se distribuye en el espacio bucal;¹⁵ el daño a dicha rama conocida como bucal durante el procedimiento quirúrgico o la implicación de un diente desplazado puede ser la causa de parálisis facial.¹⁶

Existen otras lesiones, como el daño vascular a la arteria bucal,^{17,18} con consecuente hemorragia, o la perforación de la glándula parótida por una técnica de disección inadecuada.^{19,20}

Los accidentes y complicaciones en la extracción de un tercer molar superior surgen debido a errores en

el diagnóstico y a técnicas quirúrgicas sin fundamento científico que no consiguen los objetivos terapéuticos preestablecidos.

REFERENCIAS

1. Dimitrakopoulos I, Papadaki M. Displacement of a maxillary third molar into the infratemporal fossa: case report. *Quintessence Int* 2007;38:607-610.
2. Gulbrandsen SR, Jackson IT, Turlington EG. Recovery of a maxillary third molar from the infratemporal space via a hemicoronal approach. *J Oral Maxillofac Surg* 2010;45:279.
3. Dawson K, MacMillan A, Wiesenfeld D. Removal of a maxillary third molar from the infratemporal fossa by a temporal approach and the aid of image-intensifying cineradiography. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;51:1395-1397.
4. Bouloux GF, Steed MB, Perciaccante VJ. Complications of third molar surgery. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2010;19:117-128.
5. Elgbouri H, Boulaadas M, Nassih M, Rzin A, et al. A very unusual complication of the extraction of a wisdom tooth. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2012;100:82-84.
6. Grandini SA, Barros VMR, Salata LA, Rosa AL, et al. Complications in exodontia-accidental dislodgements to adjacent anatomical areas. *Braz Dent J* 2012;3:103-112.
7. Durmus E, Dolanmaz D, Kucukkolbasi H, Mutlu N. Accidental displacement of impacted maxillary and mandibular third molars. *Quintessence Int* 2004;35:375-377.
8. Hutchinson D. An unusual case of lingual displacement of a mandibular third molar root apex. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 2012;39:858-861.
9. Lang J. *Clinical anatomy of the masticatory apparatus and peripharyngeal spaces*. New York: Thieme 2008.
10. Winkler T, von Wowern N, Odont L, et al. Retrieval of an upper third molar from the infratemporal space. *J Oral Surg* 2002;35:130.
11. Mukherji SK, Castillo M. A simplified approach to the spaces of the suprahyoid neck. *Radiol Clin North Am* 2013;36:761-780.
12. Killey HC, Kay LW. Possible sequelae when a tooth or root is dislodged into the maxillary sinus. *Br Dent J* 2009;21:73-77.
13. Oberman M, Horowitz I, Ramon Y. Accidental displacement of impacted maxillary third molars. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2012;15:756-758.
14. Patel M, Down K. Accidental displacement of impacted maxillary third molars. *Br Dent J* 2010;177:57-59.
15. Paoli JR, Gence E, Vives P, et al. Removal through the coronal approach of the upper wisdom teeth. Apropos of a case of bilateral migration in to the temporal fossa. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2008;96:392.
16. Tumuluri V, Punnia-Moorthy A. Displacement of a mandibular third molar root fragment into the pterygomandibular space. *Aust Dent J* 2002;47:68-71.
17. ORR 2nd DL. A technique for recovery of a third molar from the infratemporal fossa: case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2012;57:1459-1461.
18. López V, Mumenya R. Third molar surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2007;33:33-35.
19. Osakit N. Infections in elderly patients associated with impacted third molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 2008;79:137-141.
20. Seward GR. Surgical removal of third molars. Each case needs careful thought. *BMJ* 2008;309:1302.