

CASO CLÍNICO

PARESTESIA DEL NERVIIO LINGUAL POST-EXODONCIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO. REPORTE DE UN CASO

Sair González Barboza^{1*}, Yanet Simancas Pereira², María León Camacho³ y Oswaldo Parra Márquez⁴

1 Prof. Titular del Dpto. de Medicina Oral. Facultad de Odontología. Universidad de Los Andes. Doctoranda en Ciencias Odontológicas. Facultad de Odontología. División de Estudios Para Graduados. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

2 Prof. Titular del Dpto. de Preventiva y Social. Doctora en Investigación en Estomatología. Facultad de Odontología. Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela.

3 Prof. Asistente del Dpto. de Medicina Oral. Doctora en Odontología. Facultad de Odontología. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

4 Prof. Instructor del Dpto. de Medicina Oral. Facultad de Odontología. Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela. Servicio de Medicina Oral Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

Autor de correspondencia: Sair González sair.gonzalez8@gmail.com

Recibido: 17-10-2015. Aceptado: 21-01-2016

Resumen

La extracción del tercer molar inferior incluido puede ocasionar lesiones del nervio lingual transitorias (entre el 2% y 10%) o permanentes (por debajo del 0,5%). El objetivo es presentar el caso de una parestesia lingual, post-exodoncia del tercer molar inferior incluido. Se trata de paciente femenina de 22 años de edad, quien acude al Curso de Perfeccionamiento en Cirugía Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes (FOULA), con indicación de exodoncia de los terceros molares inferiores incluidos. Luego de la valoración clínica y radiográfica, se aplicó anestesia troncular mandibular e infiltrativa, se hizo el diseño y levantamiento del colgajo Winter modificado, con posterior exodoncia del 48 y cierre primario. El control post-operatorio y retiro de puntos de sutura, se realizó a los 7 días. La paciente refirió sensación de hormigueo en el tercio medio y borde lateral del lado derecho de la lengua. Se diagnosticó una parestesia lingual mediante la prueba del pinchazo. Se realizaron controles semanales observándose remisión a 30 días. Se concluye que el diseño del colgajo, la técnica anestésica, el tiempo quirúrgico, la experiencia profesional y las maniobras intempestivas durante el procedimiento, son factores predisponentes de neuropatía post-quirúrgica. La recuperación observada al cabo de cuatro semanas confirmó la afección transitoria del nervio lingual.

Palabras clave: parestesia, pinchazo, neuropatía, exodoncia, nervio lingual.

PARESTHESIA OF THE LINGUAL NERVE AFTER IMPACTED LOWER THIRD MOLAR EXTRACTION. A CASE REPORT

Abstract

The impacted lower third molar extraction can cause transitory injuries of the lingual nerve (between 2 % and 10 %) or permanent (below 0, 5 %). The aim is to present a case of lingual paresthesia, post-exodontia of the impacted lower third molar. We report 22-year-old female patient, who attended to the Development Mouth (bucal) Surgery Course from the Faculty of Dentistry of the ULA, with exodontia indication of the impacted lower third molar. After the clinical and radiographic evaluation, infiltrating and troncular jaw anaesthesia was applied. The modified Winter design and raising was performed with later 48 and primary closing extraction. The post-operative control of suture removal was achieved after 7 days. The patient referred crawling sensation in the third and lateral edge of the right side of the tongue. A lingual paresthesia was diagnosed by the pinprick test. Weekly controls took place during 30 days. In conclusion, the modified flap design, the anaesthesia technique, the surgical time, the professional experience and the untimely maneuvers during the procedure are predisposing factors of post-surgical neuropathy. The recovery observed after four weeks confirmed the transitory affection of the lingual nerve.

MeSH: paresthesia, pinprick, neuropathy, exodontia, lingual nerve.

INTRODUCCIÓN

La exodoncia de los terceros molares inferiores incluidos se lleva a cabo de forma rutinaria en la práctica odontológica, por cuanto éstos generan aproximadamente un treinta y cinco por ciento (35%) de las inclusiones dentarias, con relación a las otras piezas que son susceptibles de presentar alteraciones en su erupción (1).

La parestesia del nervio lingual, es una complicación que puede ocurrir durante esta intervención. Se trata de una neuropatía con afectación sensitiva deficitaria, cuya incidencia varía significativamente desde un 2% hasta un 10% para las de carácter transitorio y por debajo del 0,5% las permanentes, con predilección del género femenino (1, 2, 3, 4). Representa una

situación indeseable, de gran preocupación para el paciente y el profesional que realiza el procedimiento quirúrgico.

El desenlace puede explicarse gracias a la íntima relación anatómica del nervio lingual con la cortical interna mandibular, lo cual favorece su lesión durante algunos tiempos del acto quirúrgico, tales como: incisión retromolar excesivamente lingualizada, ostectomía y la sección accidental durante la odontosección (1, 5, 6). Adicionalmente, en su etiología se han mencionado otros factores que hacen referencia a los procedimientos quirúrgicos prolongados, la inexperiencia del profesional, los errores diagnósticos derivados de falsas imágenes radiográficas, el uso incorrecto de instrumentos para separar la cortical lingual

del periostio, la inyección intraneural del anestésico y el daño producido por la aguja al pasar varias veces junto al tronco nervioso, el cual presenta una frecuencia que parece estar por debajo del 2 por mil (1, 4, 5, 6).

En la parestesia del nervio lingual, se presenta una detección y percepción anómala de estímulos desagradables. El paciente refiere síntomas que incluyen sensación de hormigueo, adormecimiento, quemazón o picor, tensión, frío o calor y en raros casos dolor en la zona de inervación (1). Se ha descrito hipogeusia, atrofia de las papilas linguales filiformes, mordeduras, salivación excesiva o alteraciones del habla (1, 6).

El nervio dentario inferior, tiene una mayor incidencia de lesiones post-quirúrgicas de carácter permanente, mientras que en el lingual, predomina el daño temporal, pero sus consecuencias son más incapacitantes (1, 7).

Estudios realizados con respecto a la afección del nervio lingual durante la extracción del tercer molar inferior incluido por Baqain (3), Robert (5) y Akadiri (8), determinaron que ésta puede predecirse sobre la base de factores de riesgo radiográficos e intraoperatorios, por lo cual es muy importante su prevención al planificar el acto quirúrgico, considerando la dificultad del mismo.

El diagnóstico comprende una serie de acciones llevadas a cabo por el profesional que incluyen la anamnesis, exploración

clínica intra y extraoral del paciente, exámenes complementarios y pruebas exploratorias (1, 6, 9). En la inspección intraoral, se deben observar especialmente la incisión, posibles laceraciones de los tejidos circundantes y lesiones labiales o linguales por traumatismo. Es necesario palpar tanto el territorio alterado como el área intervenida, para identificar las zonas algiógenas que desencadenen percepción anormal de sensaciones (1).

Una vez ocurrida la lesión nerviosa, el tratamiento no quirúrgico es la indicación primaria, por lo que inicialmente debe asumirse la conducta de observación y seguimiento al paciente, que implica valoraciones durante el primer mes y de no haber remitido en este período, control de recuperación al cabo de tres a seis meses. En el caso de una evolución desfavorable, se continuarán las evaluaciones de la afección; hay criterios que recomiendan prestar atención si persisten los síntomas una vez transcurridos seis meses y de no haber recuperación, puede ser considerada de carácter permanente (1, 10). Dentro de esta terapéutica se utilizan fármacos como los corticosteroides y el complejo de vitamina B, rehabilitación mediante ejercicios utilizando estimulación eléctrica transcutánea nerviosa (TENS), acupuntura, láser y terapia psíquica conductual (1, 9, 11, 12).

Cuando no se presenten evidencias de una mejoría progresiva transcurrido el tiempo esperado, se derivará la afección nerviosa al especialista, quien llevará a cabo el

tratamiento quirúrgico (microcirugía) pertinente (12).

El propósito de este estudio es presentar el caso de una parestesia del nervio lingual, post-exodoncia del tercer molar inferior incluido.

REPORTE DEL CASO

Se trata de paciente femenina de 22 años de edad, quien acude al Curso de Perfeccionamiento en Cirugía Bucal de la FOULA, para ser valorada y se le indica la exodoncia de los terceros molares inferiores, los cuales se encuentran en estado de inclusión. Al interrogatorio no refiere antecedentes personales y familiares de importancia. Al examen clínico intraoral se observó el 48 con retención gingival parcial y la evaluación mediante la radiografía panorámica, permitió clasificarlo según Winter y Pell-Gregory en vertical, clase I, posición A (figuras 1a y 1b).

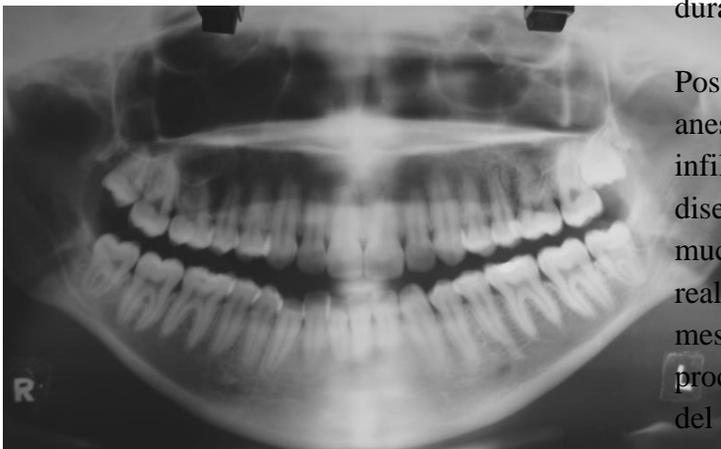


Figura 1a. Radiografía panorámica.

En la Fig. 1a se aprecia el 48 en posición vertical, según la clasificación de Winter, y clase I, posición A, según Pell –Gregory.



Figura 1b. Radiografía panorámica, vista lateral derecha.

Una vez efectuadas las pruebas de laboratorio pertinentes y previa autorización mediante el consentimiento informado, se llevó a cabo la exodoncia iniciando con el cumplimiento de las normas de asepsia y antisepsia del campo operatorio, mediante el enjuague con gluconato de clorhexidina al 0,12 %, durante dos (2) minutos.

Posteriormente, se aplicó la técnica anestésica troncular mandibular indirecta e infiltrativa del nervio bucal largo. Se diseñó y levantó un colgajo mucoperióstico Winter modificado, se realizó la ostectomía parcial en la zona mesio-vestibular de la pieza dentaria, procediendo a la luxación y odontectomía del 48.

Finalmente, se exploró el alvéolo para el retiro de tejidos remanentes, se irrigó con solución fisiológica, se suturó con hilo de seda negra 3-0 y fueron dadas las indicaciones post-operatorias. El tiempo quirúrgico empleado fue de 30 minutos. La extracción fue realizada por un odontólogo estudiante regular del Curso, que contaba con cinco años de experiencia profesional. La terapia farmacológica prescrita consistió en: Ibuprofeno ® 400 mg cada ocho (8) horas por tres días, Amoxicilina ® 500 mg cada ocho (8) horas durante siete días y enjuagues con gluconato de clorhexidina al 0,12 % tres (3) veces al día, por un período de diez días.

El control post-operatorio fue realizado a los siete días, momento en el que se hizo el retiro de los puntos de sutura y una primera valoración clínica. La paciente refirió sensación de hormigueo en el borde lateral y tercio medio del lado derecho de la lengua. Se exploró la zona afectada mediante la prueba del pinchazo, la cual consistió en la aplicación de la parte aguda de una sonda en la zona comprometida, delimitando con un rotulador dérmico el territorio con la sensibilidad alterada (figura 2) y realizando el mapeo de la misma. Según la sintomatología y hallazgos clínicos post-quirúrgicos, se diagnosticó una parestesia del nervio lingual.



Figura 2. Delimitación de zona con neuropatía. Valoración a los 7 días.

Se indicó complejo B por vía intramuscular (Mega-Neubion ® en ampollas, tres ampollas por semana) hasta la segunda evaluación que se realizó al cabo de quince días, efectuando el mismo procedimiento y definiendo nuevamente el área de la región lingual con hormigueo (figura 3), observándose una menor extensión de ésta. Se continuó con el tratamiento complementario del complejo B (Miovit ®) por vía oral y finalmente, a los treinta (30) días se valoró por tercera vez a la paciente, aplicando la referida prueba, con el respectivo mapeo de la zona en estudio; cuyo diámetro evidenció una reducción significativa (figura 4), apreciándose la tendencia a la remisión definitiva de la lesión nerviosa.



Figura 3. Delimitación de zona con neuropatía a los 15 días. Obsérvese la reducción de la zona lingual comprometida.



Figura 4. Delimitación de zona con neuropatía a los 30 días. Obsérvese la disminución significativa de la región lingual afectada y la tendencia a su remisión.

DISCUSIÓN

La parestesia del nervio lingual es una complicación post-exodoncia del tercer molar inferior incluido de gran importancia, debido a sus implicaciones sobre la salud del paciente, motivo por el cual es preciso conocer los factores clínicos y radiológicos predictores de ésta, con el propósito de prevenirla en la medida de lo posible (12).

La radiografía panorámica es útil en la valoración pre-operatoria y si bien permite clasificar el tercer molar inferior incluido utilizando los criterios de Winter y Pell-Gregory, para obtener parámetros que orienten al profesional sobre la dificultad quirúrgica del procedimiento, presenta limitaciones diagnósticas (13). Al respecto, en ciertas oportunidades es necesario recurrir a estudios de imagen complementarios como el uso de una tomografía computarizada de haz cónico (CBCT), para discernir posibles iatrogenias que puedan ocurrir (14, 15). En este caso, se utilizó durante la evaluación radiográfica previa a la exodoncia y aunque advertía la proximidad de las raíces del 48 con el nervio dentario inferior, la clasificación Winter y Pell-Gregory de la pieza dentaria a extraer diagnosticada como vertical, clase I, posición A, con una retención gingival parcial, lo que llevó a considerar factible la intervención y no se indicaron otros exámenes complementarios, coincidiendo con investigaciones llevadas a cabo de acuerdo a estos parámetros evaluativos (10, 13, 15).

La neuropatía que se reporta, corresponde a una parestesia del nervio lingual de carácter transitorio, teniendo en cuenta la remisión en cuatro semanas. Su etiología puede estar relacionada con los factores intra-operatorios inherentes al acto quirúrgico, tales como: el tipo de colgajo utilizado (Winter modificado) y el tiempo quirúrgico (treinta minutos) empleado durante el procedimiento, relacionados con la poca experiencia del profesional (cinco años) que llevo a cabo la exodoncia, encontrando

semejanzas con estudios realizados en los cuales se menciona la relevancia de éstos, en la ocurrencia de dichas afecciones nerviosas (13, 16, 17).

Por otra parte, es importante considerar la posibilidad de que la lesión, haya sido producida por daños químicos (neurotoxicidad) asociados a la anestesia o mecánicos (neurapraxia, axonotmesis) durante las maniobras realizadas para extraer el 48, afirmación que se apoya en los hallazgos de las investigaciones llevadas a cabo por Baqain (3), Hillerup y Jensen (18).

Con respecto a la remisión al cabo de cuatro semanas, la edad de la paciente fue un factor importante, ya que se ha determinado que en la expectativa de recuperación de las neuropatías, a mayor edad se incrementan las probabilidades de que la alteración sensitiva no desaparezca totalmente (1, 9), criterio compartido ya que se ajusta a los resultados del caso reportado, destacando que ésta puede haber favorecido la recuperación en treinta días.

En lo que se refiere al tratamiento de esta complicación, Ruiz (12), considera que lo ideal es la prevención; sin embargo, una vez que se presenta debe seguirse el protocolo descrito para tal fin. En esta investigación, se asumió la conducta de observación y seguimiento semanal, indicando el complejo B inicialmente por vía intramuscular y luego de la segunda valoración, se continuó por vía oral. En este sentido, se ha señalado que la eficacia del mencionado complejo vitamínico como alternativa terapéutica en estas lesiones aún no está clara (9, 12) no

obstante, hay criterios que difieren de lo mencionado y consideran que éste puede evitar la posible denervación de la fibra nerviosa (9, 19) por cuanto se conoce que en principio, la respuesta del nervio afectado consiste en un simple bloqueo de conducción, una desmielinización o una degeneración Walleriana del axón (si hay sección de éste), seguida por cierta desafrenciación y finaliza con unos mecanismos de regeneración, que si funcionan permiten una recuperación completa (1); razón por la que consideramos pertinente su empleo como coadyuvante en dicho proceso.

Según Gay y Berini (1), los complejos vitamínicos B₁, B₆, B₁₂, se han utilizado de manera complementaria en el tratamiento para estas alteraciones nerviosas, sobre la base de que pueden ejercer funciones plástico-estructurales y funcionales, al actuar como reconstituyentes de la vaina de mielina, cuerpo y membranas neuronales. En el caso que se presenta, coincidimos con estas apreciaciones para justificar su administración en el tratamiento aplicado.

CONCLUSIONES

El diseño del colgajo, la técnica anestésica, la experiencia profesional, el tiempo quirúrgico y las maniobras intempestivas durante el procedimiento, son factores predisponentes en la lesión del nervio lingual. El mejor tratamiento para esta complicación, es la prevención mediante el empleo de los estudios radiológicos necesarios y una correcta técnica quirúrgica. La eficacia de la administración de los

complejos vitamínicos “B” en la terapéutica de estas neuropatías no está clara; lo que sí parece estar definido es que aquellas lesiones

que no se resuelven entre los tres y seis meses, difícilmente presentarán remisión total.

REFERENCIAS

1. Gay C, Berini L. Tratado de Cirugía Bucal. Tomo I. Madrid, España: Ediciones Ergon, S.A; 2004.
2. Blondeau F, Daniel N. Extraction of Impacted Mandibular Third Molars: Postoperative complications and their risk factors. J Can Dent Assoc. 2007; 73(4): 325.
3. Baqain Z, Abukaraky A, Hassoneh Y, Sawair F. El nervio lingual ante la cirugía del tercer molar inferior. Med Princ Pract. 2010; 19(1):28-32.
4. Chaparro A, Pérez S, Valmaseda E, Berini L, Gay C. Morbilidad de la extracción de los terceros molares en pacientes entre los 12 y 18 años de edad. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2005; 10(5):422-31.
5. Robert R, Bacchetti P, Pogrel M. Frequency of trigeminal nerve injuries following third molar removal. J Oral Maxillofac Surg. 2005; 63(6): 732-35.
6. Raspall G. Cirugía Oral e Implantología (2ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2006.
7. Coulthard P, Kushnerev E, Yates J, Walsh T, Patel N, Bailey E, Renton T. Interventions for iatrogenic inferior alveolar and lingual nerve injury. Cochrane Database Syst Rev. 2014; 4: CD005293. Doi 10.1002/14651858.CD005293.pub2.
8. Akadiri O, Fasola A, Arotiba J. Incidence and risk factors for nerve injuries in mandibular third molar surgery. Niger J Med. 2009; 18(4):402-08.
9. Sanz J, López M, Santos J, Rubio L, López J, Martínez J. Posibilidades terapéuticas en las lesiones del nervio dentario inferior. J Am Dent Assoc. 2011; 6(6): 279-84.
10. Smith A, Barry S, Chiong A, Hadzakis D, Kha S, Mok S, Sable D. Inferior alveolar nerve damage following removal of mandibular third molar teeth. A prospective study using panoramic radiography. Aust Dent J. 1997; 42(3):149-52.
11. Loescher A, Smith K, Robinson P. Nerve damage and third molar removal. Dent Update. 2003; 30(7): 375-80.
12. Ruiz P, Martínez N, Cortés J, Barona C, Martínez J. Actitud ante una posible parestesia del nervio dentario inferior tras la extracción quirúrgica del tercer molar inferior. Cient Dent. 2013; 10(2):93-99.

13. Barreiro J, Diniz M, Lago L, Gude F, Gándara J. Estimación de la dificultad quirúrgica en la exodoncia de terceros molares inferiores. *Med oral, Pat oral y Cirug bucal*. 2010; 15 (5): 309-14.
14. Lenguas, A, Ortega, R, Samara, G, López, M. Tomografía computarizada de haz cónico. Aplicaciones clínicas en odontología; comparación con otras técnicas. *Cient Dent*. 2010; 7(2):147-59.
15. Hasegawa T, Ri S, Shigeta T, Akashi M, Imai Y, Kakei Y, Shibaya Y, Komari, T. Risk factors associated with inferior alveolar nerve injury after extraction of the mandibular third molar-a comparative study of preoperative images by panoramic radiography and computed tomography. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2013; 42(7):843-51.
16. Susarla S, Dodson T. Estimating third molar extraction difficulty: a comparison of subjective and objective factors. *J Oral Maxillofac Surg*. 2005; 63(4):427-34.
17. Gomes A, Vasconcelos B, De Oliveira e Silva E, Da Silva L. Lingual nerve damage after mandibular third molar surgery: a randomized clinical trial. *J Oral Maxillofac Surg*. 2005; 63(10):1443-46.
18. Hillerup S, R Jensen. Nerve injury caused by mandibular block analgesia. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2006; 35(5): 437-43.
19. Naranjo R. Complicación en Cirugía Bucal del tercer molar.[Online].2014. Disponible en: <http://clinicaartica.com/complicacion-en-cirurgia-bucal-del-tercer-molar/>. [Consultado el 26/02/2015].